

TORTICOLIS CONGÉNITAL, CAUSÉ PAR DES DÉFORMATIONS DES VERTÈBRES

PAR

S. ELOWSON,
médecin de service.

La littérature sur le torticolis congénital est très riche, mais la plupart des travaux traitent la forme du torticolis musculaire (en dernier lieu le prof. Krogius dans la *Nordisk Medicinsk Tidsskrift* 1929). Beaucoup de livres d'études, même des traités, ne décrivent que cette forme. Pourtant quelques auteurs (Böhm, Biesalski) ont attiré l'attention sur le »torticolis congénital osseux« et, ci-dessous nous en donnerons encore un exemple.

Malade, N. B. homme, 25 ans.

Histoire de la maladie. Pas de déformations dans la famille, ni de tuberculose héréditaire ou de danger de contagion. Naissance normale. A, dès la naissance, toujours tenu la tête inclinée sur la droite. Pas de trauma au cou. N'a jamais ressenti de douleurs ou de sensibilité dans la partie supérieure de la colonne vertébrale.

Depuis janvier 1929, douleurs et rigidité au bas du dos.

Etat le 19/2 1930. Apparence générale bonne, pourtant il est maigre et pâle. La tête est inclinée sur la droite et un peu tournée vers la gauche. Le sternocleido du côté droit est dans toute son étendue de la même forme et de la même consistance que celui du côté opposé, seulement un peu plus court. Il y a une asymétrie du visage très prononcée avec raccourcissement du côté droit. La colonne vertébrale cervicale présente une

scoliose avec convexité à gauche; dans la partie supérieure de la colonne vertébrale thoracale une scoliose plus prononcée vers la droite. L'apophyse épineuse des vertèbres cervicaux du milieu est difficile à délimiter. Ils semblent fondus ensemble et disloqués vers la gauche et en bas. Les mouvements de la tête, en ce qui concerne l'inclination à gauche, sont assez bornés, autrement presque normaux. Pas de sensibilité au palper, pas

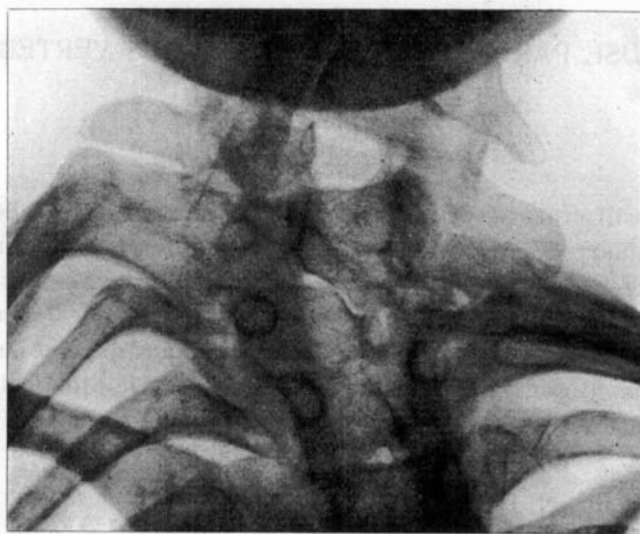


Fig. 1.

de douleurs aux mouvements. Il raidit la partie lombaire de la colonne vertébrale, qui ne présente ni déformation, ni sensibilité.

Radiographie. A la coupe sagittale, on voit la colonne cervicale et la partie supérieure de la colonne thoracale formant un angle d'environ 150 degrés qui s'ouvre sur la droite et avec la pointe au 2ème vertèbre th. Ce vertèbre est défectueux dans sa partie droite supérieure, de sorte que le vertèbre au-dessus, qui est aussi de forme irrégulière, semble glisser à droite. L'axe transversal du 1er vertèbre th. et des vertèbres au-dessus va pour cette raison de haut en bas de gauche à droite.

Sur la radio en profil, l'apophyse épineuse des vertèbres cervicaux du milieu semble fondue et étendue en une formation ressemblant à une corne.

