

révélé des lésions graves de myosite fibreuse. La substance musculaire, étouffée par les faisceaux fibreux, peut faire complètement défaut à la partie moyenne de l'induration. Petersen, Köster, Glück considèrent cette dégénérescence fibreuse comme une véritable dystrophie et ne croient pas qu'elle succède à une lésion traumatique du muscle.

Les lésions sont parfois plus diffuses et moins accentuées. Enfin, dans certains cas, il n'existe aucune altération du muscle ni des tissus environnants; ce sont peut-être là des exemples de véritable torticolis congénital (Jeannel).

Jamais Volkmann ni Vollert n'ont rencontré de trace de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, dans aucune des formes de l'affection.

Des deux sterno-mastoïdiens, le droit est, de beaucoup, le plus fréquemment atteint; 44 fois sur 60 cas, d'après Dieffenbach, 18 fois sur 27 d'après Bouvier. Cette prédilection de l'affection pour le côté droit a été attribuée tantôt à la congénitalité, puisque c'est à droite que siègent le plus souvent les lésions congénitales proprement dites, tantôt, avec Philips (1), à la position la plus ordinaire de la tête pendant l'accouchement; la première position, en effet, expose plus particulièrement le côté droit aux violences extérieures (Guyon).

Un autre fait important est l'inégale distribution des lésions dans les deux faisceaux du sterno-mastoïdien. Le faisceau sternal serait seul dans la pluralité des cas, disent les classiques; Richter (2) le premier signala le fait et émit l'idée que la section de ce seul faisceau permettrait le redressement de la tête; plus tard, Stromeyer, Dieffenbach, Bouvier et surtout J. Guérin (3) insistèrent sur cette fréquence de la rétraction du faisceau sternal qui, 3 fois sur 4, serait seul atteint. Sans doute, cette proportion est exagérée et il est aujourd'hui démontré que le faisceau claviculaire est aussi raccourci, dans bon nombre de cas; mais, lorsque les deux faisceaux sont atteints, le sternal est toujours, ou presque toujours, le plus fortement rétracté. S'agit-il là d'un simple raccourcissement d'adaptation du faisceau claviculaire? Le fait est possible mais non constant, car la sclérose de ce faisceau a été anatomiquement constatée (Guyon et Contesse) et, de plus, la section des deux faisceaux est souvent nécessaire pour obtenir le redressement de la tête, tandis que le raccourcissement d'adaptation des autres muscles congénères cède, assez facilement, aux manœuvres de redressement faite après la ténotomie du sterno-mastoïdien.

Des exemples de rétraction primitive du seul faisceau claviculaire ont été cités par Malgaigne (4), Bouvier, Philips, J. Guérin (5), etc. Mais ce sont là des cas exceptionnels et il est légitime d'accepter la conclusion de Guyon que « la rétraction isolée d'un faisceau est l'exception et non la règle pour le chef sternal comme pour le chef claviculaire ».

La position anormale permanente, maintenue par la rétraction du sterno-mastoïdien, entraîne des déformations du squelette et des parties molles du cou et de la face.

On ne possède que peu de renseignements anatomiques précis sur l'état des vertèbres cervicales et des articulations qui les unissent. Dans l'autopsie célèbre de Bouvier, que nous avons déjà citée, cet auteur ne trouva comme lésions

(1) PHILIPS, *De la ténotomie sous-cutanée*. Paris, 1841, p. 100.

(2) RICHTER, *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*, vol. IV, ch. II, p. 271.

(3) J. GUÉRIN, *Gazette médicale*, 1858, p. 209.

(4) MALGAIGNE, *Gazette médicale*, 1852, p. 827.

(5) J. GUÉRIN, *Gazette médicale*, 1841, p. 557.

osseuses qu'un amincissement du corps de l'axis, et le torticolis datait de vingt-deux ans. Il n'existait pas non plus de lésions osseuses dans les cas de Robert et de Marchessaux.

Il est donc démontré que malgré une fort longue durée de l'affection, les vertèbres peuvent être intactes et les résultats fournis par le redressement, après la ténotomie, en sont la preuve clinique. Cependant, on sait que la courbure de la colonne cervicale et la courbure de compensation dorsale, qui existe dans les déviations très accentuées, ne disparaissent pas brusquement après la ténotomie et qu'un traitement orthopédique est nécessaire pour amener, dans ces cas, le redressement complet. Mais ces déviations secondaires sont-elles dues à des lésions osseuses ou articulaires, déformation des corps vertébraux, raccourcissement des ligaments, ou simplement au raccourcissement d'adaptation des muscles du côté malade? Il est très vraisemblable que ces deux dernières causes combinent leurs effets pour maintenir une légère déviation, qui cède assez rapidement au traitement orthopédique.

