

viendrons pas sur leurs rapports avec les kystes séreux, qui ont été exposés dans un chapitre précédent; nous renvoyons pour plus de renseignements à l'excellent article de Pierre Delbet dans le premier volume de ce *Traité*.

Nous nous contenterons de rappeler les rapports de ces tumeurs avec le système veineux, ce qui explique d'une part leur facile et complète réductibilité, d'autre part la difficulté de l'intervention.

Les angiomes superficiels sont traités par l'excision, à moins qu'ils n'aient un volume considérable, auquel cas on sera réduit aux diverses méthodes proposées dans le premier volume et dont la meilleure paraît être la galvanopuncture. Lorsqu'on aura affaire à un kyste bien limité, on aura le choix entre l'extirpation et la ponction avec injection.

Enfin, si l'on se trouve en présence d'un de ces angiomes communiquant largement avec le système veineux, le mieux sera de mettre la tumeur à nu et de l'extirper en liant les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présenteront.

VI

TORTICOLIS

On dit qu'il y a torticolis, quand la tête et le cou sont inclinés en dehors de la ligne axiale du corps. Cette déviation peut être physiologique, c'est le torticolis volontaire, dû à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, celui qu'on appelle le torticolis des petits-maitres, celui de l'attitude hautaine.

Ce torticolis volontaire, bien qu'il puisse, dans certains cas, aboutir à une déviation permanente, ne mérite pas qu'on s'y arrête plus longtemps. Le vrai torticolis est une difformité involontaire, passagère ou permanente.

Cette difformité involontaire peut être le résultat d'affections bien différentes, ce qui a permis de considérer trois grandes variétés de torticolis; le torticolis osseux, le torticolis musculaire et le torticolis cutané.

Les deux premières variétés ont leur place tout indiquée dans l'étude des affections des os et des affections des muscles dont ils ne sont qu'un symptôme. Le TORTICOLIS CUTANÉ, appelé encore torticolis cicatriciel, n'est dû qu'à la rétraction des cicatrices du cou, consécutives à des pertes de substance étendues, telles qu'on les rencontre dans les brûlures, les phlegmons, les abcès froids de cette région.

Le TORTICOLIS OSSEUX OU ARTICULAIRE, est produit habituellement par les ostéo-arthrites tuberculeuses cervicales, surtout le mal sous-occipital. Quelquefois, il peut être dû à une arthrite rhumatismale, ou à un traumatisme, tel que luxation ou fracture.

Le TORTICOLIS MUSCULAIRE nous arrêtera seul ici. C'est la difformité produite et entretenue par l'affection primitive d'un quelconque des muscles du cou. Ordinairement, il s'agit de rétraction et le muscle atteint est le sterno-mastoïdien; la déviation qui en résulte est l'inclinaison de la tête sur l'épaule d'un côté, pendant que la face regarde du côté opposé. C'est l'attitude typique du torticolis.

Le torticolis musculaire peut être aigu ou chronique. On pourrait se dispenser de décrire dans un *Traité de chirurgie* le *torticolis aigu*, s'il n'aboutissait quelquefois au type chronique et si lui-même ne soulevait dans certains cas des questions intéressantes de diagnostic. Nous le décrivons donc, suivant en cela l'usage établi.

Dans le *torticolis chronique*, l'attitude pathologique est produite par la rétraction de certains muscles ou par leur contraction spasmodique.

Il en existe donc deux espèces principales: le torticolis *par rétraction*, le plus ordinaire, celui qu'on désigne habituellement en clinique par le mot de torticolis employé sans épithète, et le torticolis *spasmodique*, beaucoup plus rare, surtout intéressant par les traitements qu'on lui a opposés. Nous décrivons ces deux espèces dans des chapitres spéciaux.

On a décrit aussi une troisième espèce de torticolis chronique, le torticolis *paralytique*, dû à la contraction tonique normale de certains muscles quand les antagonistes paralysés n'agissent plus. Mais l'existence même de cette troisième variété est très douteuse, et elle semble n'avoir été créée que par analogie avec ce qu'on observe dans les membres en cas de paralysie. Sa description ne s'appuie que sur un mémoire de Winslow (1), qui cite une observation personnelle et trois autres, dont deux de Bootius et la troisième de Rivière. Ces observations, ainsi que l'a montré Guyon (2), ne sont pas suffisamment probantes.

