

doit être le côté droit qui est soumis à une violence extérieure. Ces mêmes pathologistes pensent que si cette cause n'est pas plus connue, c'est qu'elle n'a pas été suffisamment étudiée.

L'examen anatomique du muscle sterno-mastoidien contracté depuis longtemps nous fait voir qu'il a pris soit l'apparence grasseuse, soit l'apparence fibro-celluleuse des muscles inactifs. Je n'ai rien à dire sur ces deux altérations qui sont le résultat de la privation de mouvement, qui disparaissent dès que le muscle a repris son action, et dont j'ai déjà parlé en traitant des déviations de la colonne vertébrale.

Sharp et Boyer disent que le torticolis ancien, et surtout celui qui existe depuis l'enfance, a une influence marquée sur la colonne vertébrale, et que par suite de la position constamment fixe de la tête, les vertèbres se sont inégalement développées et sont déformées. Ils en ont tiré la conséquence qu'on ne devait pas pratiquer d'opérations pour chercher à redresser le cou après l'âge de quinze ans environ, ou au moins après l'époque à laquelle on peut supposer, d'après l'ancienneté de la maladie, que les vertèbres sont trop déformées pour pouvoir reprendre leur forme normale. Les chirurgiens modernes ont voulu prouver que ces deux praticiens s'étaient trompés, et ils ont appuyé leur assertion sur l'examen des pièces anatomiques. Je crois que les uns et les autres ont été trop loin, comme on peut en juger par l'étude de ces mêmes pièces. En effet, cette étude nous montre 1° que dans un cas, les vertèbres étaient disposées d'une manière fixe selon la direction que les muscles rétractés leur avaient fait prendre, et que les parties latérales droites du rachis étaient dirigées un peu en avant, et les parties latérales gauches un peu en arrière; 2° que dans un autre cas, toutes les vertèbres cervicales étaient bien conformées, mais que le corps de l'axis était tourné à droite, côté du torticolis. Ces déformations, analogues à celles que l'on observe dans les pieds-bots, ne sont pas plus un obstacle à la guérison du torticolis que les déformations des os du pied ne sont un obstacle à la guérison du pied-bot. Aussi doit-on autant s'étonner de l'opinion émise par Sharp et Boyer, que des efforts faits par les chirurgiens modernes pour la combattre; il suffisait de citer l'analogie et de faire observer que dans ces deux maladies les déformations osseuses n'étaient jamais un obstacle à la section des muscles, mais un obstacle à la guérison complète. La section du muscle sterno-mastoidien ne produit pas la guérison du torticolis; elle favorise l'emploi des moyens

mécaniques qui doivent, en maintenant la tête droite, rendre aux vertèbres leur forme normale, ou, pour mieux dire, une forme analogue à la conformation normale. De même dans le pied-bot, la section du tendon d'Achille favorise l'emploi des moyens mécaniques qui doivent, par leur action constante, modifier la forme anormale des os du tarse et leur rendre une disposition analogue à la disposition normale. Nous ne devons donc pas nous inquiéter de la déformation de la colonne vertébrale avant de pratiquer la section du muscle sterno-mastoidien, puisque nous avons besoin, après cette section, d'un appareil contentif dont l'usage doit être continué plus ou moins longtemps, en raison du degré de la déformation des os, et puisque nous savons que nous pourrions par ce moyen ramener les os à une forme à peu près semblable à la forme normale.

Cette déformation de la colonne vertébrale en amène une dans la position de la tête et dans la forme des traits de la face. Dans le degré le plus simple du torticolis, la tête est tournée à droite ou à gauche et un peu fléchie sur le sternum; mais à mesure que la maladie augmente, le sommet de la tête s'abaisse vers l'épaule, et le menton se relève. Cette dernière disposition peut être portée assez loin pour que le malade éprouve des douleurs dans les parties déplacées. On conçoit sans peine qu'il peut exister un grand nombre de degrés intermédiaires entre le degré le moins prononcé et le degré le plus prononcé de la maladie. Dans le torticolis ancien, à cette position vicieuse de la tête se joignent l'élévation de l'épaule du côté dévié, la dépression du sternum ou de la partie moyenne de la poitrine, et l'incurvation de la portion cervicale de la colonne vertébrale en sens inverse du renversement de la tête.

Dans les cas de torticolis très-prononcé et ancien, les traits de la face du côté dévié éprouvent de grands changements. Les parties paraissent atrophiées et elles ne sont plus sur un plan horizontal, de sorte que toutes les lignes de la face du côté malade sont obliques. Les yeux surtout sont très-remarquables; ils ne sont plus sur la même ligne, et le malade les lève au ciel pour regarder en avant.

