

de la tête du côté malade, avec rotation de la face du côté opposé, mais, de plus, avec un renversement marqué de la tête en arrière (Duchenne). Parfois le trapèze est atteint en même temps que le sterno-mastoïdien du même côté. Duval, enfin, a cité un cas de rétraction de la moitié supérieure des deux trapèzes, avec un renversement complet de la tête en arrière.

On observe quelquefois la rigidité simultanée du trapèze et de l'angulaire ou du rhomboïde.

La rétraction du *splénius*, qui aurait pour effet d'incliner la tête de son côté et de tourner la face du même côté, n'existe pas isolément, car c'est là une déviation qui ne se rencontre pas dans le torticolis. Mais les lésions des muscles de la nuque (*splénius*, angulaire, etc.), qui constituent le *torticolis postérieur* (1), s'accompagnent toujours d'une contracture du sterno-mastoïdien qui imprime à la déviation les caractères du torticolis classique par raccourcissement du sterno-mastoïdien. L'examen pendant le sommeil anesthésique permet de constater que la résistance du sterno-mastoïdien a cédé, tandis que les muscles postérieurs sont encore durs et tendus.

B. — TORTICOLIS PERMANENT PAR PARALYSIE

L'étude du torticolis paralytique ne mérite pas de nous arrêter longtemps. Son existence même, admise par de Saint-Germain, est très contestée par d'autres auteurs (Guyon, Duplay).

L'observation de Winslow (2), qui a servi à étayer la description clinique, n'est rien moins que probante, ainsi que le montre Guyon (3); il en est de même des faits de Bootius et de Rivière, cités par Winslow.

On ne saurait regarder comme un véritable torticolis l'inclinaison du cou du côté opposé à la paralysie, chez les hémiplegiques, accident assez peu fréquent du reste, et dont trois cas ont été observés par Duval. Le sterno-mastoïdien du côté sain entraîne alors la tête et lui imprime, par sa seule tonicité, la déviation du torticolis habituel; mais il n'existe pas de rétraction ni de contracture du muscle, et il est facile de redresser complètement la tête qui retombe aussitôt qu'elle est abandonnée à elle-même. La position vicieuse pourrait à la longue cependant amener la rétraction du sterno-mastoïdien du côté sain et déterminer, par suite, un véritable torticolis.

Diagnostic du torticolis permanent. — Le diagnostic du torticolis musculaire permanent comprend trois points; il s'agit en effet de déterminer :

- 1° Si le torticolis est bien dû à une lésion du muscle;
- 2° Quelle est la variété ou la nature de ce torticolis musculaire;
- 3° Quel muscle est atteint.

Nous examinerons donc successivement ces différentes questions, nécessaires à résoudre pour arriver à un diagnostic précis.

1° *Le torticolis est-il produit par le raccourcissement d'un muscle?* Il est facile

(1) DELORE, *loc. cit.* — BOBICHON, *Du torticolis postérieur d'origine musculaire*. Thèse de doct. de Lyon, 1886, 1^{re} série, n° 319.

(2) WINSLOW, *Sur une contorsion involontaire du cou*. *Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1755, p. 299.

(3) GUYON, *loc. cit.*, p. 685.

de reconnaître, à première vue, le torticolis produit par la rétraction de brides cicatricielles ou encore par la présence d'une tumeur volumineuse, péri-pharyngienne, vertébrale ou autre.

Les commémoratifs suffisent à éliminer aussi toutes les variétés de torticolis aigu, torticolis rhumatismal, réflexe, etc. Ils fourniront parfois un précieux élément de diagnostic, en révélant, par exemple, que le torticolis chronique a succédé à une ou à plusieurs attaques de torticolis aigu, ou bien à un traumatisme, ou encore, le plus souvent, que l'affection remonte à la première enfance.

Après la facile élimination des difformités cicatricielles et des torticolis aigus, il faut différencier le torticolis permanent musculaire du torticolis osseux ou articulaire, diagnostic qui ne peut être établi parfois qu'après l'exploration la plus minutieuse.

