

médullaire du spinal; de plus, dans cette rotation, l'afflux du sang dans la vertébrale du côté opposé à la rotation est diminué. Cette diminution du volume de la vertébrale évite qu'elle ne comprime la branche inférieure du spinal et le premier nerf cervical; il y aurait en même temps diminution de l'afflux sanguin dans les artères cérébelleuses postéro-inférieures et les spinales postérieures et antérieures qui irriguent le bulbe et la face intérieure du cervelet.

Tous les torticolis que nous venons de décrire sont indolores; ils ne sont que gênants. Tout autre est le *torticolis aigu*. Celui-ci est déterminé le plus souvent par le froid; il peut être produit par une cause traumatique, par un effort violent auquel ont pris part les muscles du cou; il est parfois d'origine réflexe. Le muscle sterno-mastoïdien et souvent, très souvent même, le muscle trapèze sont douloureux; la douleur est provoquée ou augmentée par la pression, par la contraction du muscle, et surtout par les tractions auxquelles on peut soumettre ce dernier. Aussi la tête s'immobilise-t-elle d'instinct. Début brusque, évolution rapide, souvent avec un léger mouvement fébrile, guérison prompte, favorisée par la révulsion ou par les enveloppements chauds de la région, tels sont les caractères d'évolution qui appartiennent au torticolis aigu. Toutefois, l'affection est sujette à récurrence, et peut tôt ou tard aboutir, encore que ce soit là une éventualité peu commune, à la forme chronique.

Il existe encore nombre de variétés de torticolis, dont l'évolution est chronique. Les uns, qui apparaissent dès l'enfance, sont causés par une rétraction du sterno-cléido-mastoïdien, parfois du trapèze, assimilable à celle qu'on observe dans les amyotrophies infantiles: la contraction peut être le premier stade de l'affection; comme on le sait, en effet, il n'est pas rare qu'à une période d'altération purement dynamique de la fibre musculaire succède une période de dégénération et de substitution fibreuse progressive. Ces torticolis chroniques sont généralement indolores, et ne se traduisent, fonctionnellement, que par la gêne due à l'attitude vicieuse du cou. Celle-ci est parfois tellement accusée que la déglutition, la phonation peuvent être quelque peu troublées; on peut observer aussi des troubles de l'appareil visuel, et notamment du strabisme. La déviation du cou n'est pas la seule déformation qu'on puisse noter; des courbures de compensation s'établissent dans le rachis dorsal et même dans le rachis lombaire, et de plus, la tête subit parfois une atrophie plus ou moins considérable de ses différents tissus, atrophie unilatérale, siégeant du côté vers lequel la tête s'incline. Semblables atrophies osseuses s'observent, notons-le, dans la paralysie infantile, au niveau des membres. Jamais de tels troubles trophiques ne se montrent dans les torticolis dits *par contracture*, dont le type est le *torticolis hystérique*. Il est souvent assez difficile, surtout pendant les premières périodes de l'affection et dans ses formes relativement atténuées, de savoir si l'on a affaire à l'hystérie. L'examen sous le chloroforme, indépendamment des autres signes différentiels qui permettent le diagnostic et qui n'ont rien ici de spécial, lèverait les doutes. Cette distinction est utile, quoi qu'il en soit, à établir, car le traitement serait différent dans les deux cas: s'il s'agit d'une rétraction, on aura recours soit à une intervention sanglante (ténotomie, myotomie), soit à de simples méthodes de prothèse, après redressement de la tête pendant la narcose. On doit aussi, bien entendu, s'adresser à la maladie initiale d'où la contracture dépend, à l'hystérie, par exemple, ou à quelque affection localisée agissant par un procédé réflexe.

Contre les torticolis convulsifs, on a préconisé un grand nombre d'opérations: élongation, ligature, section du spinal, de l'accessoire, des nerfs cervicaux, du sympathique (Keen, Ebers, Kocher, Chipault, Gardner et Giles, etc.). Malheureusement, ces interventions, qui sont loin d'être anodines, ou bien ne mettent pas à l'abri des récurrences, ou bien exposent à des impotences fonctionnelles sérieuses. Et cependant, devant l'extrême ténacité de l'affection, devant l'inefficacité de tous les moyens thérapeutiques, on est parfois amené à laisser les malades tenter l'aventure⁽¹⁾.

IX. Nerfs rachidiens. — Tous les muscles desservis par les nerfs rachidiens peuvent être affectés, soit isolément, soit par groupes, de convulsions toniques ou cloniques. Ce que nous avons dit des fonctions propres à chacun des muscles permettra d'établir la part qu'ils prennent aux phénomènes observés dans tel ou tel cas. A propos des névralgies et des paralysies, nous aurons à signaler plusieurs fois des phénomènes de cet ordre à titre de symptômes contingents et accessoires.

X. Muscles respiratoires. — Parmi ces muscles, le diaphragme est celui qui est le plus souvent atteint de convulsions.

La *contracture du diaphragme* peut se déclarer sous l'influence du froid, du rhumatisme, etc., chez des sujets sans doute prédisposés par un état névropathique antérieur. Elle se signale par des signes objectifs caractéristiques. Nous avons indiqué ailleurs, d'après Duchenne (1855), les effets de la contraction de ce muscle. La contracture n'est autre chose qu'une contraction prolongée, et se traduit par les mêmes phénomènes que celle-ci. La respiration est fort gênée; les autres muscles inspireurs, y compris les inspireurs accessoires (grand pectoral, sterno-cléido-mastoïdien, grand dentelé, etc.), entrent énergiquement en jeu; mais sans réussir à entretenir suffisamment l'hématose. Le malade succombe à l'asphyxie, si la contracture se prolonge. Parfois la contracture est unilatérale; les symptômes sont alors beaucoup moins marqués, et le pronostic est tout différent.

Si les inhalations de chloroforme et les applications électriques, procédés qu'on doit employer d'abord, se montraient inefficaces, on ferait sagement, pensons-nous, de pratiquer la respiration artificielle par insufflation après trachéotomie, suivant la méthode courante des laboratoires. C'est là, d'ailleurs, une ressource à laquelle on pourrait essayer de recourir, à notre avis, dans divers cas d'insuffisance respiratoire capables d'entraîner la mort tout en étant causés par des lésions réparables.

Le *hoquet* est une véritable convulsion clonique du diaphragme. Son étude ressortit à la séméiologie.

L'éternuement, le bâillement, la toux, le rire, le sanglot, sont autant de variétés de spasme des muscles de la respiration.

Ces muscles se contractent encore d'une façon spasmodique dans certaines affections décrites parmi les maladies de l'appareil respiratoire, dans l'asthme, dans les diverses dyspnées, nerveuses et autres. Ce sont des troubles que nous n'avons pas à étudier ici.

⁽¹⁾ Pour la mise au point de l'article *Torticolis*, j'ai eu la bonne fortune d'utiliser les notes personnelles de M. H. Meige.