

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<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 668.

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



Le traitement consiste, pour le torticolis rhumatismal, en applications de révulsifs, en frictions calmantes; le cou sera maintenu enveloppé d'une cravate d'ouate.

Si le torticolis ne cérait pas au bout de quelques jours et que la persistance de la déviation, malgré l'atténuation de la douleur, fit craindre le passage à l'état chronique, les mouvements communiqués, les frictions, le massage, les bains sulfureux, l'électrisation des muscles antagonistes (Duchenne de Boulogne) devraient être employés.

## II. — TORTICOLIS CHRONIQUE OU PERMANENT

Le torticolis permanent comprend deux variétés : l'une, torticolis par rétraction, type classique de l'affection; l'autre torticolis paralytique, variété très rare, dont on possède seulement quelques observations et qui mérite à peine le nom de torticolis.

### A. — TORTICOLIS PERMANENT PAR RÉTRACTION

**Étiologie.** — Le torticolis est surtout observé dans l'enfance, rare dans l'adolescence, exceptionnel à l'âge adulte. Il est plus fréquent chez les filles que chez les garçons; on a rarement noté que l'affection fût héréditaire; Guyon n'en a relevé que deux observations<sup>(1)</sup>; Jeannel en rapporte un autre exemple<sup>(2)</sup>. Dieffenbach<sup>(3)</sup> a observé cinq frères et sœurs atteints de torticolis congénital, mais ne donne pas de renseignements sur les parents.

Le torticolis étant souvent constaté peu de temps après la naissance, il était naturel d'admettre la *congénitalité* de la lésion dans ces cas; et il est classique de distinguer, d'après l'origine de l'affection, un *torticolis congénital* et un *torticolis acquis*.

L'existence du torticolis congénital a été mise en doute par nombre d'auteurs, qui, avec Stromeyer<sup>(4)</sup>, pensent que l'affection n'est pas le résultat d'une lésion intra-utérine, d'un véritable vice de conformation analogue au pied bot par exemple, mais qu'elle est due à un traumatisme subi pendant les manœuvres de l'accouchement (*torticolis obstétrical*).

Il est certain que, le plus souvent, les petits malades ne sont observés qu'à un âge plus ou moins avancé et que la notion de *congénitalité* ne s'appuie que sur les renseignements fournis par les parents. De plus, comme le fait remarquer Guyon, dans les relevés de Chaussier, à la Maternité, relevés qui portent sur cinq années et comprennent 25295 enfants, on ne trouve pas signalé un seul cas de torticolis.

Cependant le torticolis congénital existe réellement. Petersen<sup>(5)</sup> en rapporte

<sup>(1)</sup> GUYON, art. TORTICOLIS du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 670.

<sup>(2)</sup> JEANNEL, *Encycl. intern. de chir.*, t. V, p. 777.

<sup>(3)</sup> DIEFFENBACH, *Berliner klin. Zeitung*, 1858, n° 27, traduit par Bouvier, *Expérience*, 1858, p. 272.

<sup>(4)</sup> STROMEYER, *Operat. orthop. chir.*, t. II, p. 425.

<sup>(5)</sup> PETERSEN, *Caput obstipum*. (Ætiol. und Behandlung). *Arch. für klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 781.

deux observations au moment même de l'accouchement; Meinhardt Schmidt<sup>(1)</sup> a récemment observé un cas fort intéressant de torticolis avec atrophie faciale; l'hérédité signalée dans quelques cas, ainsi que l'existence d'autres vices de conformation (Fischer)<sup>(2)</sup> plaident encore en faveur de la *congénitalité*. Si la constatation directe n'en est pas faite plus souvent, c'est que peut-être l'affection, très peu accentuée au moment de la naissance, passe inaperçue.

Pour expliquer la cause première de la maladie, nous retrouvons ici les théories pathogéniques communes aux autres vices de conformation :

1<sup>o</sup> Théorie mécanique, position normale du fœtus ou pressions subies par le fœtus dans l'utérus, théorie à laquelle s'attachent les noms d'Hippocrate, d'Ambroise Paré, de Cruveilhier, de Malgaigne, de Dieffenbach, etc.;

2<sup>o</sup> Théorie musculaire ou musculo-nerveuse. État pathologique des muscles dû le plus souvent à des lésions des centres nerveux (théorie soutenue par Rudolphe, Bécclard et surtout J. Guérin, plus récemment par Golding Bird)<sup>(3)</sup>;

3<sup>o</sup> Théorie de l'arrêt de développement de Bouvier; un côté de la face et de la tête se serait arrêté à un moment donné dans son évolution.

