

Nous renvoyons, pour l'histoire, l'étiologie et l'anatomie, à l'article *Lymphadénome* de cet ouvrage, tome I, page 218, car la description de l'affection repose presque tout entière sur l'observation des cas observés du côté des ganglions du cou. Nous nous bornerons à mettre en lumière quelques points cliniques.

**Symptômes.** — L'affection débute par un engorgement ganglionnaire qui se fait presque toujours au niveau de la partie la plus élevée du cou, dans la région sous-maxillaire, ou parotidienne. On ne trouve d'abord qu'un ou deux ganglions, puis peu à peu les autres se prennent, de haut en bas, suivant le sens du courant lymphatique. Au bout d'un temps assez court, toutes les glandes d'un côté participent à la maladie, y compris les glandes sus-claviculaires. Le cou disparaît dans une masse qui unit la tête à l'épaule. Exceptionnellement, le lymphadénome se développe des deux côtés du cou à la fois.

Les ganglions tuméfiés sont arrondis, mobiles sous la peau et les parties voisines, absolument indolents.

Quels que soient la durée de la maladie et le volume acquis par la tumeur, celle-ci ne présente aucune tendance à l'ulcération ni à la suppuration. Trousseau et Virchow considéraient cette règle comme invariable. Verneuil a observé cependant quelques cas d'ulcération spontanée, et Reclus dit en avoir rencontré plusieurs exemples.

Selon Langhans, l'affection peut, dans certains cas, rester cantonnée dans la région où elle est apparue et persister sans aggravation sous cette forme. On aurait affaire à un *lymphadénome bénin*, local, imité.

Mais le plus souvent le lymphadénome, né à la région cervicale, s'étend de proche en proche aux régions avoisinantes; les ganglions de l'aisselle, du médiastin, de l'abdomen, sont envahis les uns après les autres, et l'on voit apparaître des tumeurs même dans des points où n'existent pas normalement des ganglions lymphatiques.

Tantôt les ganglions sont mous, diffluent au point de faire croire à l'existence d'un contenu liquide, tantôt, au contraire, ils sont durs et résistants. Pour Langhans et Virchow, ce sont là deux formes différentes au point de vue anatomique et au point de vue de l'évolution.

Sous ce dernier rapport, la forme molle se caractérise par une marche particulièrement rapide. De bonne heure, les tumeurs ganglionnaires déterminent la compression des vaisseaux, des nerfs, de la

trachée et de l'œsophage, d'où de l'œdème de la face, de la congestion cérébrale, des hémorrhagies nasales, des fourmillements nerveux, de la dyspnée, etc. Rapidement dans cette forme éclatent des troubles généraux: diarrhée, vomissements, fièvres à forme intermittente, albuminurie, et bientôt le malade tombe dans un état cachectique auquel il succombe assez vite.

Le lymphadénome dur procède en somme de la même façon, mais il marche un peu plus lentement. Il finit, lui aussi, par conduire à des compressions redoutables, à l'invasion des viscères et à une cachexie mortelle.

Le **diagnostic** du lymphadénome est fort incertain au début. Il est probable que tous les auteurs, ceux qui se sont occupés le plus de la question comme les autres, ont dû commettre de nombreuses confusions.

Le lymphadénome bénin de Langhans n'était-il pas souvent une simple hypertrophie ganglionnaire? Dans bien des cas, tant que l'affection reste limitée au cou, il est impossible de faire la distinction; cependant la variété molle a une physionomie très particulière et qui permettra généralement de la reconnaître.

L'examen du sang fait distinguer le lymphadénome de la leucocytémie, dans laquelle du reste les lésions ganglionnaires sont dès le début plus généralisées.

**Traitement.** — Il est peu efficace. L'extirpation des ganglions malades est possible à la rigueur au début lorsque les glandes sont en petit nombre. Mais à ce moment le diagnostic n'est presque jamais fait. Plus tard l'opération devient grave, et elle est généralement suivie de récurrence.

Le traitement général est celui des engorgements scrofuleux; s'il a donné souvent des succès, c'est peut-être qu'il ne s'agissait pas de véritables lymphadénomes. On recommande aussi le phosphore, l'arsenic à l'intérieur, les injections interstitielles de solutions arsenicales. (Voyez tome I, p. 225.)

### III

#### MALADIES DES MUSCLES DU COU

La pathologie des muscles du cou est fort limitée.

