

VINGT ET UNIÈME LEÇON

**ARTHRITES NON TUBERCULEUSES DE LA COLONNE
CERVICALE**

- I. — Examen d'un enfant atteint de torticolis aigu; élimination de l'angine avec adénite, de la mastoïdite; diagnostic avec l'arthrite tuberculeuse. Rareté des prétendus torticolis aigus par rhumatisme musculaire. Il y a rhumatisme des articulations vertébrales.
- II. — Guérison en général rapide et complète. Possibilité de déformations ostéo-articulaires et de torticolis persistant.
- III. — Arthrite scarlatineuse des vertèbres cervicales.
- IV. — Traitement par le repos et le salicylate de soude; dans les cas accentués, indication de l'extension continue; nécessité possible d'un appareil plâtré.

Vous avez pu examiner le 29 avril dernier, quelques jours après que je lui eus fait enlever une minerve de plâtre, appliquée le 14 janvier, une fille de douze ans et demi qui a été soignée pendant tout ce temps à la salle Giraldès pour une arthrite rhumatismale subaiguë des vertèbres cervicales. Arthrite rhumatismale, et non tuberculeuse, ainsi que l'a prouvé l'histoire clinique, conforme à la description brève et substantielle qu'en a donnée il y a quelques années notre maître, M. le professeur Lannelongue, dans ses importantes leçons sur la tuberculose vertébrale¹. Si j'attire votre attention sur ce point, c'est qu'il y a là une question de diagnostic qui le mérite. Sans doute, la grande majorité des

1. LANNELONGUE. — *Leçons sur la tuberculose vertébrale*, recueillies par V. Ménard, Paris, 1888, p. 201.

ostéo-arthrites vertébrales chez l'enfant sont tuberculeuses, constituent le mal de Pott : mais elles ne le sont pas toutes, et, pour vous garder d'erreurs préjudiciables à tous points de vue, vous devez bien connaître les arthrites rhumatismales, qui frappent de préférence la région cervicale, dans les articulations des masses latérales.

I

Chez notre malade actuelle, l'évolution a, dès le début, été caractéristique d'une lésion rhumatismale. Lorsque l'enfant nous fut présentée, dans les premiers jours de décembre 1893, elle était souffrante depuis trois semaines : brusquement, au milieu de la nuit, elle avait été prise de douleurs extrêmement vives dans le côté droit du cou, et en même temps se manifestait une raideur de la tête, à laquelle ne pouvait être imprimé aucun mouvement volontaire. A ce moment, la peau était couverte d'une sueur profuse, puis elle devint brûlante et l'enfant eut un accès de fièvre avec délire, si bien que la mère crut à un début de méningite. Elle fit incliner la tête de sa fille sur le côté malade, soi-disant pour la redresser, et le lendemain matin elle constata que le cou était nettement incliné à gauche.

A cette date se manifesta un symptôme dont il nous a fallu tenir compte pour le diagnostic : une douleur aiguë dans l'oreille gauche. Il est à remarquer que depuis l'âge de trois ans des souffrances analogues surviennent de temps à autre; qu'à l'âge de neuf ans s'est déclaré un abcès de l'oreille droite. Qu'a été cet abcès, une otite moyenne ou un simple furoncle? nous l'ignorons toujours. Mais il nous a été facile de constater que l'oreille gauche, vierge de tout écoulement actuel ou passé, était saine au moment de notre examen, et qu'en particulier aucun symptôme anormal, aucune douleur à la pression n'existait à la région mastoïdienne, à gauche aussi bien qu'à droite.

Il y a là une donnée dont vous devez tenir compte chaque fois que vous examinerez un sujet, adulte ou enfant, atteint de torticolis acquis, aigu ou subaigu. Il est certain, en effet, que les

inflammations de l'apophyse mastoïde s'accompagnent souvent — et il n'est pas besoin d'être grand clerc en anatomie pour en comprendre la raison — d'une contracture du muscle sterno-mastoïdien correspondant. Mais en pareille occurrence, l'examen du conduit et de la région mastoïdienne vous fournit bien vite la solution du problème. Chez notre malade, je le répète, cet examen fut négatif.