D'autre part, il existe, dans quelques cas, des lésions osseuses très accentuées. Contesse et Guyon ont rencontré une ankylose des vertèbres cervicales; Bouvier a trouvé, dans un cas de torticolis ancien, une soudure complète des lames gauches de l'axis et des trois vertèbres cervicales sous-jacentes, par une production osseuse irrégulière qui envoyait un prolongement vers l'apophyse transverse de la troisième cervicale, disposition qui rendait impossibles les mouvements de rotation de la tête.

Dubrueil cherchait à expliquer la dissemblance de ces lésions vertébrales par la position variable des vertèbres cervicales. Dans certains cas, en effet, la colonne cervicale garde sa rectitude; dans d'autres, elle est plus ou moins incurvée et cette incurvation amènerait la déformation des corps vertébraux et l'ankylose. Mais comme le fait remarquer Weiss (1), il faut peut-être faire intervenir ici un autre facteur, une inflammation des articulations cervicales, analogue à ces arthrites occipito-atloïdiennes décrites par Dally (2), qui reproduisent, à s'y méprendre, le type du torticolis musculaire et aboutissent rapidement au glissement de l'occipital sur l'atlas et à l'ankylose en position vicieuse.

En effet, le redressement obtenu plus ou moins rapidement après la ténotomie alors même que la courbure de la colonne cervicale est très accentuée, serait impossible s'il existait des lésions osseuses ou articulaires avancées. Gross (3) cite même un cas dans lequel la tête était inclinée à 45 degrés sur l'épaule droite et absolument fixe dans cette position. La colonne cervicale formait une courbure très accentuée à concavité droite, la colonne dorsale une scoliose de compensation à concavité gauche. Après la ténotomie et l'extension continue, pratiquée pendant un mois, la tête et le rachis étaient parfaitement et définitivement redressés.

On peut donc dire que, dans le torticolis musculaire, les lésions du squelette sont absolument exceptionnelles.

Il est très fréquent d'observer une atrophie de la face et du crâne du côté malade; cette asymétrie faciale et crânienne, décrite par Dieffenbach, signalée

(1) WEISS, art. TORTICOLIS du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXV, p. 649.

(2) DALLY, *Du torticolis occipito-atloïdien*. *Bull. gén. de thérap.*, 1875, t. LXXXIX, p. 554.

(3) GROSS, *Ténotomie sous-cutanée et ténotomie à ciel ouvert pour torticolis musculaire*. *Sem. médicale*, 1890, n° 42, p. 555.

par tous les observateurs et bien étudiée par Broca, Bouvier, J. Guérin<sup>(1)</sup>, a été attribuée : 1° à la courbure et à la compression de la carotide par la flexion latérale du cou; 2° au développement inégal des deux carotides (Bouvier); 3° à la traction exercée sur l'apophyse mastoïde qui aurait pour effet de diminuer la courbure de l'hémisphère correspondant du crâne (Greffé)<sup>(2)</sup>; 4° à l'hyperextension des muscles du côté sain (Witzel)<sup>(3)</sup>; 5° à la contraction active permanente des muscles du côté sain (Falkenberg)<sup>(4)</sup>; 6° à une lésion centrale. Golding Bird<sup>(5)</sup> croit que l'hémiatrophie faciale ne résulte pas du torticolis; elle serait comme lui d'origine centrale. Le torticolis congénital serait imputable, non pas à une névrite périphérique, mais bien à une lésion de l'hémisphère et serait le résultat d'une polio-encéphalite aiguë.

De toutes ces hypothèses, la plus généralement acceptée est celle de l'insuffisance de la nutrition, par suite de la déviation ou de la diminution de calibre de la carotide, lésions constatées à l'autopsie. Bouvier<sup>(6)</sup> a montré, en effet, que l'asymétrie peut succéder, et assez rapidement, à des inclinaisons permanentes dues à une autre cause qu'à la contracture musculaire ou à la rétraction. Nous avons déjà vu que, d'après les examens anatomiques de Volkmann, la gaine des vaisseaux peut être épaissie, sclérosée; c'est encore là, peut-être, une cause de compression de la carotide dans certains cas.