En parlant, dans le tome II de cet ouvrage, des sections musculaires et tendineuses, j'ai donné l'historique de ces sections, et par conséquent l'historique des opérations qui ont été pratiquées sur le muscle sterno-mastoidien pour la guérison du torticolis, car ce muscle est le premier qui ait été soumis à cette section. Je ne reviendrai pas

sur cet historique. Je ferai seulement observer que Boyer conseille pour le torticolis une opération qu'il n'a jamais pratiquée, et dont les règles lui ont été suggérées par la lecture des pathologistes qui ont rapporté les observations de section du muscle sterno-mastoïdien. Il conseille de couper toute l'épaisseur du muscle à un pouce au-dessus de ses attaches sternale et claviculaire. Nous avons vu dans l'historique que Minnius et Roonhuysen coupèrent le corps du muscle; nous avons vu que Florian coupa le tendon claviculaire; et enfin nous avons vu que Cheselden coupait primitivement le muscle dans sa partie charnue, et que plus tard il ne coupait que l'attache sternale du muscle, parce qu'il pensait que l'attache claviculaire pouvait toujours céder. Aujourd'hui on pense généralement que les deux attaches, sternale et claviculaire, doivent être coupées, mais que ce n'est pas une règle constante. On fonde cette dernière opinion sur ce que, dans certains cas, la section du tendon sternal très-saillant a suffi pour ramener la tête à sa position normale, et sur ce que l'attache claviculaire est moins tendue que la sternale. Cette disposition, qui dépend de celle des deux extrémités du muscle, dont l'une est un véritable tendon, tandis que l'autre est une aponévrose, doit engager les chirurgiens à porter toute leur attention dans la décision qu'ils ont à prendre. Il n'y a jamais d'inconvénient à couper tout le muscle; il peut y en avoir à ne couper qu'une seule de ses attaches, et quoique la portion claviculaire paraisse toujours céder à l'action des moyens mécaniques, je pense qu'on ne doit pas hésiter à en faire la section. Des praticiens ont fait observer que, dans quelques cas, le corps du muscle, beaucoup plus saillant que le tendon sternal, forme une tumeur dans laquelle paraît résider toute la puissance rétractile, et qu'il vaudrait peut-être mieux couper les fibres musculaires dans ce point que dans ses attaches. Je ne pense pas que cette opinion soit juste. La force rétractile réside toujours dans le muscle dont le tendon n'est que la corde; il importe donc peu d'agir sur les fibres musculaires ou sur les fibres tendineuses, pourvu qu'après la section on maintienne les parties dans une position telle, qu'il se forme entre les deux bouts de la portion coupée une nouvelle substance qui allonge le muscle.

Nous avons encore vu dans l'historique indiqué que la section du muscle sterno-mastoïdien pour la guérison du torticolis était tombée dans un oubli complet, lorsqu'en l'année 1822 Dupuytren la pratiqua sans section de la peau et par une seule ponction de cette membrane. J'ai

rapporté dans tous ses détails cette opération, qui passa inaperçue et qui ne fut connue que des chirurgiens allemands et anglais. Elle consista à faire à la peau, le long du bord externe du muscle, une ponction par laquelle Dupuytren introduisit à plat et devant le muscle un bistouri boutonné dont il tourna le tranchant sur le muscle, et il fit la section de celui-ci en retirant le bistouri. La malade, dont la tête fut maintenue droite pendant treize jours au moyen d'un bandage approprié, sortit de l'hôpital parfaitement guérie au vingt-troisième jour.

Mettant à profit cette opération, M. Dieffenbach pratiqua la section du muscle sterno-mastoïdien de la manière suivante, en se servant d'un bistouri pointu, étroit, recourbé comme une serpette ou une lame de canif et coupant sur sa concavité. Il fait asseoir le malade sur une chaise. Un aide, placé derrière, tire la tête du côté opposé à la déviation. Un autre aide tire le coude en bas pour abaisser l'épaule. Ces deux mouvements opposés tendent le muscle plus fortement et lui font faire une saillie plus grande. Le chirurgien saisit le muscle avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche et le tire à lui; puis il enfonce la pointe de l'instrument dans la peau au côté externe du muscle, et il la fait glisser derrière lui jusqu'au delà de son bord interne, en ayant bien soin de ne point la traverser. Appuyant alors le muscle sur le bistouri, il retire celui-ci en ne faisant agir que sa pointe avec laquelle il coupe le muscle rétracté. On entend un bruit de craquement et il se fait un enfoncement. Si le bruit n'a pas lieu, si l'enfoncement ne paraît pas, le chirurgien réintroduit l'instrument et recommence.