Dans les 2ème et 3ème vertèbres lombaires, on voit des altérations tuberculeuses. La partie supérieure de la colonne vertébrale n'en présente pas.

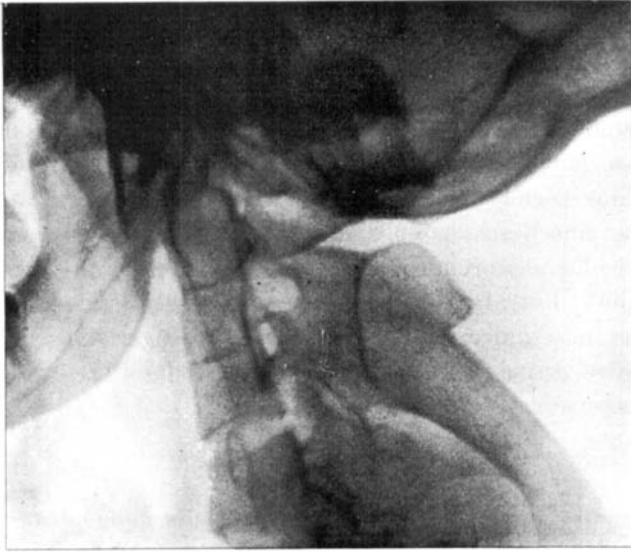


Fig. 2.

D'après les renseignements anamnestiques, il résulte de ce qui a été dit ci-dessus, que le malade a souffert d'un torticolis dès son bas âge. L'examen du sternocleido du côté atteint, n'a rien démontré de pathologique au point de vue de la forme et de la consistance, ce qui rend moins vraisemblable qu'il s'agit d'un torticolis musculaire. Pourtant, Aberle a, par exemple (*Zeitschrift f. Orthop. Chir.*, Band 49) décrit un cas de torticolis sans altérations objectives du sternocleido et sans signe de déformations vertébrales. La découverte de déformations vertébrales à la radio nous permet pour notre cas de prononcer le diagnostic de torticolis congénital osseux.

La radio montre un développement défectueux du 2ème

vertèbre th. qui probablement peut se rapporter à une phase très primaire de la croissance foetale.

Les cas avec syndrome Klippel-Feil, décrits par différents auteurs, présentent une forme particulière du torticolis congénital osseux. Les déformations sont là plus monstrueuses, parfois il y a confusion de plusieurs vertèbres, et même de tous les vertèbres cervicaux. Ces malades ont donc en plus de leur torticolis un raccourcissement du cou avec empêchement des mouvements de la tête.

Les travaux sur le torticolis musculaire précisent toujours que celui-ci est souvent accompagné d'autres déformations congénitales, par exemple le bec de lièvre, la syndactylie, des déformations vertébrales; dans le dernier cas, on parle alors de la forme musculaire osseuse. Il est important pour chaque cas de torticolis, de prendre une radio de la colonne vertébrale, parce que si le traitement peut avoir un résultat favorable dans la forme musculaire il est incertain ou passager dans la forme musculaire osseuse et absolument négatif dans la forme purement osseuse.

RÉSUMÉ.

L'auteur donne un exemple de torticolis congénital osseux chez un homme de 25 ans, sans altérations objectives du sternocleido mais avec déformation vertébrale, survenue probablement par le développement défectueux de la partie droite du 2ème vertèbre thoracal.

BIBLIOGRAPHIE.

- Broman*, Entwicklungsgeschichte.
Weinstein, Schiefhals. Med. Klinik 1909.
Lichtenstein, Zur Aetiologie des Schiefhalses, Zentralblatt f. Chir. 1926.
Böhm, Die Schiefhaltung des Kopfes. Deutsche Med. Wochenschr. 1926.
Peabody, Congenital malformation of spine. Journal of Bone and Joint Surgery 1927.
Aberle, Schiefhals. Zeitschr. f. Orthop. Chir. 1927.
Krogius, Den muskulære snedhalsen. Nord. Med. Tidsskrift 1929.