

culaire, on peut rencontrer de petits appendices fibro-cartilagineux, revêtus de peau ou de muqueuse, parfois multiples, se présentant sous l'aspect de petits prolongements conoïdes, quelquefois étroitement pédiculés. Ces productions ostéo-cartilagineuses sont les fibro-chondromes branchiaux. Ils



Fig. 98.

Fibro-chondrome branchial du cou  
(KIRMISSON).

derivent des arcs branchiaux, comme le dit LANNELONGUE, à la manière des cartillages normaux auxquels ceux-ci donnent naissance, tels que les cartillages de l'oreille, le cartilage de Meckel, le cartilage de Reichert. Ils constituent soit des végétations de ces cartillages normaux, soit des formations aberrantes.

la région carotidienne, qui d'abord arrondie et mobile au-dessous de l'angle de la mâchoire, tend à se fixer et à se développer en bas et en dedans. La tumeur est profonde, recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien. D'abord d'une dureté ligneuse, elle tend à se ramollir et tardivement à s'ulcérer; la douleur est fréquente avec irradiation vers la tempe ou le bras. Quand on l'opère, on constate une particularité remarquable : la tumeur adhère presque constamment à la veine jugulaire interne; ces adhérences sont précoces et la plupart du temps l'ablation de la tumeur nécessite la résection de la veine. Tel est l'épithélioma branchial du cou décrit par VOLKMANN dès 1882, bien étudié en France par BRINET et VEAU. Ces tumeurs se développent aux dépens des résidus embryonnaires, des reliquats branchiaux inclus, sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'arc hyoïdien.

#### V. — EPITHÉLIOMAS BRACHIAUX

Chez un sujet d'un certain âge, on observe une tumeur de

#### ARTICLE II

#### TORTICOLIS

**Définition.** — Le torticolis est une difformité, le plus souvent congénitale, quelquefois acquise, caractérisée par une inclinaison latérale permanente de la tête et du cou.

**Étiologie.** — Les muscles cervicaux, surtout les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes, sont les agents de la statique normale de la tête sur le cou. Aussi le torticolis, est-il ordinairement sous la dépendance de lésions musculaires, soit qu'il s'agisse d'une *contracture*, soit que des *rétractions* aient eu le temps de se produire.

Deux variétés étiologiques sont à distinguer : 1<sup>o</sup> le torticolis *congénital* ; 2<sup>o</sup> le torticolis *acquis*.

Deux hypothèses sont en débat dans l'étiologie du torticolis *congénital* : succède-t-il à des lésions obstétricales ou se rattache-t-il à des altérations intra-utérines? — Les tiraillements et ruptures des muscles jouent, dans certains cas, un rôle vraisemblable : à la suite d'accouchements difficiles, de présentation du siège, d'application de forceps, on observe parfois une lésion intéressante, l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien, conséquence de la distension ou de la contusion du muscle ; il est possible que l'organisation fibreuse de ces foyers de contusion entraîne la rétraction musculaire. Mais cette hypothèse n'est point valable pour tous les cas : un grand nombre de torticolis congénitaux sont produits dès la vie intra-utérine et résultent probablement d'une position inclinée anormale de la tête du fœtus.

Le *torticolis acquis*, surtout observé dans l'enfance, résulte parfois d'une contracture rhumatismale des muscles du cou ; plus souvent, il s'observe, comme symptôme pouvant égarer le diagnostic au cours d'un mal de Pott cervical, et est produit par le spasme réflexe des muscles, immobilisant la colonne, de la même façon que les muscles péri-articulaires de la hanche fixent la jointure coxo-fémorale dans une coxalgie. — Il est une



variété intermittente, revenant par accès, qui est sous la dépendance de la contracture passagère des muscles du cou : c'est le torticolis spasmodique, surtout observé dans le cas de lésions du nerf spinal, ou simplement tic d'origine hystérique ou psychique.

**Anatomie pathologique.** — Le sterno-cléido-mastoïdien est le plus fréquemment atteint et le faisceau sternal plus lésé que le faisceau claviculaire : il subit une transformation scléreuse, qui, selon la gravité et l'ancienneté du cas, s'étend à une partie plus ou moins grande du muscle.

Cette sclérose consiste dans la substitution d'un tissu fibreux

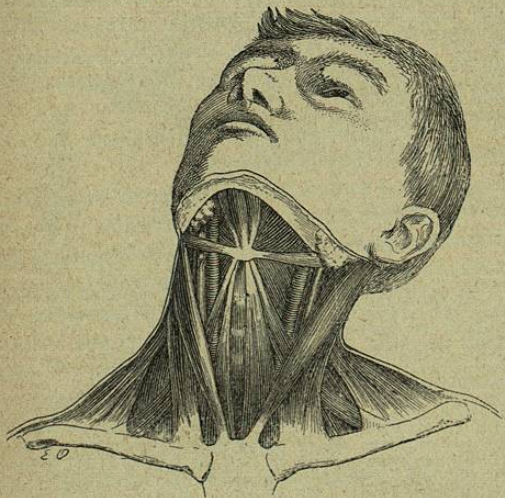


Fig. 99.