1° LEURS AFFECTIONS TRAUMATIQUES ne méritent pas de nous arrêter. Rappelons seulement que le grand muscle du cou, le sterno-cléido-

mastoïdien, est sujet à des ruptures qui se produisent spécialement chez les nouveau-nés pendant un accouchement laborieux. La présentation des fesses (Blachez), l'emploi du forceps (Stromeyer), seraient les causes prochaines de l'accident. Des hématomes de forme et de dimensions variables se produiraient dans les mêmes conditions dans la gaine du muscle (trachélematome de Tordens); ils pourraient se terminer au bout de quelques mois par une sclérose partielle du muscle (myosclérose, Bohn-Henoch). On a vu aussi des arrachements du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate chez les faucheurs, des ruptures des muscles de la nuque chez les chargeurs.

2° La SYPHILIS DES MUSCLES trouve dans le sterno-cléido-mastoïdien un siège de prédilection. On ne l'a pas signalée dans les autres muscles du cou. Lecuyer en a rassemblé quinze cas dans sa thèse inaugurale (1881). Deux appartenaient à des nouveau-nés et seraient la conséquence de la syphilis héréditaire; mais ils sont contestables. Il s'agissait probablement d'hématomes ou de ruptures incomplètes du muscle. Les treize autres s'étaient montrés chez des adultes dont l'âge varie entre vingt-cinq et soixante-quatre ans. Les observations recueillies sur des femmes sont en majorité: neuf. Le plus grand nombre des malades avait suivi un traitement incomplet au cours de la syphilis.

Tantôt il s'agit d'une myosite scléreuse diffuse, qui occupe toute la longueur du muscle ainsi transformé en une corde dure et rigide ou une partie seulement de ce muscle. Tantôt il y a de véritables gommages, en nombre variable. On sent une, deux et quelquefois un plus grand nombre de tumeurs dures arrondies. Elle font corps avec le muscle et se montrent à toutes les hauteurs: les unes au niveau des insertions inférieures, certaines dans la région moyenne, les autres en haut. Bouisson a vu les deux sterno-cléido-mastoïdiens affectés à la fois.

La tumeur cause peu de gêne. Elle est indolente; les mouvements sont assez bien conservés, même si les tumeurs gommeuses sont nombreuses et étendues.

Après une période d'induration pendant laquelle la peau reste longtemps libre sur les parties malades, survient, si l'affection n'est pas traitée à temps, une période de ramollissement et d'ulcération dans laquelle la peau prend des adhérences à la tumeur, s'enflamme et finalement se perforé.

Les gommages sont évacués à la façon ordinaire, en laissant à leur place une perte de substance profonde.

Le diagnostic des gommages du sterno-cléido-mastoïdien ne présente aucune difficulté sérieuse. Les tumeurs des muscles en général, celles du sterno-cléido-mastoïdien en particulier, sont très rares. Quand elles sont très dures, ligneuses, ou étendues à une grande partie du muscle, ce sont toujours des lésions syphilitiques. Ni un kyste hydatique, ni une tumeur érectile (Desprès en cite une dans le sterno-mastoïdien) ne ressemblent, à ce point de vue, aux gommages musculaires. Dès que l'on aura bien constaté que la tumeur fait réellement corps avec le muscle, le diagnostic sera donc fait. L'hématome du muscle, lorsqu'il a subi la transformation fibreuse, pourrait seul causer quelque embarras; mais il s'agit d'une affection des nouveau-nés. Les renseignements sur une syphilis antérieure, l'influence du traitement spécifique, auraient évidemment, en cas de besoin, la plus grande importance. Il semble difficile de confondre la gomme ulcérée du sterno-cléido-mastoïdien soit avec le cancer, soit avec un abcès froid. — Le traitement n'a rien de spécial; c'est celui de la syphilis tertiaire.

5° TORTICOLIS. — Le terme *torticolis* n'a qu'une valeur symptomatique. Il s'applique, dans le langage médical aussi bien que dans le langage vulgaire, à toute position vicieuse de la tête. Or, ces déviations se produisent d'une façon passagère ou permanente, sous des influences nombreuses et absolument dissemblables.

On peut dire avec Nélaton qu'il y a deux variétés très tranchées de torticolis, le torticolis non musculaire et le torticolis musculaire.

#### A. — *Torticolis non musculaire.*

Il dépend des altérations de la peau, des os et des articulations de la région cervicale: d'où les noms de torticolis cutané, osseux, articulaire.

Le *torticolis cutané* n'est autre chose que l'état de déviation de la tête qui arrive sous l'influence des cicatrices vicieuses du cou. Des phlegmons gangreneux, la pustule maligne, le lupus, des abcès tuberculeux qui ont pendant longtemps entretenu de vastes décollements, enfin et surtout les brûlures conduisent à la formation d'un tissu inodulaire qui se rétracte et fixe solidement la tête dans une position invariable.