Dans son récit, la mère nous a fourni un autre renseignement qui aurait pu avoir de l'intérêt : la veille du jour où la contracture du cou s'est montrée pour la première fois, l'enfant aurait éprouvé un léger « mal de gorge », à gauche surtout, qui a duré huit jours et que l'on n'a pas soigné, parce que la déglutition est restée facile. Or, vous savez qu'au cours des angines il n'est pas exceptionnel de voir la tête se dévier en torticolis. Mais vous savez aussi que l'adénite aiguë, suppurée ou non, est l'intermédiaire habituel entre l'inflammation pharyngienne et la contracture du muscle sterno-mastoïdien. Lorsque j'examinai l'enfant pour la première fois, aucun ganglion cervical n'était engorgé et douloureux, ni même appréciable à la palpation. Et d'ailleurs, ne serait-il pas un peu singulier, ce mal de gorge qui laisse indolente la déglutition, tandis qu'au contraire les souffrances s'éveillaient quand la malade voulait reposer la tête sur l'oreiller, jusqu'à ce que le contact fût établi, puis cessaient alors? De même lorsque l'enfant quittait l'oreiller, jusqu'à ce que la verticale fût atteinte.

Donc nous ne pouvions incriminer ni une mastoïdite ni une angine. Fallait-il songer à l'hystérie? Peut-être, car il paraît que pendant les premiers temps la déviation était assez mobile, que la tête s'inclinait tantôt à droite, tantôt à gauche, et ne s'était fixée à gauche que depuis quatre jours lorsque l'enfant nous fut amenée. Mais que penser, dans cette hypothèse, de ce début brusque et fébrile? Il est vrai que la fièvre, n'ayant pas été médicalement constatée, reste un peu douteuse.

Ce qui devait permettre d'affirmer que l'hystérie n'était pas en cause, ou du moins n'était pas seule en cause, c'est qu'il existait manifestement un état morbide de la colonne cervicale, dont la partie latérale droite, convexe en arrière à droite, était doulou-

reuse à la pression; et en limitant les pressions, on localisait les lésions dans les articulations latérales droites des troisième et quatrième vertèbres cervicales.

En présence d'une lésion ostéo-articulaire des vertèbres cervicales, avec ce qu'on appelle « torticolis osseux », la première pensée qui vient à l'esprit est celle d'un mal de Pott, c'est-à-dire d'une ostéo-arthrite tuberculeuse; et il convient d'ajouter que, sans être réellement chargés, les antécédents personnels et héréditaires de notre malade étaient jusqu'à un certain point suspects. Personnellement, en effet, rien de bien net, aucune lésion tuberculeuse actuelle ou ancienne, mais une certaine faiblesse de constitution, une tendance à tousser facilement. Héréditairement, la mère est sujette aux bronchites; étant enfant, elle a eu des abcès dans les oreilles. Un frère est mort « de la poitrine » à l'âge d'un an.

On aurait tort, toutefois, d'ajouter trop de créance à ces soupçons, car sur six enfants, celui que je viens de mentionner est seul suspect; et par contre, si l'on veut fouiller l'hérédité, on y trouve des rhumatismes évidents chez la grand-mère et chez une tante paternelle.

Je n'insiste pas davantage, car les diagnostics établis « de chic », après quelques renseignements sur l'hérédité, ne doivent pas vous séduire. Ce qui est plus important, c'est d'étudier l'évolution du mal et l'état des lésions constituées.

Or, le début brusque, presque brutal, qui a caractérisé notre cas, n'est pas dans les allures habituelles de la tuberculose. Joignez à cela que depuis une huitaine de jours l'appétit était médiocre; qu'enfin des douleurs erratiques avaient pris un peu toutes les jointures, et vous ne serez pas surpris que les lésions cervicales n'aient pas les caractères de la tuberculose. Os et articulations étaient douloureux à la pression, aux mouvements spontanés ou communiqués, les muscles immobilisaient la région par contracture réflexe, mais il n'y avait, en palpant soit le cou, soit le pharynx, ni abcès, ni fongosités, ni même empatement.