Quoi qu'il en soit, l'accord est loin d'être fait sur l'origine du torticolis des enfants et l'influence du traumatisme obstétrical semble devoir être, sinon toujours, comme le veulent la plupart des chirurgiens allemands<sup>(4)</sup>, du moins très souvent admise.

Dieffenbach croyait à une lésion musculaire produite par une branche de forceps; Stromeyer invoquait l'attrition des nerfs du muscle dans les mêmes conditions; mais le forceps ne porte pas sur le cou ainsi que le fait observer de Saint-Germain. Blachez<sup>(5)</sup>, Volkmann, Billroth incriminent d'autre part les tractions effectuées sur le sterno-mastoïdien pendant le dégagement de la tête dans l'accouchement par le siège.

On ne peut invoquer dans ces cas la rupture complète du sterno-mastoïdien qui aboutirait à l'allongement et non à la rétraction du muscle suivant la remarque de Petersen<sup>(6)</sup> et de Jeannel<sup>(7)</sup>.

Les contusions et les ruptures partielles qui se traduisent par la traché-hématome guérissent le plus souvent sans provoquer de rétraction musculaire; mais Volkmann<sup>(8)</sup> cite deux observations dans lesquelles il a pu suivre l'évolution de l'hématome du sterno-mastoïdien au torticolis. D'Arcy Power<sup>(9)</sup> a vu succéder à l'hématome du sterno-mastoïdien des contractures légères, mais aussi des torticolis graves nécessitant la ténotomie.

On doit donc admettre que dans certains cas l'attrition ou la rupture partielle

<sup>(1)</sup> MEINHARDT SCHMIDT, *Pathogénie du torticolis congénital*. *Centralblatt für Gynæk.*, 1890, n° 50, p. 570. — Voici le résumé de cette observation : fille née en présentation du siège, première position. Pas de trace d'hématome du sterno-mastoïdien; torticolis droit avec atrophie crânienne du même côté. Torticolis et atrophie ont guéri spontanément. Analyse in *Gaz. hebdom.*, 1890, n° 55, p. 391.

<sup>(2)</sup> FISCHER, *Caput obstipum*. *Deutsche Chir.*, 1880, Lief. 54.

<sup>(3)</sup> GOLDING BIRD, *Torticolis congénital*. *Guy's hosp. Reports*, 1890, t. XLVII, p. 252.

<sup>(4)</sup> STROMEYER, *loc. cit.* — VOLKMANN, in *Pitha et Billroth*, Bd. II, Abt. II, H. 11, 1872. — DIEFFENBACH, *Durchschneidung der Sehnen und Muskeln*, p. 25. — BOHN, *Deutsche Klinik*, 1864, p. 267 et 507.

<sup>(5)</sup> BLACHEZ, *Gaz. hebdom.*, 17 mai 1876, et *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884, p. 558.

<sup>(6)</sup> PETERSEN, *Caput obstipum*. *Loc. cit.*

<sup>(7)</sup> JEANNEL, *Torticolis*. *Encycl. intern. de chir.*, t. V, p. 777.

<sup>(8)</sup> VOLKMANN, *Das sogenannte angeborene Caput obstipum und die offene Durchschneidung des musculus sterno-cleido-mastoïdes*. *Centralbl. für Chir.*, 1885, n° 14, p. 255.

<sup>(9)</sup> D'ARCY POWER, *Relations qui existent entre le torticolis et l'hématome du sterno-mastoïdien*. *Medic.-chir. trans.*, 1894, t. LXXVI, p. 157. Analyse de 15 observations personnelles.



du muscle produit une myosite qui aboutit à la rétraction; le fait a été constaté non seulement pour le sterno-mastoïdien, mais pour les muscles de l'avant-bras ou de la jambe. Volkmann et Kirmisson (1) en citent des exemples incontestables.