Toutes les variétés d'arthrites ou d'ostéo-arthrites cervicales peuvent prêter à la confusion.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse, le *mal sous-occipital*, entraîne rarement une déformation analogue à celle du torticolis musculaire. La tête est ordinairement portée directement soit en avant, soit en arrière, et, dans ces cas, on ne pourrait guère songer qu'à ces très rares variétés de torticolis par rétraction des deux trapèzes ou des deux sterno-mastoïdiens; il serait, du reste, facile de les éliminer, en cherchant les autres déformations du mal sous-occipital, qui ne manquent pas alors, déplacement de l'atlas sur l'axis appréciable dans le pharynx et à la nuque, etc. Lorsque le mal sous-occipital s'accompagne d'inclinaison latérale de la tête, cette inclinaison est assez souvent directe ou accompagnée d'un mouvement de rotation de la face du même côté. Cependant, des observations incontestables ont montré que, dans certains cas, l'inclinaison de la tête peut s'accompagner de rotation de la face du côté opposé et simuler d'autant mieux le torticolis musculaire que le sterno-mastoïdien est, en même temps, contracturé. Ce sont précisément ces formes qui nous intéressent ici.

Or, lorsqu'il est complètement développé, le mal sous-occipital est caractérisé par un certain nombre de signes qui ne permettent guère l'hésitation : tuméfaction de la partie supérieure de la colonne cervicale, douleur vive, spontanée ou à la pression, signes de pachyméningite, de compression ou d'irritation des racines rachidiennes correspondantes, etc.

La confusion ne peut donc être faite qu'au début ou bien à une période beaucoup plus avancée, alors que les lésions vertébrales sont en voie de réparation ou même complètement guéries.

Au début, la localisation, soigneusement recherchée, de la douleur sur les premières vertèbres, permettra de différencier le mal sous-occipital d'un torticolis musculaire aigu, simulé par la contracture réflexe du sterno-mastoïdien.

Mais, lorsque les lésions vertébrales sont guéries, lorsque la douleur à la pression et la tuméfaction ont disparu, et qu'une véritable rétraction a succédé à la contracture prolongée du sterno-mastoïdien, alors le diagnostic présente les plus grandes difficultés. C'est à un cas de ce genre que se rapporte la célèbre observation de Bouvier (4), partout citée comme preuve de l'obscurité du diagnostic; l'enfant observée par Bouvier avait huit ans et demi; l'affection remontait à l'âge de cinq mois et présentait tous les caractères d'un torticolis par

(4) BOUVIER, Observation citée dans la thèse de Depaul, p. 54. Pièce déposée au Musée Dupuytren, n° 614 a.

rétraction du sterno-mastoïdien droit, avec rotation de la face à gauche; Bouvier s'appretait à faire la ténotomie, lorsque l'enfant fut atteint de fièvre typhoïde et mourut. L'autopsie montra que les premières vertèbres étaient ankylosées et, en partie, détruites, le condyle droit de l'atlas avait glissé en avant de l'axis, de manière à imprimer à la tête un mouvement de rotation de 25 degrés.

Dans de pareils cas, le diagnostic devra s'appuyer sur l'examen attentif des mouvements communiqués et sur l'exploration des premières vertèbres cervicales. Dans le torticolis musculaire, nous l'avons dit, la mobilité des vertèbres cervicales est limitée, mais conservée. On ne peut corriger la déformation, mais il est facile de l'accentuer; non seulement les mouvements de flexion et d'extension sont conservés, mais on peut accentuer l'inclinaison latérale, et, signe capital, accentuer la rotation elle-même. Cette conservation des mouvements de rotation suffit pour faire rejeter tout soupçon d'ancienne arthrite occipito-vertébrale, car, dans les cas où la lésion guérie peut simuler le torticolis, les articulations de la tête avec le rachis sont immobilisées par une ankylose définitive.

L'exploration des premières vertèbres, toujours difficile, fera quelquefois découvrir un changement de rapports entre les saillies osseuses. Le doigt introduit dans le pharynx permettra d'apprécier les changements de rapports entre les vertèbres. Il faudra aussi rechercher, avec grand soin, la position de l'apophyse épineuse de l'axis par rapport à la protubérance occipitale.

Les mêmes règles serviront à distinguer les autres variétés d'arthrite cervicale, et notamment le *torticolis occipito-atloïdien*, décrit par Dally; dans cette dernière variété, qui semble être de nature rhumatismale, la déformation est celle du torticolis musculaire; elle est produite par une subluxation de l'occipital sur l'atlas, rapidement suivie d'ankylose dans cette position vicieuse. Les muscles cervicaux subissent un raccourcissement d'adaptation très prononcé.

C'est encore la détermination des rapports des saillies osseuses et l'exploration des mouvements qui permettront d'établir ici le diagnostic. Dans les cas douteux, d'examen très difficile, on pourra, pendant le sommeil chloroformique, se rendre exactement compte de la mobilité des articulations vertébrales. Nous reviendrons, du reste, dans un instant sur l'utilité de ce mode d'exploration.

