

ment; on a incriminé la pression des branches du forceps⁽¹⁾, mais le forceps n'appuie guère sur le muscle. Les tiraillements exercés sur le muscle, pendant l'accouchement par le siège, semblent avoir une bien plus grande influence; Blachez et Planteau⁽²⁾ ont bien mis cette cause en lumière: Rüge⁽³⁾ sur 64 présentations du siège constata 18 fois des lésions du sterno-mastoïdien; 6 observations de Launois⁽⁴⁾ se rapportent encore à des enfants nés par le siège.

Cependant, dans certains cas, on a observé l'affection après un accouchement spontané, normal, par le sommet. Arnott⁽⁵⁾, Petersen⁽⁶⁾ en ont notamment rapporté des exemples.

Clarke⁽⁷⁾ a vu la tumeur se produire brusquement chez un enfant que sa nourrice avait laissé tomber la veille.

Le traumatisme agit, comme l'ont bien montré Blachez et Planteau, par contusion, froissement ou tiraillement du muscle. La lésion produite n'est pas simplement une myosite interstitielle comme l'ont pensé Blachez et Gillette. On ne saurait accepter non plus l'hypothèse d'une rupture musculaire complète, qui serait caractérisée par des signes cliniques absolument différents.

La notion très précise du traumatisme, l'évolution et les caractères de la tumeur, permettent de conclure à l'existence d'une rupture partielle ou d'une attrition du muscle avec production d'un hématome (Bohn)⁽⁸⁾ intra-musculaire (*trachémathématome*)⁽⁹⁾. Du reste, ces lésions ont été anatomiquement constatées⁽¹⁰⁾, et Volkmann et ses élèves ont montré que, dans quelques cas, on a pu suivre l'évolution de l'affection de l'hématome à la myosite scléreuse, au torticolis par rétraction.

Le pronostic est en général très bénin, la tumeur disparaît sans aucun traitement⁽¹¹⁾; cependant, le développement possible d'une myosite fibreuse et, par conséquent, d'un torticolis chronique, doivent engager à surveiller la régression de l'hématome; on pourrait ainsi agir sur le muscle, dès qu'on aurait constaté la tendance à la rétraction.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les lésions du sterno-mastoïdien ont été seules étudiées. Les *myosites chroniques* appartiennent à l'histoire du torticolis.

(1) STROMEYER, *Operative orthop. chir.*, t. II, p. 425. — PÉRATÉ, *Gaz. heb.*, 26 mai 1876. — LABALBARY, *Gaz. des hôp.*, 1862 (cité par Gillette).

(2) BLACHEZ et PLANTEAU, *Une variété de tumeur de la région cervicale des nouveau-nés. Gaz. heb.*, 1876, p. 505.

(3) CARL RÜGE, *Zeitschrift für Geburtsh. und Frauenkrankh.*, 1876, t. I, p. 68.

(4) LAUNOIS, *Hématome du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés. Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1885, p. 140.

(5) ARNOTT, *Saint-Thomas's hosp. Reports*, 1874, p. 275.

(6) PETERSEN, *Caput abstinum, etc. Arch. für klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 781.

(7) CLARKE, cité par Gillette, p. 551.

(8) BOHN, *Das Hämatom der Sterno-clin. bei Neugeborenen. Deutsche Klinik*, Berlin, 1864, p. 267.

(9) TORDEUS, *Considérations sur le trachémathématome. Journal de méd. chir. et pharm.* Bruxelles, 1882, p. 518.

(10) FASBENDER, *Sur certains états rares du cou chez les nouveau-nés. Berliner klin. Woch.*, 1875, n° 25, p. 298.

(11) LE BRETON, *Étude sur une variété de tumeur du cou chez les nouveau-nés. Thèse de doct. de Paris*, 1885.

Les *myosites aiguës*, les suppurations du muscle sterno-mastoïdien sont extrêmement rares. Velpeau a attiré l'attention sur les abcès siégeant dans la gaine du sterno-mastoïdien; le muscle lui-même peut être, dans ce cas, désorganisé par le pus. La myosite suppurée proprement dite ne s'observe que dans les infections générales.

Il peut être très difficile de différencier l'abcès du sterno-mastoïdien d'un abcès des ganglions qu'il recouvre. Le diagnostic n'a pas d'ailleurs grande importance pratique, car l'indication est toujours la même: inciser largement le foyer dès qu'on a constaté, ou seulement soupçonné, la présence du foyer purulent.