Plus près de nous, V. Duval (3) a rencontré trois fois chez des hémiplégiques l'inclinaison du cou du côté opposé à la paralysie. Bien que ce soit un accident peu fréquent de l'hémiplégie, on ne peut considérer ces faits comme des exemples de torticolis paralytique. Dans ces cas, on a l'attitude ordinaire du torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien, mais comme en réalité il n'existe ni rétraction, ni contracture, il est facile de redresser la tête qui retombe dès que le chirurgien l'abandonne à elle-même.

a. Torticolis musculaire aigu. — Étiologie. — Le torticolis musculaire aigu ou passager est souvent appelé torticolis rhumatismal. On doit l'attribuer, en effet, le plus ordinairement, à l'action du

(1) WINSLOW, Sur une contorsion involontaire du cou (*Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1735, p. 299).

(2) GUYON, Art. TORTICOLIS, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3^e série, t. XVIII, p. 683.

(3) VINCENT DUVAL, Mémoire sur le torticolis ancien (*Revue des spécialités*, 1843).

froid. On l'observe plus souvent chez les enfants et chez les hommes que chez les femmes. Mais il peut relever d'autres causes, telles qu'une mauvaise position prolongée, un brusque mouvement, un effort. Il est assez souvent symptomatique d'une lésion de voisinage, une adénite cervicale, un phlegmon du cou, une angine, une arthrite vertébrale.

Symptômes. — Le torticolis musculaire aigu débute brusquement. C'est souvent le matin au réveil que le malade se sent atteint et se plaint d'une douleur assez vive sur la partie latérale du cou.

En même temps la tête est penchée, se rapprochant plus ou moins de l'une ou l'autre épaule, qui elle-même se trouve élevée. La face est tournée du côté opposé. C'est la position qui répond à la contraction du muscle sterno-mastoïdien.

D'autres muscles peuvent être atteints isolément ou simultanément. Il en résulte naturellement des attitudes variables.

Pour Beau, le trapèze est le siège le plus habituel du torticolis rhumatismal. Duchenne (de Boulogne) l'y a observé isolément. Dans le cas où les deux trapèzes sont atteints, la tête est portée en arrière. Quand un seul est malade, l'inclinaison latérale qui en résulte est entretenue par la contraction du sterno-mastoïdien du même côté. Mais ce dernier muscle ne joue que le rôle d'immobilisateur ; quoique tendu et contracté, il n'est nullement douloureux (Beau) (1).

La tête et le cou sont immobilisés, le malade meut le tronc tout d'une pièce. Toute tentative de mouvement, le contact, provoquent des douleurs. Il n'y a ordinairement pas de fièvre. Quelquefois le début est marqué par un léger mouvement fébrile qui ne persiste pas.

Ordinairement, la maladie se termine au bout de quelques jours par la résolution ; elle peut cependant être suivie de torticolis chronique. Mais le fait est rare.

Le diagnostic est presque toujours très facile. La position, la douleur musculaire, le début brusque sont suffisamment caractéristiques et permettront de reconnaître le torticolis rhumatismal. On devra dépister les affections douloureuses du cou qui peuvent, comme on l'a vu à l'étiologie, amener les mêmes déviations.

Avant de conclure à un torticolis par rupture de fibres musculaires, consécutivement à un effort, un mouvement brusque, on devra penser à la possibilité d'une entorse de la colonne cervicale (Malgaigne) (2) ou d'une luxation unilatérale (Dupuytren).

Le premier diagnostic est difficile. On pourrait le faire si la pression des vertèbres développait une douleur nettement localisée. Quant à la luxation, ses signes pathognomoniques sont la saillie du corps vertébral en avant, reconnue par l'exploration pharyngienne, et la déviation de l'apophyse épineuse, constatée à travers la peau.

Le pronostic est bénin dans les cas de torticolis rhumatismal. Il

(1) BEAU, Rhumatisme du deltoïde (*Arch. gén. de méd.*, 1862).

(2) MALGAIGNE, Traité des luxations, p. 376.

peut récidiver. Il peut passer à l'état chronique. Le torticolis traumatique oblige à des réserves ; car, d'une part, le diagnostic d'une entorse cervicale, susceptible de se compliquer d'une arthrite, est souvent incertain, et d'autre part une myosite peut quelquefois compliquer la déchirure musculaire.