Ayant ainsi diagnostiqué une arthrite cervicale rhumatismale, et constatant que l'acuité des accidents était médiocre, je crus pouvoir m'en tenir à l'enveloppement ouaté du cou. Mais au bout

d'une dizaine de jours l'enfant me fut ramenée en voie d'aggravation : les douleurs étaient vives, le cou était plus dévié. Je reçus donc la malade dans le service le 11 janvier. Après redressement sous le chloroforme, je lui fis appliquer un appareil plâtré prenant la voûte du crâne et le cou.

Pendant quelques jours encore, tout en restant apyrétique, l'enfant continua à souffrir; mais bientôt les symptômes s'amendèrent, puis l'indolence devint parfaite. De propos délibéré, néanmoins, je prolongeai l'immobilisation, et c'est à la fin d'avril seulement que je fis retirer l'appareil. A ce moment, la guérison était obtenue : l'attitude était bonne, les vertèbres n'étaient pas déformées, les muscles n'étaient ni atrophiés ni contracturés, les parties molles étaient souples, toute la région était indolente spontanément, à la pression et aux mouvements, qui avaient recouvré leur amplitude normale.

Lorsque vous aurez à traiter des malades de ce genre, vous obtiendrez souvent des résultats semblables, c'est-à-dire excellents, que l'arthrite s'arrête après quelques jours d'état aigu, ou qu'elle tende à durer un peu davantage, à l'état subaigu.

Après une simple poussée aiguë, la guérison absolue, sans raideur, est la règle à peu près sans exception. Il y a environ un an, nous en avons observé dans le service un exemple, chez un garçon de douze ans et demi, apprenti maçon. Dans ce cas, il est vrai, il s'est peut-être agi d'une entorse, plutôt que d'une arthrite, l'enfant ayant été pris d'une douleur vive dans le cou après avoir porté un fardeau sur la tête. Peu importe, d'ailleurs, l'interprétation : ce que vous devez retenir, au point de vue pratique, c'est que lorsque l'enfant fut amené à l'hôpital, on aurait aisément cru, après un examen superficiel, qu'il souffrait d'un torticolis musculaire frappant le sterno-mastoïdien droit, en effet tendu et contracturé. Mais l'élément articulaire fut vite mis en évidence par la pression, très douloureuse, sur les masses latérales du rachis, entre la troisième et la quatrième vertèbres cervicales. Le traitement, dès lors, consista à soumettre le cou à l'extension continue, et, dès le 15 avril — il était entré le 6 avril — l'enfant quittait l'hôpital radicalement guéri.

Ce que vous devez retenir de ce fait, ai-je dit, c'est la facilité avec laquelle on a trop souvent tendance à diagnostiquer un torticolis musculaire, faute d'avoir exploré le rachis par la méthode si précieuse de pressions localisées. Avec mon maître Lannelongue, je crois que bien fréquemment les torticolis prétendus musculaires sont, en réalité, articulaires. C'est, d'ailleurs, sur moi-même, qu'il y a quelques années M. Lannelongue me démontra la vérité de ses assertions : j'avais été pris brusquement, le matin, de torticolis avec douleur assez diffuse dans les muscles de la nuque, et je me croyais atteint, d'après la doctrine classique, d'un torticolis musculaire rhumatismal, lorsque mon maître, que je rencontrai par hasard, me procura une douleur intense, mais instructive, par un coup de pouce judicieusement appliqué sur la masse latérale droite de ma troisième cervicale.

II

Tous les cas dont je viens de vous entretenir concernent la forme aiguë. Même dans cette forme, la guérison sera-t-elle toujours radicale? Le patient ne sera-t-il jamais exposé à conserver une attitude vicieuse, due en partie à des raideurs articulaires avec plus ou moins de déformation osseuse, en partie à des rétractions musculaires consécutives à une contraction prolongée? Cette éventualité est rare, mais possible. Là où vous devrez davantage la craindre, c'est pour certains rhumatismes déformants, subaigus ou chroniques d'emblée, analogues à celui dont la malade suivante nous offre un exemple.