Torticolis avec rétraction forte du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

dense et cicatriciel à la fibre musculaire ; cette substitution s'étend parfois à tout le corps musculaire ; quelquefois on ne constate que quelques noyaux fibreux limités, callosités de Volkmann. La gaine d'enveloppe du muscle est rétractée, adhérente : autour d'elle rayonnent, dans les formes invétérées,

des brides scléreuses profondes qui s'opposent au redressement de la difformité. Consécutivement à cette attitude vicieuse de la tête, la colonne cervicale présente une courbure scolio-tique dont la concavité est tournée du côté de l'inclinaison. — L'hémiatrophie, l'asymétrie du crâne et de la face s'observent dans les cas anciens ; parfois la tête paraît avoir été comprimée dans la direction d'une de ses diagonales obliques.

**Symptômes.** — Le torticolis aigu à début brusque, dû à un effort, à un rhumatisme des muscles du cou, à un spasme réflexe temporaire, n'intéresse pas le chirurgien. L'orthopédie ne s'occupe que du torticolis chronique, généralement d'origine congénitale.

Dans la forme typique, par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien, la tête se dévie dans trois directions, autour des trois diamètres antéro-postérieur, vertical et horizontal : la tête se penche vers l'épaule correspondante, la face se tourne du côté opposé. Le muscle est saillant, tendu sous la peau. Par la palpation, on sent le faisceau sternal formant une bride épaisse, la portion claviculaire rétractée en nappe dure ; et la tension de ces deux chefs rétractés s'exagère si l'on essaie de corriger la déviation. Le côté de la face correspondant au torticolis est atrophié : les deux yeux, les deux commissures labiales ne sont plus sur le même niveau. Si le torticolis est ancien, on constate : 1° l'asymétrie du crâne, qui est atrophié du côté de la difformité, avec une bosse frontale moins saillante, une pommette moins apparente et qui prend une forme oblique ovulaire ; 2° une scoliose de la colonne cervicale, à convexité du côté opposé au torticolis, parfois compensée par une scoliose inverse dorsale ou lombaire.

**Diagnostic.** — Une erreur est surtout à éviter : c'est celle qui consiste à prendre un mal de Pott cervical, avec contracture musculaire de défense, pour un torticolis. La tuberculose du rachis cervical se reconnaît : par la douleur vive, profonde, siégeant à la nuque, réveillée par les pressions ou par les mouvements ; par l'attitude variable de la tête, car il s'agit plutôt d'une immobilisation douloureuse que d'une attitude vicieuse.

**Traitement.** — Le massage ne peut convenir et suffire qu'aux



cas récents, produits par des spasmes musculaires. — Quand il existe de la rétraction, ce qui est la règle dans le torticollis congénital, il faut supprimer opératoirement ces résistances au redressement. Deux moyens peuvent être employés : 1° la ténotomie sous-cutanée, de DIEFFENBACK et STROMEYER ; 2° la



Fig. 100.

Appareil à traction élastique de L. A. SAYRE.

ténotomie à ciel ouvert, préférable depuis l'antisepsie. Les résistances musculaires une fois sectionnées, il faut maintenir et développer le redressement : pour cela on se sert soit de la suspension céphalique, soit de l'application de minerves plâtrées avec traction élastique (appareils de SAYRE, de KIRMISSON et de FORGUE).

## CHAPITRE II

## LÉSIONS INFLAMMATOIRES

## ARTICLE PREMIER

## ABCÈS ET PHLEGMONS DU COU

**Étiologie.** — Les abcès et phlegmons du cou sont presque toujours des adéno-phlegmons. Leur fréquence et leurs variétés anatomiques s'expliquent : 1° par la richesse du cou en ganglions (groupes sous-maxillaire, sous-mental, thyro-hyoidien, sous-hyoidien, rétro-pharyngien, chaîne carotidienne), entourant le paquet vasculo-nerveux ; 2° par la multiplicité des portes d'entrée que les territoires cutanés et muqueux tributaires de ces ganglions offrent aux microbes pyogènes. Les inflammations et ulcérations buccales, en particulier les périostites alvéolo-dentaires, les accidents d'évolution de la dent de sagesse, les amygdalites et les angines, les plaques d'eczéma et d'impétigo, les otites et les rhinites en sont l'origine habituelle. — On les observe encore dans le cours ou la convalescence des maladies générales comme la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie : l'angine ou la laryngite en est alors la cause déterminante. Le froid, incriminé par les auteurs anciens n'a qu'un rôle prédisposant. Il s'agit, dans tous les cas, d'une infection à point de départ cutané ou bucco-pharyngé qui détermine une adénite d'abord, un adéno-phlegmon ensuite.

**Division topographique.** — Ils sont circonscrits ou diffus. Les phlegmons *diffus*, rares aujourd'hui, présentent deux variétés : le phlegmon large décrit par DUPUYTREN, et la cellulite cervicale. — Les phlegmons *circonscrits* sont limités dans