Traitement. — On emploiera les révulsifs ordinaires, on prescrira des liniments calmants ou résolutifs, avec l'enveloppement ouaté. Quand on aura lieu de craindre le passage à l'état chronique, on fera usage, après cessation des phénomènes douloureux, de massage, de mouvements communiqués. Duchenne (de Boulogne) a recommandé l'électrisation des muscles antagonistes.

b. Torticolis musculaire chronique par rétraction. — Cette grande variété du torticolis permanent a été observée de tout temps. Ce n'est cependant qu'au XVII^e siècle que le torticolis par rétraction musculaire attire nettement l'attention de quelques chirurgiens hollandais, Van Solingen, Tulpius, Roonhuysen, Meckrer et de Blasius, qui ont attaché leurs noms aux premières sections du sterno-mastoïdien. La chirurgie française reste longtemps sans se mêler aux travaux que suscitent un peu partout à l'étranger ces premières recherches ; en 1822, Dupuytren fait la première ténotomie sous-cutanée. Son exemple est rapidement suivi en Allemagne par Dieffenbach (1830) et Stromeyer (1835) et en Angleterre par Syme (1833), tandis qu'en France les autres chirurgiens continuent pendant quelques années à faire la ténotomie à ciel ouvert. Il était réservé aux orthopédistes Bouvier, J. Guérin, Fleury, de faire prévaloir la méthode de Dupuytren, qui n'a été que perfectionnée par les chirurgiens modernes.

Étiologie. — CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Le torticolis par rétraction est une affection peu commune qu'on observe surtout dans l'enfance. Quand on l'observe dans l'adolescence et surtout à un âge avancé, il remonte presque toujours aux premières années de la vie. Il se rencontre un peu plus souvent chez la femme que chez l'homme. L'hérédité n'a été mentionnée que très rarement. Dieffenbach a fait mention de cinq frères et sœurs atteints de torticolis à gauche.

CAUSES DÉTERMINANTES. — On a souvent invoqué la congénitalité. Mise en doute par plusieurs auteurs, elle existe réellement comme cause de torticolis, ainsi que le prouvent entre autres les deux observations de Petersen (1884) faites au moment de l'accouchement et le cas de torticolis avec atrophie faciale de Meinhardt Schmidt (1).

Le *torticolis congénital* peut donc exister comme tout autre vice de conformation, mais il doit être rare. Chaussier, à la Maternité, a vu pendant cinq années 23 293 enfants. Sur ce nombre, 132 ont présenté

(1) MEINHARDT SCHMIDT, *Centralblatt für Gynækol.*, 1890, n^o 30, p. 370.

des monstruosités diverses : aucun n'était affecté de torticolis. Comme le fait remarquer Guyon, étant donné les obstacles qu'apportent à l'accouchement les positions inclinées du sommet, on doit être étonné de n'avoir jamais entendu signaler cette cause parmi celles si nombreuses de la dystocie.

Torticolis obstétrical. — En face de la théorie de la congénitalité, on a soutenu celle de sa nature obstétricale. Le torticolis serait dû à un traumatisme subi pendant les manœuvres de l'accouchement, soit à la suite d'une application de forceps, soit à la suite des tractions faites sur le sterno-mastoïdien pendant le dégagement de la tête dans la présentation du siège.

Stromeyer et Dieffenbach ont vu souvent chez des enfants nés une petite tumeur pâteuse, arrondie, bleuâtre, située au-dessus de la clavicule et consécutivement un noyau induré, épais, ayant pour siège le muscle sterno-mastoïdien. Volkmann (1885) a vu deux cas bien nets d'hématome du sterno-mastoïdien aboutir au torticolis. Contre cette théorie, De Saint-Germain a fait remarquer que le forceps ne porte pas sur le cou. De plus, on a vu bien des hématomes du sterno-mastoïdien non suivis de rétraction. Dans les cas de myotomie opératoire ou de déchirure musculaire complète, ce n'est pas un raccourcissement, mais plutôt un allongement du muscle qu'on constate d'habitude. Comme le fait remarquer Köster, l'observation directe des faits montre que le sterno-cléido-mastoïdien, dans le cas de torticolis, présente les altérations caractéristiques de la dégénérescence fibreuse et non celles que l'on a coutume d'observer à la suite des déchirures musculaires. Rien ne s'oppose cependant à ce qu'on admette la possibilité d'un torticolis obstétrical. Les faits de Volkmann, ceux dans lesquels Amussat et Eseilsberg ont vu chez des adultes un torticolis permanent succéder à un effort violent, sont là pour confirmer cette théorie.

Une inflammation de voisinage, en se propageant à la gaine du muscle, peut être suivie de sa rétraction. On l'a observée dans des cas d'abcès du cou, d'adénites cervicales (De Saint-Germain), de parotidites. Ricord l'a constatée à la suite de gommès syphilitiques du sterno-mastoïdien.

On a vu plus haut que le torticolis aigu pouvait se terminer dans des cas rares par la rétraction.