L'asymétrie crânio-faciale existe dans le torticolis acquis, aussi bien que dans le torticolis congénital; c'est donc bien une lésion secondaire, un trouble de nutrition. Cependant elle peut être véritablement congénitale et due alors, comme le torticolis lui-même, à un arrêt de développement d'un côté du cou et de la face; nous avons déjà cité l'observation de Meinhardt Schmidt, qui put constater chez un enfant, au moment même de la naissance, un torticolis avec atrophie du crâne et de la face.

L'atrophie de l'hémisphère cérébral correspondant a été indiquée par Broca.

Nous venons de décrire les lésions observées dans le type classique du torticolis, torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien.

Dans quelques cas exceptionnels, d'autres muscles peuvent être lésés, de façon à reproduire l'attitude du torticolis. On connaît des torticolis par contracture du trapèze<sup>(7)</sup>, du splénius<sup>(8)</sup>, de l'angulaire de l'omoplate, des scalènes<sup>(9)</sup>, du peaucier<sup>(10)</sup>.

Delore<sup>(11)</sup> a décrit, sous le nom de *torticolis postérieur*, la rétraction des

<sup>(1)</sup> J. GUÉRIN, *Déformations de la face et du crâne dans le torticolis ancien*. Bull. de l'Acad. de méd., 2<sup>e</sup> série, t. IX, 1880, n° 5, p. 27.

<sup>(2)</sup> GREFFÉ, *Torticolis et asymétrie du crâne et de la face*. Montpellier médical, 1890, n° 10, p. 435.

<sup>(3)</sup> WITZEL, *Contribution à l'étude des modifications secondaires des parties molles et du squelette dans les cas de torticolis musculaire*. Deutsche Zeitschrift für Chir., t. XVIII, 1885, p. 554.

<sup>(4)</sup> FALKENBERG, *Étude des causes des déformations secondaires dans le torticolis musculaire*. Deutsche Zeitschrift für Chir., 1885, t. XIX, p. 538.

<sup>(5)</sup> GOLDING BIRD, *Torticolis congénital*. Guy's hosp. Reports, 1890, t. XLVII, p. 252.

<sup>(6)</sup> BOUVIER, Bull. de l'Acad. de méd., 1852, et *Leçons sur l'appareil locomoteur*, p. 78.

<sup>(7)</sup> DUCHENNE, *Électric. local.*, p. 889. — DUVAL, *Mémoire sur le torticolis ancien*. Revue des spécialités, 1845, p. 5.

<sup>(8)</sup> DUCHENNE, *Deux cas de contracture du splénius et de l'angulaire*. Loc. cit.

<sup>(9)</sup> DUBREUIL, *Torticolis dû à la rétraction des scalènes*. Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier, 1886, n° 59, p. 457.

<sup>(10)</sup> GOOCH, *Cases and practical remarks on surgery*, t. II, p. 85. — GOURDAN, art. TORTICOLIS du Dict. des sciences méd. — DIEFFENBACH, Thèse d'agrég. de Depaul, p. 25, 1844.

<sup>(11)</sup> DELORE, *Du torticolis postérieur*. Bull. de la Soc. des sciences méd. de Lyon, 30 déc. 1877, p. 652, et Gaz. hebdom., 15 mars 1878.

muscles de la nuque; cette forme serait, d'après cet auteur, beaucoup plus fréquente que la forme classique, car elle a été constatée 18 fois sur 22 observations. Mais il s'agit, sans doute, dans nombre de ces cas, de contractures d'origine rhumatismale, de torticolis réflexes, ou peut-être d'arthrites vertébrales rhumatismales.

**Symptômes.** — L'attitude de la tête et du cou constitue la partie essentielle et caractéristique des signes du torticolis musculaire.

Ici encore, nous prendrons pour type le torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien, nous réservant d'indiquer ensuite les diverses variétés cliniques, qui peuvent résulter de la lésion d'autres muscles.

La tête est d'ordinaire inclinée à droite, la face plus ou moins tournée à gauche. Au début, l'inclinaison de la tête est légère, les mouvements sont à peine gênés; progressivement, l'inclinaison augmente, la torsion se produit et ces deux déviations s'accroissent simultanément; l'oreille droite tend à se rapprocher de l'épaule correspondante, le menton se dirige en sens inverse,