M. Syme a pratiqué cette opération, en suivant les règles données par Dupuytren, et en l'imitant complètement.

M. Stromeyer, au contraire, a agi comme M. Dieffenbach. Il a saisi avec les doigts de la main gauche le muscle rendu plus saillant par l'abaissement de l'épaule et la traction de la tête, et conduisant derrière lui un bistouri pointu, étroit et courbe, qu'il enfonça dans la base d'un pli de la peau fait parallèlement au bord externe du muscle, il coupa celui-ci pendant l'introduction même de l'instrument, et les deux bouts s'éloignèrent avec un bruit de craquement.

M. Bouvier opère comme MM. Dieffenbach et Stromeyer; mais il se sert d'un bistouri concave très-étroit et fortement recourbé à sa pointe. Il l'introduit à plat derrière le muscle, et quand il l'a dépassé,

il retourne l'instrument, et en le retirant il coupe le muscle d'arrière en avant.

M. Guérin opère de la manière suivante : il fait coucher le malade sur un lit dont le tiers supérieur est relevé en pente, il fait incliner la tête en sens contraire de son inclinaison pathologique, afin de donner plus de saillie au muscle. A six ou huit lignes au-dessus de l'insertion sternale du muscle, il fait à la peau un pli parallèle à son bord externe. Il introduit à plat dans la base de ce pli, entre la peau et le muscle, un bistouri pointu, mince, large de deux lignes et légèrement concave sur le tranchant qui est tourné vers la tête. Quand la pointe du bistouri est parvenue au bord interne du muscle, il le retourne et applique son tranchant sur celui-ci. Alors il abandonne la peau et retire en même temps le bistouri qu'il appuie fortement sur le muscle de façon à le couper de dehors en dedans. Il dit qu'on ne doit pas craindre d'appuyer avec quelque force, et qu'il faut diviser toutes les fibres musculaires.

Telles sont les différentes manières de pratiquer la section du muscle sterno-mastoïdien, indiquées par les praticiens de notre siècle. Ces opérations sont plus simples que celles des chirurgiens des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, mais elles n'ont pas le mérite de l'invention, et nous devons reconnaître avec franchise que les chirurgiens de notre époque n'ont fait que suivre l'exemple de leurs prédécesseurs. Je regrette de faire une pareille remarque, mais elle m'a paru indispensable, parce que l'on pourrait me reprocher de ne pas avoir cherché à établir la question de priorité entre les chirurgiens actuels.

Tous ces procédés sont également bons, puisque tous ont également réussi, et il y a si peu de différence entre eux qu'il est difficile de dire quel est celui qu'on doit préférer. Je pense cependant que les meilleurs sont ceux dans lesquels on introduit le bistouri à plat derrière le muscle pour retourner ensuite son tranchant en avant et couper le muscle de sa partie profonde à sa partie cutanée. Je ne crois pas devoir parler du procédé qui a été employé par quelques chirurgiens et qui consiste à inciser la peau soit longitudinalement, soit transversalement, pour découvrir le muscle et faciliter sa section : il est totalement abandonné.

La section du muscle sterno-mastoïdien doit être faite à trois centimètres au-dessus de ses attaches sternale et claviculaire. Telle est la

règle générale ; cependant elle n'est pas absolue. Ainsi dans quelques cas, le muscle forme à sept ou huit centimètres au-dessus du sternum un ventre très-volumineux, qui oblige à le couper en cet endroit, parce que l'on ne pourrait le soulever immédiatement au-dessus de cet os.

J'ai déjà parlé plus haut de l'opinion des chirurgiens actuels sur la section d'une des attaches du muscle et sur celle de ses deux attaches : je ne reviendrai pas sur ce sujet. Je ferai seulement observer qu'il faut toujours commencer par couper l'attache la plus saillante, qui est ordinairement la sternale, et si cette section ne suffit pas, le chirurgien coupe l'attache claviculaire.