Certains faits, observés à un âge plus avancé, dans lesquels un torticolis permanent succéda nettement à un effort violent (Amussat (2), Eiselsberg (3)), confirment cette théorie.

La rétraction du muscle dans le torticolis acquis proprement dit, peut être due à une myosite suppurée consécutive à un abcès de la gaine du sterno-mastoïdien (Dolbeau) (4) ou à la fonte de ganglions tuberculeux (de Saint-Germain) (5) à des gommés du sterno-mastoïdien (Ricord).

Nous avons déjà vu que le torticolis aigu rhumatismal peut aboutir aussi à la rétraction. Il en est de même de quelques contractures réflexes provoquées par une angine, une arthrite vertébrale, une otite, une petite plaie, une simple piqûre de sangsue dans un cas rapporté par Guérin.

Une simple mention suffit aux contractures du sterno-mastoïdien rarement observées dans les affections du système nerveux central ou des nerfs du muscle.

Le torticolis par rétraction peut succéder, dans certains cas, à des attitudes vicieuses habituelles volontaires ou involontaires, que quelques auteurs ont désignées du nom de *torticolis physiologiques*.

Le type du *torticolis volontaire* est l'attitude inclinée de la tête, connu sous le nom de *torticolis des petits maîtres*.

Les positions vicieuses *involontaires* dont l'influence a été surtout invoquée par Andry (6) n'ont pas toutes la même valeur. La façon de porter les enfants, de les placer dans leur berceau, ne semble guère avoir l'importance que lui attribue Andry.

Mellet (7) raconte qu'à l'âge de neuf ans, il avait pris instinctivement l'habitude d'incliner la tête vers l'épaule droite, par suite d'une céphalalgie violente qui n'était calmée que par cette attitude vicieuse. Au bout de deux ans, quand les maux de tête diminuèrent, cette position anormale était devenue permanente et il fallut un traitement de longue durée pour obtenir le redressement.

Certaines affections oculaires, la diplopie, l'astigmatisme, l'amblyopie peuvent, par l'attitude vicieuse de la tête qu'elles nécessitent, amener la rétraction définitive du sterno-mastoïdien. Cuignet (8) a groupé ces faits sous le nom de *torticolis oculaire* (9), et Maubrac a bien montré les relations qui existent entre les mouvements des yeux et ceux du sterno-mastoïdien (10).

(1) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur du torticolis*, p. 241.

(2) AMUSSAT, *Gaz. méd.*, 1854, p. 829, cité par Guyon.

(3) EISELSBERG, *Torticolis traumatique*. Société impéριο-royale des médecins de Vienne, 10 février 1888. *Semaine médicale*, 1888, p. 58. — Une jeune fille de douze ans portait sur la tête un tonneau qu'elle empêcha de tomber en faisant un effort brusque. Elle éprouva une vive douleur dans le sterno-mastoïdien droit. Le lendemain il y avait un léger gonflement qui cédait, de même que la douleur, au bout de quelques jours. Dans le cours des deux années suivantes, on vit survenir une inclinaison vicieuse de la tête sur l'épaule droite et une asymétrie du visage.

(4) DOLBEAU, *Gazette des hôpitaux*, 1860, cité par Guyon.

(5) DE SAINT-GERMAIN, *Chirurgie orthopédique*, 1885, p. 205.

(6) ANDRY, *L'orthopédie*, t. I, p. 85.

(7) MELLET, *Manuel pratique d'orthopédie*. Paris, 1844, cité par WEISS, art. *TORTICOLIS* du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXV, p. 645.

(8) CUIGNET (de Lille), *Des attitudes dans les maladies des yeux et du torticolis oculaire*. *Rec. d'ophtalmologie*, 2<sup>e</sup> série, avril 1874, p. 190.

(9) LANDOLT, *Torticolis oculaire*. *Bull. méd.*, 1890, p. 575. — BRADFORD, *Torticolis par insuffisance de la vue*. *Transact. of amer. orthop. Assoc.*, 1889, p. 46.

(10) MAUBRAC, *Anatomie et physiologie du muscle sterno-mastoïdien*. Thèse de Bordeaux, 1885.