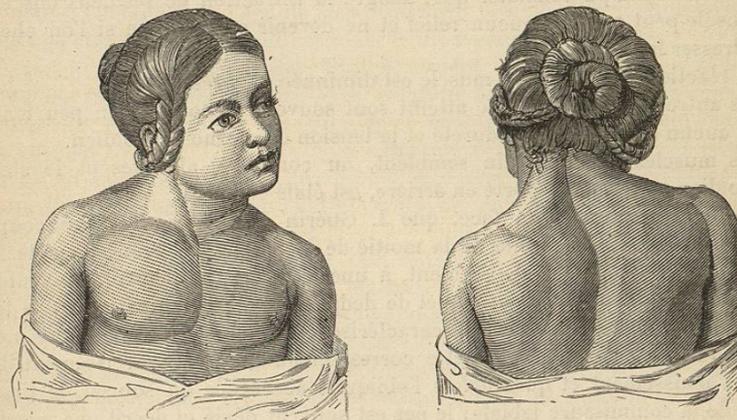


FIG. 142. — Attitude de la tête et du cou dans le torticolis. (D'après Duplay.)

dépasse la ligne médiane et tend à regarder l'épaule gauche, en même temps que le mouvement de bascule de la tête le porte en avant. La déformation peut arriver à ce point que la tête vienne se mettre en contact avec l'épaule droite.

À droite, le cou est raccourci, la peau forme des plis transversaux très accentués; la moitié gauche du cou est au contraire saillante, tendue et semble allongée.

L'épaule droite est élevée; l'épaule gauche abaissée semble plus courte, la base du cou étant rejetée de son côté. Le thorax bombe en arrière du côté gauche, en avant du côté droit.

La colonne vertébrale est déformée par une ou par plusieurs déviations latérales; la colonne cervicale peut être seule déviée; mais si le torticolis est accentué, une courbure de compensation s'établit à la région cervico-dorsale et, à un degré plus avancé, la région dorso-lombaire elle-même peut subir une inflexion corrélative.

L'examen du cou et de la face révèle les signes les plus importants. Le

sterno-mastoïdien rétracté fait d'ordinaire saillie sous les téguments et semble porté en avant. La palpation montre le muscle dur et tendu, et cette tension et cette dureté semblent augmenter encore quand on cherche à redresser la tête. Le faisceau sternal seul fait le plus souvent un relief très accusé. D'après Volkmann, on pourrait assez souvent sentir un épaississement localisé, une sorte de « callosité », qui répond à ce noyau qui a été décrit, nous l'avons vu, comme le centre des lésions de sclérose du muscle. Parfois les deux faisceaux sont également saillants, l'interne épais et arrondi, l'externe étalé en nappe et séparé du précédent par une dépression plus ou moins accentuée en forme de V renversé. Enfin dans quelques cas exceptionnels, le chef claviculaire paraît seul raccourci.

Mais il ne faudrait pas conclure des résultats de cet examen clinique à la localisation exacte des lésions. Ainsi que l'a fait très justement remarquer J. Guérin, la rétraction très accentuée d'un faisceau peut masquer une rétraction moindre du faisceau voisin, et ce n'est qu'après la section du faisceau le plus tendu que devient évidente la tension du second.

Enfin Duval a pu constater que, malgré la rétraction de ses deux faisceaux, le muscle peut ne faire aucun relief et ne devenir saillant que si l'on cherche à redresser la tête.

La réaction électrique du muscle est diminuée, d'après Fischer.

Les autres muscles du côté atteint sont souvent raccourcis, un peu tendus, mais aucun d'eux n'offre la dureté et la tension du sterno-mastoïdien.

Les muscles du côté sain semblent, au contraire, allongés et le sterno-mastoïdien notamment, porté en arrière, est étalé et élargi.

Les déformations de la face, que J. Guérin a décrites avec beaucoup de détails, tiennent à l'atrophie de la moitié de la face et du crâne du côté lésé, et, en même temps, à l'abaissement, à une sorte de tiraillement, suivant une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Ainsi, dans le torticolis droit, la déformation est caractérisée par l'aplatissement de la moitié droite du front et de la pommette correspondante, le raccourcissement de la joue, l'abaissement et quelquefois l'obliquité accentuée du sourcil, le tiraillement de la commissure labiale; le nez est souvent dévié et décrit une courbe à convexité gauche. L'œil est abaissé lui aussi, mais l'angle externe tend à se redresser au lieu de s'incliner obliquement comme les autres organes, de sorte que les axes transversaux des deux yeux restent parallèles; mais ils sont à des hauteurs différentes « en escalier » (J. Guérin).

Il y a souvent du strabisme et des troubles de la vision; ces accidents consécutifs doivent être distingués de ceux qui provoquent, comme nous l'avons vu, le torticolis oculaire décrit par Cuignet.