Il nous reste à dire un mot de l'influence des attitudes, surtout invoquées par Andry (1).

On a soutenu que les « petits-maitres » qui volontairement contractent leur sterno-mastoïdien, que les enfants mal placés dans leur berceau par les nourrices ou tenus sur leurs bras dans des positions vicieuses, pouvaient être atteints consécutivement de torticolis

(1) ANDRY, L'orthopédie, t. I, p. 83.

chronique. Ce torticolis par attitude ne paraît plus avoir aujourd'hui beaucoup de défenseurs, malgré le cas de Mellet ; le malade fut atteint de torticolis à la suite de l'habitude qu'il avait prise de contracter son sterno-mastoïdien pour calmer une céphalalgie violente.

Cependant, certaines affections oculaires, la diplopie, l'amblyopie, l'astigmatisme peuvent, par l'inclinaison vicieuse de la tête qu'elles nécessitent, amener une rétraction définitive du sterno-mastoïdien. C'est le *torticolis oculaire* bien décrit par Cuignet (1).

Telles sont les causes le plus ordinairement invoquées. Elles expliquent un certain nombre de cas de torticolis, mais il en reste bien d'autres dont nous ne connaissons pas la pathogénie.

Anatomie pathologique. — Les autopsies de torticolis ancien, avec dissection, sont rares. Guyon ne rapporte que quatre cas avec examen anatomique. Le premier est celui d'une jeune fille de vingt-deux ans, affectée de torticolis depuis son enfance et présentée par Bouvier en 1836 à l'Académie de médecine. Les autres cas sont dus à Alph. Robert (2), Marchessaux, Contesse et Guyon (3). Il faut y joindre les cas de Bundell et de Heusinger (cités par Fischer) (4) qui se rapportent à des torticolis chez des nouveau-nés.

Toutes ces autopsies ont trait à des torticolis dus à la rétraction d'un seul sterno-mastoïdien. Le droit est beaucoup plus fréquemment atteint que le gauche (Dieffenbach, Bouvier). Le muscle malade est raccourci et ce raccourcissement peut atteindre la moitié de la longueur normale. En même temps il est très rétréci, tout en ayant conservé sa résistance. Il a un aspect fibreux et paraît ferme et même dur au toucher. La transformation fibreuse peut porter sur tout le muscle ou bien seulement sur les deux tiers ou les trois quarts inférieurs. D'après Volkmann, l'induration se présente sous forme d'un noyau allongé, d'une hauteur variable.

La gaine du muscle subit également la rétraction scléreuse ; celle-ci peut même se propager à la gaine des vaisseaux, ce qui contribue à expliquer leur diminution de calibre observée quelquefois.

L'état histologique du muscle a été surtout établi, grâce aux résections de petits fragments de muscle, faites sur le vivant dans ces dernières années par Volkmann et par Vollert. Ces résections ont révélé les lésions de la myosite fibreuse, dans laquelle les fibres musculaires sont comme étouffées au milieu des faisceaux scléreux.

On a souvent discuté sur la question du siège de la rétraction fibreuse et on a même soutenu ordinairement que le faisceau sternal est seul rétracté. Il est certain que les observations montrent ce faisceau sternal plus saillant et plus tendu. Quand il est sectionné, la tête

(1) CUIGNET, *Recueil d'ophtalmologie*, 1874.

(2) ALPH. ROBERT, *Gaz. des hôp.*, 1846.

(3) CONTESSE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1862.

(4) FISCHER, *Caput obstipum (Deutsche Chir.*, 1880).

reprend une grande partie de sa liberté. Mais ordinairement il faut y ajouter la section du faisceau claviculaire.

Qu'on n'aille pas croire qu'il s'agisse là d'une rétraction d'adaptation, comme celle que subissent les muscles dont les attaches sont longtemps maintenues rapprochées. Les autres muscles du cou sont également raccourcis, et pourtant on a toujours pu éviter leur section (Guyon). La rétraction primitive du faisceau claviculaire a d'ailleurs été notée par Malgaigne, Philips, Bouvier, J. Guérin.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations de rétraction du trapèze, du splénius, du peucier. Nous les retrouverons en faisant les variétés cliniques du torticolis.

Les lésions musculaires sont quelquefois accompagnées de l'altération secondaire d'autres organes. C'est ainsi qu'on a noté l'allongement de l'apophyse mastoïde et, dans un cas, une courbure de la clavicule survenue sous l'influence de la traction du muscle raccourci.