Elle concerne une jeune fille âgée de quinze ans, qui me fut amenée à l'hôpital Trousseau en décembre 1892, en attitude très prononcée de torticolis sterno-mastoïdien droit, la tête étant inclinée sur l'épaule gauche, étendue, et en rotation, la face regardant à droite. Mais un examen très rapide démontrait bientôt que le rachis était en cause. Indolente quand elle était au repos, la colonne cervicale formait à la région latérale droite de la nuque une saillie sur laquelle la pression était douloureuse, et surtout

toute tentative de redressement éveillait de vives souffrances. La douleur portait ici encore sur les troisième et quatrième vertèbres, qui, dans les cas qui nous occupent, semblent prises avec une fréquence remarquable.

Il est aisé, par le simple examen local, d'affirmer qu'il ne s'agissait point d'un mal de Pott cervical : l'attitude vicieuse était une scoliose et non une cyphose; et surtout il n'y avait du côté des parties molles, explorées par l'extérieur ou par le toucher pharyngien, aucune trace d'empatement. Au reste, l'évolution de la maladie était caractéristique d'un rhumatisme chronique déformant.

Née d'un père cardiaque à la suite d'un rhumatisme aigu franc, d'une mère arthritique et nerveuse — ainsi que toute sa famille — notre malade, elle-même très nerveuse, avait eu, à l'âge de quatre ans, une poussée d'érythème noueux, avec fièvre, mais sans phénomènes articulaires. Son affection actuelle avait un an de date : sans cause appréciable. L'enfant avait été atteinte de douleurs articulaires et musculaires dans les deux membres supérieurs, dans le gauche surtout, et dans la nuque. Puis, la tête prit peu à peu la position vicieuse en torticolis sterno-mastoïdien gauche, mais cette fois ce fut pour disparaître au bout de quelques semaines, sous l'influence d'un simple traitement interne par le sirop d'iodure de fer.

Mais il y a trois mois survint une nouvelle atteinte semblable, et pendant six semaines la jeune fille fut conduite à la Salpêtrière, où on la traita par l'électrisation. De là une amélioration, et la tête était presque droite — remarquez bien qu'elle ne l'était pas tout à fait — lorsqu'il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, paraît-il, la position vicieuse s'est reproduite comme au début. C'est alors que la malade me fut conduite, dans l'état que je vous ai décrit il y a un instant.

Je prescrivis l'enveloppement ouaté du cou, trois bains sulfureux par semaine, et à l'intérieur 2 grammes de salicylate de soude par jour. Mais lorsqu'au bout d'un mois la jeune fille me fut ramenée, aucune amélioration ne s'était produite. Le 11 janvier 1893, je fis donc entrer la malade à l'hôpital, et je la soumis à

l'extension continue. Peu à peu j'obtins de la sorte un certain degré de redressement, sans pouvoir parvenir à la correction parfaite de la difformité; et enfin le 24 mars un appareil plâtré fut appliqué. A cette date, le torticolis était encore fort accentué et se compliquait d'une scoliose dorsale manifeste, atténuée, mais non entièrement redressée par la suspension. L'enfant fut donc endormie au chloroforme, l'attitude vicieuse de la tête fut rectifiée autant que possible, et, après application de l'appareil, le cou était presque droit, pas tout à fait cependant.

Le 26 mars, l'enfant quitta l'hôpital, mais elle m'a été ramenée à diverses reprises. Le premier appareil est resté en place pendant environ trois mois; puis, après quelque temps de repos, j'en fis mettre un second, encore sous le chloroforme. Finalement, le résultat a été assez bon, et la difformité est notablement moindre qu'au début; elle persistait cependant à un degré suffisant pour être fort disgracieuse, lorsque je revis la malade pour la dernière fois en janvier 1894, et je ne saurais espérer une amélioration ultérieure, car il semble bien qu'il y ait un peu de déformation des surfaces articulaires, et surtout il s'est produit une atrophie complète du muscle sterno-mastoïdien droit. Les troubles fonctionnels sont d'ailleurs nuls : il n'est plus question de douleurs, spontanées ou provoquées. D'autre part, il n'y a aucun empatement des parties molles. Aussi, après plus d'un an d'observation assidue, sommes-nous en droit, mieux encore qu'à notre premier examen, de nier hardiment toute intervention de la tuberculose.