L'examen ayant permis d'établir l'existence d'un torticolis musculaire, il est nécessaire de rechercher les deux derniers points :

2° Quelle est la variété ou la nature de ce torticolis musculaire?

3° Quel muscle est atteint?

La forme de la déviation, la rigidité particulière des muscles atteints permettent de répondre à la dernière question; nous avons suffisamment insisté sur les signes fournis par les lésions des divers muscles ou groupes musculaires, pour n'avoir plus à y revenir ici. Il faudra toujours se rappeler « que souvent la difformité est produite par l'action synergique de plusieurs muscles et que, d'autre part, les muscles profonds peuvent être atteints, sans que nos moyens d'exploration nous permettent de le reconnaître » (Weiss).

La détermination de la variété du torticolis se fera d'après l'étude de l'état du muscle. Le muscle contracturé conserve sa forme et sa contractilité; la consistance seule est exagérée; mais elle n'atteint pas la dureté particulière du muscle rétracté qui semble ramassé en un seul faisceau tendineux.

Il est cependant très difficile, dans beaucoup de cas, de distinguer la contracture de la rétraction; ici encore c'est l'anesthésie chloroformique qui décidera: aussi peut-on dire, avec de Saint-Germain, que le chloroforme est le

meilleur moyen de diagnostic entre les diverses variétés de torticolis: le redressement facile sous le chloroforme caractérise la contracture; la persistance d'une corde musculaire tendue et dure répond à la rétraction; l'immobilité absolue de la tête sur la colonne vertébrale établit l'existence de lésions articulaires; enfin, si la tête, après avoir été redressée, retombait immédiatement, il s'agirait d'un torticolis paralytique.

Il nous suffira de signaler le *torticolis simulé*, facile à reconnaître à la contraction simultanée des deux sterno-mastoïdiens.

La cause même, la nature du torticolis seront recherchées par l'étude attentive des commémoratifs et de la marche de l'affection.

Pronostic. — Le pronostic du torticolis musculaire est absolument bénin. Mais la difformité tend toujours à s'accentuer; elle finit par entraîner des déviations vertébrales, des déformations thoraciques, enfin l'hémiatrophie du crâne et de la face.

Il ne faudra donc jamais abandonner l'affection à elle-même, bien qu'elle ne menace pas directement la vie. L'opération est inoffensive et elle est d'autant plus efficace, le traitement consécutif est d'autant moins long que l'on intervient plus tôt.

Traitement. — Tout traitement du torticolis comprend deux indications :

1° Redresser la tête et la placer dans sa position normale;

2° Maintenir le redressement; ce second résultat, qui mérite toute l'attention du chirurgien, est souvent plus difficile à obtenir que le premier.

Le mode de traitement varie suivant la forme du torticolis, et il est bien évident que les indications thérapeutiques sont absolument différentes suivant que l'on est en présence d'une paralysie musculaire, ou d'une contracture ou enfin d'une véritable rétraction.

1° Dans le *torticolis paralytique*, les seuls moyens à essayer consistent dans des frictions excitantes, dans l'emploi de courants électriques soit continus, soit interrompus; si ces moyens restent sans résultats, il ne reste qu'à appliquer un appareil de soutien et d'immobilisation dans une bonne position. La rétraction, très rare mais possible des muscles antagonistes peut rendre nécessaire la ténotomie pour arriver à redresser complètement la tête, avant d'appliquer l'appareil.

2° Le torticolis par *contracture musculaire* doit nous arrêter plus longtemps. Nous avons déjà rapidement indiqué le traitement du torticolis aigu, passager. Mais la contracture peut persister, devenir permanente et présenter, nous l'avons vu, tous les caractères du véritable torticolis par rétraction. Il est pourtant nécessaire d'établir ici un diagnostic précis, car le torticolis par contracture guérit d'ordinaire sans opération, tandis que la ténotomie est presque toujours indispensable dans le traitement du torticolis par rétraction.

La chloroformisation est ici le plus sûr et quelquefois le seul moyen de diagnostic; elle est, en même temps, un élément important du traitement. Sous l'influence du sommeil anesthésique poussé jusqu'à résolution complète, les muscles contracturés se relâchent peu à peu, et il est facile, par une traction douce et régulière, d'arriver à redresser complètement la tête.

La tête redressée, il faut la maintenir; nous indiquerons plus loin les divers appareils employés après le redressement par la ténotomie.