La déformation du crâne consiste en un aplatissement de la région pariétale, d'où résulte, comme l'a dit Dubreuil, une forme oblique ovale, analogue à celle du bassin du même nom. La diminution de l'intelligence, consécutive à l'atrophie du crâne et de l'hémisphère correspondant, a été signalée par Broca, et quelquefois notée par de Saint-Germain.

C'est à cette atrophie crânio-cérébrale et à l'inégale nutrition des deux moitiés du cou et de la face qu'il faut attribuer les résultats fournis par l'exploration de la température locale. La température du côté malade est, de quatre dixièmes de degré environ, inférieure à celle du côté sain (Weiss).

Les symptômes fonctionnels sont, en général, peu accusés. La douleur

n'existe pas au repos et n'a jamais existé à aucune période de l'évolution de la maladie; on ne la retrouve, dans les commémoratifs, que si le torticolis permanent a succédé à une contracture rhumatismale ou à une contracture réflexe. Elle ne se manifeste que dans les mouvements spontanés ou provoqués qui tendent à corriger la déformation.

Le redressement de la tête est en effet impossible, on ne peut corriger ni l'inclinaison, ni la rotation. Il est au contraire facile d'exagérer la position vicieuse, preuve que l'obstacle siège en dehors des articulations vertébrales et que la déviation est bien maintenue par la rétraction musculaire. De même les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont conservés.

Quand le torticolis est très accentué, la déglutition peut être gênée, les mouvements du larynx sont très limités, ce qui provoque des troubles dans les grands efforts de la voix et dans le chant<sup>(1)</sup>.

**Variétés cliniques.** — Nous avons déjà parlé de la *rétraction isolée du faisceau claviculaire*. Malgaigne<sup>(2)</sup> pense qu'en pareil cas, l'inclinaison simple de la tête et l'élévation de l'épaule constitueraient la seule déformation possible, le faisceau sternal seul pouvant entraîner le mouvement de rotation.

Cependant J. Guérin, Bouvier, Philips avaient cité des exemples de lésion limitée au faisceau claviculaire avec rotation de la face du côté opposé à l'inclinaison; et Philips par la section de ce faisceau claviculaire seul obtint le redressement complet. Guyon<sup>(3)</sup>, pour expliquer ces cas, pense que la rotation, mouvement de compensation, deviendrait nécessaire par le seul fait de l'inclinaison de la tête vers l'une ou l'autre épaule; de sorte que l'inclinaison latérale simple n'existerait presque jamais.

L'opinion de Malgaigne reposait tout entière sur la physiologie des deux faisceaux du sterno-mastoïdien. Or, Maubrac<sup>(4)</sup> a bien montré que le faisceau claviculaire, non seulement incline la tête, mais contribue aussi au mouvement de rotation, surtout par sa portion superficielle (chef cléido-occipital).

La *rétraction simultanée des deux sterno-mastoïdiens*, signalée par Guérin et Bouvier, est absolument exceptionnelle. Dans les trois cas de torticolis antérieur rapportés par Bouvier, l'existence d'arthrites cervicales ou la possibilité de redresser la tête avec les mains éloignent l'idée de rétraction musculaire. Dans un cas de Guérin, la lésion existait des deux côtés, mais prédominait à gauche, de sorte que la difformité ne présentait aucun caractère spécial.

La *contracture* ou la *rétraction du peaucier*, le plus souvent associée à la lésion d'autres muscles, se traduit par l'inflexion de la tête avec légère rotation de la face du côté atteint; le muscle forme sous la peau une série de brides saillantes superficielles. Cette variété est aussi extrêmement rare.

Plus fréquents sont les torticolis dus à des *lésions des muscles de la nuque*.

Nous avons déjà signalé les lésions isolées du *trapèze*. La contracture porte ordinairement sur la portion claviculaire du *trapèze* et détermine une inclinaison

<sup>(1)</sup> COUILLARD-LABONNOTTE, Thèse citée.

<sup>(2)</sup> MALGAIGNE, *Leçons d'orthopédie*.

<sup>(3)</sup> GUYON, *loc. cit.*, p. 680.

<sup>(4)</sup> MAUBRAC, *Action des deux portions du faisceau claviculaire*. Thèse citée, p. 45. — « Le cléido-mastoïdien détermine un mouvement de rotation moins accentué que celui du sterno-mastoïdien et un mouvement d'inclinaison latérale très prononcé. Quant au cléido-occipital (portion superficielle du faisceau claviculaire) il agit comme *rotateur* en même temps qu'il incline latéralement la tête. »