III

SYPHILIS

Les tumeurs syphilitiques affectent surtout le sterno-mastoïdien. Les autres muscles du cou ne sont guère atteints par la syphilis; Bouisson⁽¹⁾ rapporte cependant un exemple de gomme du trapèze.

Lécuyer⁽²⁾ a rassemblé 15 observations de lésions syphilitiques du sterno-mastoïdien. 15 cas ont été observés chez l'adulte, dont 9 chez des femmes. 2 observations de tumeurs de ce muscle chez l'enfant, attribuées à la *syphilis héréditaire*, ne sont peut-être que des trachémathématomes (Peyrot). Le fait de Taylor⁽³⁾ seul semble probant. La tumeur examinée au microscope était constituée par une « production fibreuse ayant pour point de départ le tissu conjonctif du muscle ». L'enfant avait présenté des éruptions spécifiques et les parents étaient manifestement syphilitiques.

Chez l'adulte, les lésions se présentent tantôt sous forme de *myosite scléreuse diffuse*, occupant tout le muscle et le transformant en une corde rigide (Salomon)⁽⁴⁾, ou bien localisée en un point, tantôt sous forme de *gommés*. Les gommés siègent souvent à l'insertion inférieure du muscle (Duplay, Traisnel)⁽⁵⁾. Dans un cas de Bouisson, la tumeur occupant l'extrémité inférieure du muscle avait le volume d'une orange. Il n'est pas rare d'observer deux ou trois gommés sur le même muscle. Les deux sterno-mastoïdiens peuvent être simultanément atteints (Bouisson).

Ces tumeurs offrent ici leurs caractères cliniques habituels, se ramollissent et s'ulcèrent en laissant, après évacuation, une perte de substance profonde.

Le diagnostic ne présente, en général, pas de grandes difficultés; dans les cas incertains, un traitement d'épreuve lèvera les doutes. Chez les nouveau-nés, la tumeur syphilitique pourra être confondue avec l'hématome; ici, l'examen attentif des parents, l'étude des commémoratifs permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

(1) BOUISSON, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles. Tribut à la chir.*, 1855, p. 517.

(2) LÉCUYER, *Des gommés du sterno-mastoïdien. Thèse de doct. de Paris*, 1881, n° 176.

(3) TAYLOR, *Chicago med. Journal*, novembre 1875, p. 820, et *Med. Times and Gas.*, 28 nov. 1874, t. II, p. 618, cité par Gillette.

(4) SALOMON, *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1846.

(5) TRAISNEL, *Contribution à la pathologie chirurgicale du sterno-mastoïdien. Thèse de doct. de Paris*, 1876, n° 274.

Le traitement ne comporte aucune indication spéciale, c'est celui de la syphilis tertiaire.

IV

TORTICOLIS

Le terme de torticolis (*caput obstipum, distortum*) s'applique à toute position vicieuse de la tête, quelle que soit son origine. Mais ces déviations passagères ou permanentes reconnaissent des causes multiples, sont le résultat d'affections essentiellement différentes et ne sauraient être rapprochées dans une description commune. Aussi l'usage a-t-il été depuis longtemps établi de classer ces différentes déviations suivant leurs causes et d'en renvoyer l'étude à l'histoire de chacune des affections correspondantes.

On a ainsi divisé le torticolis en *torticolis cutané*, *torticolis osseux* ou *articulaire*, *torticolis musculaire*.

La première variété, qu'on peut aussi appeler torticolis *cicatriciel*, est due à la rétraction des cicatrices du cou, cicatrices vicieuses provoquées par des pertes de substance étendues, surtout par des brûlures, ou bien encore par des abcès froids, des phlegmons, etc.

La seconde variété, *torticolis osseux* ou *articulaire*, est le résultat ordinaire d'ostéo-arthrites tuberculeuses de la colonne cervicale, du mal sous-occipital, plus rarement d'arthrites rhumatismales, enfin de traumatismes, luxations ou fractures.

Le *torticolis musculaire* seul doit nous occuper ici. Son nom indique suffisamment en quoi il consiste et il est facile de concevoir comment il peut se produire. La tête est maintenue en équilibre sur la colonne vertébrale par la tonicité des muscles cervicaux; abandonnée à elle-même et soustraite à toute action musculaire, elle tomberait en avant dans la position normale ou roulerait, pour ainsi dire, en tous sens sous l'influence des divers mouvements, comme on le voit, par exemple, chez les sujets chloroformisés. Tous les muscles groupés autour de la colonne cervicale se font équilibre par leurs actions opposées pour maintenir la tête droite, dans l'attitude normale. Que, pour une cause quelconque, cet équilibre musculaire soit rompu, la tête se dévie et le cou subit le plus souvent un mouvement complexe de flexion et de torsion, déviation variable suivant le muscle, ou le groupe musculaire atteint.