Sharp et Boyer pensaient que toutes les fois que le mal est ancien, il y a une déformation des vertèbres qui doit s'opposer au retour de la tête à sa rectitude normale. Cette opinion a contre elle les faits dans lesquels la ténotomie a produit un redressement plus ou moins rapide, alors même que la courbure de la colonne cervicale est très accentuée. Il existe cependant des faits de lésions osseuses, de déformations, d'ankyloses très accentuées. Mais ils paraissent plutôt se rapporter à des ostéo-arthrites primitives de la colonne cervicale.

On a noté la flexuosité des vaisseaux du côté malade, leur diminution de calibre et, probablement par suite des troubles nutritifs qu'entraînent ces altérations vasculaires, de l'asymétrie faciale et crânienne (Dieffenbach). Broca a indiqué l'atrophie de l'hémisphère cérébral correspondant.

Symptômes. — Le torticolis le plus fréquent est dû à la rétraction du sterno-mastoïdien. Son début se fait insidieusement, sans douleur, sauf les cas rares où la forme chronique succède au torticolis aigu; il n'est caractérisé tout d'abord que par une faible inclinaison de la tête sur le côté malade. Il n'y a qu'une gêne légère dans les mouvements. Peu à peu s'établit la rotation du cou, l'attitude est alors caractéristique.

La tête est inclinée du côté malade, le droit le plus souvent; l'oreille se rapproche de l'épaule correspondante, tandis que le menton, dépassant la ligne médiane, tend à regarder l'épaule du côté opposé.

A cette attitude répond une déviation de la partie supérieure de la colonne vertébrale. Une courbure de compensation tend à s'établir dans la partie inférieure de la colonne cervicale, et même, pour les cas graves, dans les régions dorsale et lombaire. J. Guérin a observé un cas dans lequel les quatre premières vertèbres cervicales présentaient une concavité tournée du côté rétracté, les trois

dernières cervicales et les deux tiers supérieurs de la colonne dorsale une courbe inverse dont la concavité regardait en arrière du côté malade, le tiers inférieur enfin de la région dorsale et la région lombaire une convexité regardant en avant et du côté sain.

Le thorax présente dans les cas graves des déformations correspondantes. Il bombe en arrière du côté malade et en avant du côté sain. Presque toujours l'épaule du côté de la rétraction est élevée, de sorte que la tête et l'épaule arrivent quelquefois à se toucher. L'épaule opposée est abaissée.

En examinant plus spécialement le cou et la tête, on note des détails importants. Le sterno-mastoïdien rétracté fait sous les téguments une saillie très appréciable à la vue; il donne au toucher la sensation d'une corde tendue, dont la tension augmente quand on veut redresser la tête ou exagérer la rotation.

Cette saillie ne répond ordinairement qu'à un seul faisceau du muscle, le faisceau le plus tendu; c'est ordinairement le faisceau sternal. Ce n'est que lorsque le faisceau le plus tendu a été coupé qu'apparaît nettement la tension du deuxième. Dans certains cas, comme l'a constaté Duval, le muscle ne fait aucun relief, et sa saillie ne devient apparente que si on cherche à redresser la tête.

Les autres muscles du côté atteint présentent souvent un léger raccourcissement d'adaptation.

Le sterno-mastoïdien du côté sain est porté en arrière; il est étalé et paraît augmenté de volume.

Au niveau de la face et du crâne on peut noter une hémiatrophie qui porte à la fois sur les parties molles et sur le squelette. Non seulement les parties constituantes de la face sont diminuées de volume, mais elles sont abaissées et tirillées suivant une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La moitié du front est aplatie, le sourcil est abaissé, obliquement dirigé, la pommette moins saillante, la joue moins arrondie, la pointe du nez déviée vers le côté malade, la commissure des lèvres tirillée.

L'œil présente une disposition intéressante. Il est abaissé, mais au lieu de présenter le mouvement d'abaissement oblique des autres parties de la demi-face, il reste horizontal; les axes transversaux des deux yeux, quoique situés à une hauteur différente, continuent à être parallèles; ils sont « placés en escalier » (J. Guérin). Cuignet a montré qu'il y avait presque toujours strabisme.

Au crâne, la région pariétale est aplatie. Tous les mouvements, actifs ou passifs, qui tendent à diminuer l'inclinaison ou la rotation de la tête, sont impossibles. Les autres mouvements persistent, quoique gênés. La flexion et l'extension sont conservées, l'inclinaison et la rotation peuvent être exagérées. Ces divers mouvements sont parfois douloureux. Mais il n'y a pas de douleur au repos.