Dans le cas de contracture, il est possible encore d'agir sur le muscle lui-même par d'autres moyens tels que le massage, l'électricité.

L'électricité peut être employée, soit sous forme de courants interrompus appliqués sur les muscles antagonistes (méthode de Duchenne de Boulogne), soit sous forme de courants continus; il faut alors se servir de courants descendants (le pôle positif placé sur la colonne vertébrale, le pôle négatif sur le muscle), méthode recommandée par Hamilton⁽¹⁾ qui en a obtenu d'excellents résultats⁽²⁾.

Dans les contractures qui durent depuis longtemps ou dans certaines formes telles que le torticolis postérieur, le sommeil chloroformique ne suffit pas à redresser la tête; soit qu'il y ait réellement un commencement de rétraction des muscles profonds de la nuque, soit que des brides fibreuses péri-articulaires ou que des raideurs des articulations maintiennent la déformation, on ne peut, par des manœuvres de douceur, ramener la tête dans sa position normale. C'est, dans ces cas, au *massage forcé* que Delore a eu recours. L'opérateur, d'après la description que Delore a donnée de son procédé, doit faire exécuter doucement et progressivement à la tête des mouvements de rotation et d'inclinaison en sens inverse de la déviation. Des craquements indiquent la rupture des brides fibreuses; il faut en général de cinq à dix minutes, pour obtenir le redressement complet; un appareil silicaté doit être immédiatement appliqué pour maintenir le redressement. Cette méthode a donné à Delore 16 succès sur 16 cas, et Bradford en a obtenu aussi de bons résultats⁽³⁾. Elle est cependant loin d'être acceptée par tous les chirurgiens, à cause des dangers que semble entraîner cette mobilisation forcée qui agit un peu à l'aveugle sur les articulations aussi bien que sur les muscles ou les ligaments.

Il est donc, en général, assez facile, dans la simple contracture des muscles, d'obtenir le redressement. Toute la difficulté consiste à maintenir la tête en bonne position et à vaincre la contracture, soit par des appareils appliqués d'une façon permanente, soit par l'extension continue, soit par des colliers ou des minerves enlevés chaque jour pour permettre l'emploi des massages, de l'électricité, etc.

3° Lorsque l'irréductibilité de la déviation, avec persistance de la corde musculaire dure et tendue pendant le sommeil chloroformique, a montré qu'il s'agissait bien d'une *rétraction*, on ne peut songer à redresser la tête que par la ténotomie. Toutes les tentatives, même longtemps prolongées, faites à l'aide d'appareils variés pour redresser le torticolis par rétraction, n'ont jamais donné de résultat et n'ont même jamais pu enrayer la marche progressive de la maladie.

La *ténotomie*⁽⁴⁾ au contraire, procédé simple, efficace et inoffensif, permet

⁽¹⁾ MAC LANE HAMILTON, *Traitement du torticolis par l'électricité galvanique*. New-York med. Journal, février 1880, p. 140.

⁽²⁾ BOULAND, *Torticolis articulaire avec contracture du trapèze et de l'angulaire droits*. Guérison. France méd., 1879, p. 666. (Frictions, massages, courants descendants, appareil de soutien.)

⁽³⁾ BRADFORD, *Torticolis postérieur traité avec succès par la méthode de Delore*. New-York med. Journal, janvier 1880, p. 24.

⁽⁴⁾ L'histoire de la ténotomie du sterno-mastoïdien constitue un des chapitres les plus intéressants de l'étude du torticolis.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici les lignes suivantes que Guyon (*loc. cit.*, p. 689) a consacrées à la première partie de cet historique :

« Le plus ancien exemple connu de section du sterno-mastoïdien est celui qui nous a été transmis par *Tulpius* (Obs. méd., 6^e éd., p. 378). Il semble qu'elle fût dès lors complètement entrée dans la pratique chirurgicale, car, d'après le dire de *Tulpius*, elle avait été déjà faite avec succès par *Isaac Minnius*. C'est l'extrémité inférieure du sterno-cléido-mastoïdien qui était divisée tout entière au-dessus de la clavicle; c'était toujours à travers une large plaie

d'obtenir immédiatement d'ordinaire le redressement de la tête, même dans les cas de torticolis très ancien. En tout cas si le redressement n'est pas complet du premier coup, il devient facile d'agir par le massage, les manœuvres progressives de réduction, l'extension continue, les appareils, etc.