Le torticolis musculaire peut donc résulter soit de la *paralysie*, soit de la *contracture* ou de la *rétraction*, soit enfin de *spasmes* ou de *convulsions* d'un ou de plusieurs des muscles du cou. Ces variétés étiologiques correspondent à des types cliniques différents et qui doivent être étudiés séparément : 1° *torticolis passager* ou *aigu* (contracture); 2° *torticolis permanent* ou *chronique* (rétraction, paralysie); 3° *torticolis intermittent* (convulsions épileptiformes, tics convulsifs, spasmes musculaires). Ces différents types sont loin d'avoir la même importance; le torticolis permanent par rétraction du sterno-mastoïdien constitue la forme habituelle de l'affection, à ce point que, dans le langage clinique, c'est lui qui est désigné par le seul mot de torticolis employé sans épithète.

I. — TORTICOLIS AIGU OU PASSAGER

Étiologie. — Le torticolis aigu ou passager est assez souvent décrit sous le nom de torticolis rhumatismal; il succède en effet, le plus souvent, à l'action du froid. Mais il peut être aussi produit par une mauvaise position prolongée, par un brusque mouvement ou un effort. Dans un autre ordre de faits, on le voit survenir comme complication d'une inflammation quelconque de la région cervicale, angine, adénite, arthrite vertébrale, otite (1), etc., ou même d'une petite plaie, d'une simple piqûre. Il est plus rare chez la femme que chez l'homme et chez l'enfant.

Symptômes. — Le début est brusque; le plus souvent le malade, le matin, à son réveil, ressent une vive douleur dans un côté du cou. La tête est penchée de ce côté, la face légèrement tournée du côté opposé, l'épaule relevée; et le malade, immobilisant toute la région douloureuse, remue le tronc tout d'une pièce. La position de la tête et la rotation de la face varient avec les muscles atteints. Le type ordinaire que nous venons de décrire appartient à la contracture du sterno-mastoïdien. C'est en effet ce muscle qui pour la plupart des auteurs classiques serait pris d'habitude. Duchêne a observé le rhumatisme isolé du trapèze. Beau (2) pense que le trapèze est le siège le plus fréquent de l'affection. Si les deux muscles trapèzes sont atteints, la tête est directement portée en arrière par la contracture des muscles profonds de la nuque. Un seul trapèze est-il atteint, le sterno-mastoïdien est bien contracturé, mais cette contracture n'est point due au rhumatisme du sterno-mastoïdien; ce n'est qu'une contracture d'immobilisation, comme le prouve la localisation de la douleur.

La douleur est exaspérée par la pression, par les mouvements; il n'existe en général qu'une fièvre très légère et qui disparaît assez rapidement. La maladie se termine en quelques jours par la résolution; cependant, dans certains cas, la contracture peut persister et l'affection passe à l'état chronique.

Pour établir le *diagnostic* en général facile, il faudra s'assurer qu'il n'existe aucune autre affection douloureuse capable de provoquer la même déviation, adénite, phlegmon, arthrite cervicale, etc.

Quand le torticolis succède à un mouvement brusque ou à un effort, le diagnostic peut être plus embarrassant (Guyon), car on peut se demander si la contracture du sterno-mastoïdien n'est pas due à une entorse des vertèbres cervicales (Malgaigne), ou même à une luxation unilatérale (Dupuytren); la localisation de la douleur aux articulations vertébrales dans la première hypothèse, la déformation spéciale (avec saillie de la vertèbre à la paroi postérieure du pharynx) dans la seconde, permettront, en général, de faire le diagnostic.

Le *pronostic* du torticolis rhumatismal est bénin; les récidives l'aggravent, l'affection pouvant alors devenir chronique (3); en cas de torticolis traumatique, le pronostic doit être beaucoup plus réservé, car une myosite consécutive peut se développer et entraîner la sclérose et la rétraction.

(1) GELLÉ, *Du torticolis ab aure læsa*. Soc. de biol., 10 nov. 1894.

(2) BEAU, *Rhumatisme du deltoïde, etc.* Arch. gén. de méd., décembre 1862; p. 648, cité par Guyon, art. TORTICOLIS du Dict. encycl. des sc. méd., 5^e série, t. XVII, p. 668.

(3) COUILLARD-LABONNOTTE, *Du torticolis*. Thèse de doct. de Paris, 1869.