Je viens de vous dire que le résultat actuel me semble définitif. Il ne le serait peut-être pas et surtout il eût probablement été amélioré il y a quelques mois, s'il nous eût été possible d'instituer un traitement régulier par les douches sulfureuses locales, l'électrisation et surtout le massage des muscles; cette thérapeutique, malheureusement, n'est guère réalisable à l'hôpital, car elle exigerait un matériel et un personnel dont nous ne disposons pas; d'autre part elle demande aux malades des pertes de temps et des déplacements peu compatibles avec les occupations de la classe ouvrière.

III

Jusqu'à présent je vous ai parlé d'arthrites rhumatismales, aiguës ou chroniques. A côté d'elles il convient de faire une place à certaines arthrites, de celles que l'on appelle pseudo-rhumatismes infectieux, consécutives aux maladies aiguës, à la scarlatine en particulier. De ces arthrites scarlatineuses de la colonne cervicale, j'ai recueilli une observation. C'est celle d'une fille de huit ans, à antécédents héréditaires nuls, qui fut jusqu'à présent toujours chétive : venue au monde à sept mois, elle dut être élevée dans la couveuse, marcha tard, eut des bronchites répétées, puis à cinq ans fut atteinte de la rougeole. En juillet 1892, ce fut le tour de la scarlatine, au décours de laquelle des douleurs articulaires sont survenues dans les jointures des membres supérieurs, principalement dans les poignets et les coudes; le gonflement était peu marqué, mais la fièvre était assez forte. Puis les douleurs se sont localisées aux vertèbres cervicales, et bientôt la tête s'est mise en position vicieuse, inclinée sur l'épaule gauche avec rotation de la face du côté opposé. L'enfant fut à cette époque soignée par le salicylate de soude, puis on l'envoya passer trois mois à la campagne.

Lorsqu'elle en revint, l'état général était satisfaisant, mais le torticolis persistait, et au bout d'un mois on se décidait à nous amener la malade à l'hôpital. Je constatai alors une contracture légère du sterno-mastoïdien gauche; la difformité cervicale était cependant très accentuée; du côté des masses latérales des vertèbres cervicales moyennes, on provoquait une douleur par la pression, et plus encore par les tentatives de redressement. Aucun empatement des parties molles.

Comme les lésions me paraissaient d'intensité médiocre, je crus que je pourrais m'en tenir au traitement simple par l'enveloppement ouaté, et, en effet, au bout d'un mois, à la date du 4 décembre 1892, l'amélioration de l'attitude était fort nette, sans que cependant la rectitude fût parfaite; et les pressions, les tentatives

de redressement étaient devenues indolentes. J'espérais donc obtenir ainsi sans peine la guérison, lorsque, en janvier, le mal fit un retour offensif, et, le 22 janvier 1893, je reçus l'enfant à la salle Giraldès pour la soumettre à l'extension continue. Puis, le 8 mars, comme la déviation était très sensiblement corrigée, je fis appliquer une minerve plâtrée. Le 24 mars, cet appareil fut changé, parce que son bord avait un peu entamé la peau du front, et il fut constaté, à cette date, qu'il restait seulement un très léger torticolis gauche. Il n'y avait toujours absolument rien du côté des parties molles, les douleurs avaient complètement disparu.

Ce second appareil, pendant l'application duquel l'attitude fut encore rectifiée, resta environ un mois en place. A ce moment, la guérison était obtenue, avec persistance d'une légère raideur du cou. Elle ne s'est pas démentie depuis, ainsi que j'ai pu m'en assurer, l'enfant m'ayant été ramenée à diverses reprises.