**Anatomie pathologique.** — Les examens anatomiques de torticolis sont extrêmement rares. Fischer cite 2 faits, l'un de Bündell (1), l'autre de Heusinger (2), dans lesquels, chez des nouveau-nés, le muscle sterno-mastoïdien était raccourci et transformé en tissu d'apparence tendineuse.

Bouvier a disséqué le muscle chez une jeune fille de vingt-deux ans affectée de torticolis depuis son enfance (3); Robert (4), Marchessaux (5), Contesse et Guyon (6) ont pu recueillir des pièces analogues chez des sujets très âgés dont l'affection remontait à l'enfance.

Mais, depuis quelques années, la résection de fragments du sterno-mastoïdien dans la section à ciel ouvert par le procédé de Volkmann et surtout la résection totale du muscle par le procédé de Mikulicz ont fourni un certain nombre d'intéressants documents: Volkmann le premier (7) a fait connaître les résultats de ces recherches. Plus récemment Vollert (8), Petersen (9), Vitzel (10), Köster (11), Glück (12) ont apporté des examens anatomiques plus détaillés.

Les lésions du sterno-mastoïdien seules ont été étudiées, soit dans les rares autopsies que nous avons mentionnées, soit dans les résections de fragments de muscle au cours de la ténotomie à ciel ouvert.

Dans tous les cas, le muscle sterno-mastoïdien est raccourci. Bouvier a trouvé 3 pouces de différence entre le muscle du côté sain et le muscle malade. Guyon et Contesse n'ont eu à leur disposition que le muscle droit malade; il mesurait 9 centimètres de l'apophyse mastoïde au sternum, 8 du même point à la clavicule, ce qui équivaut à une diminution de longueur de moitié environ. En même temps, on trouve noté un rétrécissement, un amincissement du corps musculaire qui n'a rien perdu pourtant de sa résistance.

Il est au contraire plus ferme et parfois induré, d'apparence fibreuse ou tendineuse.

Cette altération, cette transformation fibreuse, peut porter sur toute l'étendue du muscle, comme dans le cas de Guyon et Contesse; sur les deux tiers ou les trois quarts inférieurs (observations de Robert et de Marchessaux). Les examens de Volkmann sur le vivant lui ont montré, le plus souvent, que l'induration se présente sous forme d'un noyau allongé, d'une hauteur variable. Mikulicz (13) a trouvé plusieurs fois le muscle complètement transformé en tissu fibreux sur toute sa hauteur.

La gaine aponévrotique est aussi épaissie et rétractée, et la même induration, la même sclérose peuvent exister jusque sur la gaine des vaisseaux.

Dans les cas où se rencontrent ces noyaux scléreux, l'examen histologique a

(1) BUNDELL, *Vogel's neue med. Bibl.*, 1762, V, p. 189.

(2) HEUSINGER, *Bericht von der anthrop. Anstalt*. Würzburg, 1826, p. 42.

(3) BOUVIER, *Académie de médecine*, 1856, cité par Guyon.

(4) ROBERT, *Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 174.

(5) Cité par FLEURY, *Arch. gén. de méd.*, 1858, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 78.

(6) CONTESSE, *Bull. de la Soc. anat.*, 4<sup>e</sup> série, 1862, t. VII, p. 2.

(7) VOLKMANN, *loc. cit.*

(8) VOLLERT, *Zur Operation und pathologischen Anatomie des kongenitalen Caput obstipum*. *Centralbl. für Chir.*, 1890, n<sup>o</sup> 58, p. 715.

(9) PETERSEN, *Du torticolis musculaire congénital*. *Arch. für klin. Chir.*, t. XLII, p. 4.

(10) WITZEL, *De l'origine du torticolis congénital*. *Arch. für Gynækol.*, t. XLI, p. 1 et 2.

(11) KÖSTER, *Sur le torticolis musculaire*. *Deutsche med. Woch.*, 1895, n<sup>o</sup> 8, p. 117.

(12) GLÜCK, *Traitement chirurgical d'un torticolis congénital*. *Berl. klin. Woch.*, 26 août 1895, p. 747.

(13) MIKULICZ, *Sur l'extirpation du sterno-mastoïdien dans le torticolis musculaire*. *Centralblatt für Chir.*, 1895, n<sup>o</sup> 1.