La ténotomie n'est faite que sur le sterno-mastoïdien; dans des cas tout à fait exceptionnels, on a coupé le trapèze, le peucier, mais nous n'avons pas à nous occuper ici de ces opérations aujourd'hui abandonnées et qui ne répondraient, du reste, qu'à des indications toutes spéciales.

On peut couper le seul faisceau sternal du muscle, ou bien attaquer immédiatement ou consécutivement le chef claviculaire. Ici les indications varient naturellement suivant l'état de ce chef claviculaire. Souvent, comme nous l'avons vu, sa rétraction ne peut être mise en évidence qu'après la section du chef sternal.

Si la ténotomie est la méthode par excellence dans les rétractions du seul muscle sterno-mastoïdien, elle peut encore rendre de grands services dans les torticolis postérieurs; les muscles de la nuque, en effet, n'étant plus soutenus par le sterno-mastoïdien raccourci, cèdent plus facilement aux tentatives de redressement (de Saint-Germain).

Enfin, dans certains cas de torticolis invétéré avec transformation fibreuse totale du muscle, on peut, à l'exemple de Mikulicz, pratiquer l'*extirpation*

faite soit avec le bistouri, soit avec le caustique, que les fibres musculaires étaient coupées avec précaution. On se servait ordinairement du bistouri dans ce dernier temps de l'opération, d'autres fois des ciseaux, comme *Flurianus*. Déjà d'ailleurs, *Tulpius* avait conseillé d'abandonner le caustique et de faire l'opération tout entière en une seule séance; il insistait sur les précautions à prendre pour inciser le muscle. C'était donner à cette méthode à peu près tous les perfectionnements dont elle était susceptible; sauf quelques variantes dans l'exécution, ils furent définitivement acquis à l'opération. Il semble d'ailleurs que le traitement consécutif ait été négligé par les chirurgiens hollandais. *Roonhuysen* veut, il est vrai, que l'on cherche à obtenir une cicatrice aussi large que possible, mais il compte pour cela sur l'huile d'hypericum ou le baume de copahu et n'indique pas l'application d'un bandage contentif ou redresseur de la tête, sur la nécessité duquel nous voyons plus tard *Heister* insister avec raison.

Telle était la méthode opératoire exclusivement suivie au XVII^e et au XVIII^e siècle; elle fut seule employée jusqu'en 1821, époque à laquelle *Dupuytren* y eut encore recours; mais dès l'année suivante le célèbre chirurgien y substituait une opération entièrement nouvelle. Ayant à opérer une jeune fille, il fit, tout près du bord interne et de l'attache inférieure du sterno-mastoïdien, une ponction à travers laquelle il introduisit, à plat sur la face postérieure du muscle, un bistouri boutonné, dont il conduisit l'extrémité jusqu'au delà du bord externe du faisceau cléido-mastoïdien, puis tournant le tranchant de l'instrument vers le muscle, il le coupa d'arrière en avant sans diviser la peau. Le muscle tout entier avait donc été coupé par l'incision sous-cutanée. La tête put reprendre aussitôt sa position naturelle. Un bandage fut appliqué pendant treize jours et la malade sortit guérie le vingt-troisième jour.

Ammon puis *Froriep* et *Michaëlis* firent connaître ce fait en Allemagne, *Averie* le publia en Angleterre. Cependant *Amussat* (1854), *Roux* et *Magendie* (1857) faisaient encore la section à ciel ouvert. *Bowyer* (1856) et *J. Guérin* (1857) reprirent et réhabilitèrent en France l'opération de *Dupuytren* qui avait été déjà adoptée et régularisée à l'étranger par *Stromeyer* et *Dieffenbach* (1824 à 1836) et par *Syme* (1855).

La section du faisceau sternal seul (*J. Guérin*) fut nombre de fois pratiquée en France; les résultats n'ayant pas toujours été suffisants, on y ajouta la section du faisceau claviculaire, préconisée par *Dieffenbach* et *Malgaigne*. Les difficultés de redressement dans certains cas amenèrent à faire la section du corps même du muscle (*Bonnet*), ou d'autres muscles cervicaux, trapèze (*Stromeyer*), peucier (*Dieffenbach*).

Peu à peu il fut enfin démontré que la ténotomie ne peut souvent, à elle seule, suffire à amener le redressement complet et qu'il faut y joindre l'emploi d'appareils, l'usage du massage, de l'extension, etc.

La ténotomie sous-cutanée, partout acceptée et largement pratiquée, est donc devenue la méthode classique de traitement du torticolis par rétraction.