Quelque temps après avoir soigné cette malade, j'en ai vu une autre qui peut, à certains égards, entrer en parallèle avec elle. Celle-là, il est vrai, n'a pas une observation complète, ses parents n'ayant pas jugé utile de revenir nous voir. Je vous en dirai cependant quelques mots, car ici le diagnostic n'a pas la même clarté que dans le cas précédent. Cette enfant — les filles, vous le voyez, nous fournissent le plus gros contingent — était arrivée en parfaite santé à l'âge de six ans, lorsque, le 14 juillet 1893, elle fut prise de la scarlatine, avec une intensité médiocre, et elle fut amenée le 17 septembre à la consultation de l'hôpital, pour un torticolis avec inclinaison à gauche, et rotation de la face à droite. Le sterno-mastoïdien gauche était un peu plus tendu que le droit. Je ne pensai pas un seul instant à un torticolis musculaire proprement dit, c'est-à-dire à une contracture idiopathique, mais je suis resté un peu hésitant sur le point de départ de cette contracture. Les observations que je viens de passer en revue prouvent que le point de départ peut être ostéo-articulaire; mais en discutant avec quelques détails le diagnostic de la première, je vous ai dit que souvent les adénites cervicales, elles aussi, causaient des contractures musculaires avec torticolis plus ou moins durable, en général très passager. Or, chez notre malade, s'il y avait une certaine ten-

sion de la nuque à droite, sans aucun empâtement, mais avec légère douleur à la pression sur les masses latérales des vertèbres, ces signes étaient assez peu nets pour qu'on ne fût pas en droit d'écarter comme de nulle importance l'existence d'un abcès cervical, survenu sans douleur et sans fièvre au huitième jour de la maladie, abcès guéri seulement depuis trois semaines, lorsque je vis l'enfant, et ayant laissé comme trace une cicatrice longue de un centimètre, sur la partie moyenne du bord antérieur du sternomastoidien droit.

Ainsi, les deux causes que j'ai énumérées il y a un instant se trouvaient réunies dans le cas actuel, et toutes deux à un degré assez médiocre pour qu'on ne pût dire aisément laquelle devait être le plus incriminée. Toutes deux peut-être également. Pourtant, sans être nettement affirmatif, j'ai eu tendance à attribuer plutôt le torticolis à une légère arthrite cervicale, car, quoique le torticolis semblât avoir débuté en même temps que l'abcès, quoiqu'il eût, d'après les renseignements, tendance à être assez variable, je n'ai pas encore vu d'adénite cervicale s'accompagner d'une déviation aussi longtemps prolongée. La cicatrisation, je le sais, n'était parachevée que depuis trois semaines; mais aucune induration ne persistait sous le muscle.

Chez cette malade, donc, je suis resté dans le doute, et je vous ai résumé son observation pour vous prouver que le diagnostic ne saute pas toujours immédiatement aux yeux. Dans la grande majorité des cas, cependant, vous l'établirez avec certitude si vous pratiquez un examen méthodique, et cette donnée vous conduira à des déductions pronostiques et thérapeutiques d'un intérêt réel, ainsi que j'ai cherché à vous le faire voir tout en vous mettant sous les yeux les malades qui m'ont permis de confirmer l'exactitude parfaite des descriptions de Lannelongue.

IV

Je n'ai pas besoin d'insister sur les indications thérapeutiques, dont j'ai fait mention au cours d'une observation que je viens de

vous rapporter. Vous avez conclu, de vous-mêmes, que la plupart du temps il suffira d'avoir un peu de patience pour voir la tête se redresser, à mesure que la douleur s'éteindra; vous faciliterez les choses en tenant le cou bien au chaud dans un enveloppement ouaté, et en administrant du salicylate de soude.

Quelquefois, les souffrances sont grandes, la déviation considérable, avec tendance à persister. Vous avez alors dans l'extension continue une ressource des plus efficaces: en appliquant un poids à chaque jambe, et, à l'aide d'une mentonnière, un poids à la tête, vous obtenez en quelques heures le redressement et la cessation de toute douleur. Pour éviter toute rechute, vous devez continuer l'extension pendant six à huit jours.

Par exception, l'arthrite traîne un peu; alors seulement, si vous constatez qu'après suppression de l'extension il reste un peu de déviation, un peu de douleur à la pression, vous vous trouverez bien de faire porter à l'enfant, pendant trois à quatre semaines, une minerve plâtrée, appliquée dans la suspension. Ce moyen est encore indiqué pour redresser, dans la mesure du possible, le reliquat d'arthrite devenue déformante; mais une des observations précédentes vous a prouvé que le résultat peut alors rester médiocre.