Nous exposons, à propos des brûlures du cou, le traitement de ces cicatrices vicieuses.

Le *torticolis osseux et musculaire* a deux causes principales : un traumatisme de la colonne cervicale ou une arthrite cervicale.

Les déformations traumatiques, suite de luxation ou de fracture de la colonne, ont été suffisamment étudiées dans le tome II de cet ouvrage.

Les arthrites cervicales peuvent être rhumatismales. La plupart du temps celles qui déterminent le *torticolis* sont des arthrites tuberculeuses ; spondylites ou mal sous-occipital dans certains cas, arthrites cervicales dans d'autres. La tête fortement inclinée, souvent appuyée sur l'épaule, est immobilisée par la contracture réflexe de tous les muscles de la région. On pourrait dire que dans ces positions vicieuses l'altération osseuse est la cause éloignée, et l'action musculaire la cause prochaine de la déviation. Mais il suffit qu'il existe une lésion articulaire pour qu'à tous les points de vue cette affection soit séparée du *torticolis musculaire*.

#### B. — *Torticolis musculaire*.

Sous ce titre sont réunies partout deux affections absolument distinctes : le *torticolis intermittent* et le *torticolis proprement dit* ; or, rien n'autorise à confondre ces deux affections. Leur étiologie n'est pas la même, elles ne s'accompagnent pas des mêmes altérations ; leurs symptômes et leur marche sont tout à fait différents ; elles ne se transforment pas l'une dans l'autre. Leur traitement n'a rien de commun. Nous le décrirons donc séparément.

##### § 1. — *Torticolis proprement dit*.

Tout le monde connaît les deux formes vulgaires du *torticolis* ordinaire. Dans l'une, *torticolis aigu, passager, rhumatismal, etc.*, la tête s'incline et se fixe pour quelques jours dans une position anormale, à la suite d'un coup de froid, d'un phlegmon adéno-pathique, d'un anthrax, etc. Au bout de peu de temps, retour à l'état normal. L'autre forme est bien différente : *torticolis permanent*. C'est un état définitif, dans lequel la tête est inclinée sur une épaule, le plus souvent l'épaule droite, tandis que le menton regarde du côté

opposé. Ici aucune douleur si l'on essaye de relever la tête ; seulement on est arrêté dans ces tentatives par la résistance de certains muscles, qui semblent raccourcis d'une manière définitive. Le sterno-cléido-mastoïdien est le plus souvent atteint ; mais les autres muscles du cou participent dans bien des cas à la maladie.

Il suffirait de citer, pour l'éliminer tout de suite de cette étude, la forme aiguë et passagère, si la forme permanente n'avait pas avec elle des rapports étiologiques importants. Dans notre description, nous ne viserons que cette dernière.

**Étiologie.** — L'étiologie du *torticolis* est encore insuffisamment connue. Tandis que quelques auteurs semblent disposés à en faire une affection congénitale comme le pied bot, ou du moins contemporaine de la naissance, beaucoup d'autres la croient presque toujours acquise. En réalité, les deux espèces étiologiques coexistent. Elles ne sont même pas essentiellement différentes l'une de l'autre, fait qui ne saurait nous étonner, car les mêmes causes peuvent agir sur les organes, de la même façon, pendant la vie intra-utérine et après la naissance.

a. *Torticolis acquis*. — On lui décrit deux variétés : l'une commune par contracture ou rétraction musculaire ; l'autre exceptionnelle, fort rare si elle existe, par paralysie.

La *contracture permanente* ou la *rétraction musculaire* du *torticolis* acquis est rapportée le plus souvent à l'action du froid, aux traumatismes, aux lésions inflammatoires qui frappent directement sur le muscle. On a suivi quelquefois la marche de la maladie, et on l'a vue commencer par un *torticolis* aigu. Mais souvent les commémoratifs manquent et l'on est réduit à admettre cette explication sous la forme d'hypothèse. Il est vraisemblable que, dans les cas de ce genre, il s'est fait une *myosite* qui aboutit à la rétraction musculaire.

Les phlegmons du cou, si communs au voisinage du sterno-cléido-mastoïdien, produisent un *torticolis* passager qui peut passer à l'état permanent. Il y a certainement là, dans quelques cas, une inflammation propagée du foyer primitif au muscle voisin. La *myosite* était bien évidente dans un cas très connu de Dolbeau (*Gaz. des hôp.*, 1860). Le *torticolis* avait succédé à l'envahissement de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien par la suppuration provenant de la fonte de tubercules pulmonaires. Il y a enfin des *torticolis* qui dépendraient de *myosites* syphilitiques du sterno-cléido-mastoïdien (Ricord).