Immédiatement après l'opération, le chirurgien doit appliquer le doigt sur l'espace vide qui se fait entre les deux bouts du muscle coupé pour empêcher l'air d'entrer et le sang de s'épancher et pour faire sortir la petite quantité de sang qui a pu s'écouler pendant l'opération ; puis il recouvre la petite plaie d'un emplâtre agglutinatif. Il remplace son doigt par un tampon de charpie pour que la compression subsiste toujours, et il maintient ce tampon avec des compresses ou des bandelettes agglutinatives et une bande qui entoure le cou, les épaules et le haut de la poitrine. Il soutient la tête par plusieurs cravates. Il fait coucher le malade, lui recommande le repos, et le met à un régime antiphlogistique. Le deuxième jour, il fait le pansement avec grand soin, afin de ne pas détruire les adhérences que les lèvres de la plaie ont contractées entre elles. Ordinairement cette plaie est guérie en quelques jours sans autre accident qu'un petit épanchement de sang entre les deux bouts du muscle coupé ; épanchement de sang dont la résorption donne lieu à des ecchymoses. D'autres fois il survient une inflammation qu'il faut combattre pour prévenir la formation du pus. Si, malgré tous les moyens mis en usage, le pus se forme, il faut lui donner issue par la plaie de la ponction, et si cette ouverture ne suffit pas, il faut en pratiquer une plus grande ou seulement agrandir celle qui existe. Quelquefois, dans les cas où l'inflammation est très-intense, le malade ne peut plus tenir sa tête horizontalement, et le chirurgien est obligé de lui permettre de l'incliner du côté opéré.

Quand la plaie est cicatrisée, il faut faire usage des moyens mécaniques afin de maintenir la tête droite pendant tout le temps nécessaire pour obtenir le retour des parties osseuses à leur forme normale, ou mieux à une conformation qui s'en rapproche. Ces appareils sont de

deux sortes : les uns sont de simples appareils qui, soutenant la tête dans une position convenable, permettent au malade de rester levé ; les autres sont des appareils qui tiennent les malades au lit. Les premiers sont préférables. M. Dieffenbach s'est servi d'une simple cravate de carton. M. Bouvier emploie un appareil meilleur, parce qu'il maintient mieux la tête. Il a de l'analogie avec les *minerves*. Il consiste en une couronne et une ceinture unies par une tige composée de plusieurs pièces mobiles, de sorte que les mouvements sont permis malgré le redressement de la tête. Les seconds sont des lits imités de celui de Shaw. Les malades sont couchés. Les hanches et les épaules sont fixées ; et un collier rembourré, bouclé à la demi-circonférence du casque et prenant un point d'appui sur les mâchoires inférieures, permet de tourner la tête en faisant incliner le casque du côté opposé à l'inclinaison pathologique. Des vis de pression rendent la rotation et l'inclinaison permanentes.

La durée du traitement ne peut être indiquée, parce qu'elle varie en raison des déformations survenues dans les vertèbres. Quelquefois, au bout de quinze ou trente jours, la tête est parfaitement droite ; mais on conçoit sans peine qu'il faut encore continuer le traitement mécanique, car il ne suffit pas que la tête soit ramenée à sa direction, il faut encore qu'elle la conserve, ce qui ne peut avoir lieu que par le retour des os à une conformation à peu près normale.

On pourrait, à l'exemple de Dupuytren, avoir recours aux moyens contentifs dès que l'opération est terminée.

### § 2. — Du goitre.

On donne ce nom à une tumeur placée à la partie antérieure moyenne du cou, et qui est formée par le gonflement de la glande thyroïde.

Le goitre n'occupe pas toujours la totalité de cette glande ; il est borné quelquefois à sa partie moyenne ou à l'une de ses parties latérales, et lorsque ces deux parties sont engorgées en même temps, il y en a souvent une qui l'est beaucoup plus que l'autre : de là les formes variées de cette espèce de tumeur.

Le volume du goitre présente aussi beaucoup de variétés. En général, lorsque la tumeur est bornée à une partie de la glande thyroïde, et surtout à sa partie moyenne, elle n'acquiert jamais un vo-

lume aussi considérable que lorsqu'elle en occupe la totalité. La constitution des goitreux a une influence très-manifeste sur le volume de la tumeur : on a remarqué que chez les sujets d'une constitution forte et vigoureuse, où le goitre n'est qu'un pur et simple engorgement de la glande thyroïde, cette tumeur est beaucoup plus petite et plus circonscrite que dans les sujets mous, cacochymes, chez lesquels l'engorgement embrasse non-seulement la glande, mais encore tout le tissu cellulaire du cou, et peut prendre un accroissement monstrueux.

Il est des pays dans lesquels on rencontre rarement le goitre, et où il est purement accidentel et sporadique ; il en est d'autres où cette maladie attaque plus ou moins tous les individus. Ainsi le goitre est endémique dans les vallées profondes et humides de la Suisse, du Tyrol, etc. ; il disparaît à mesure qu'on s'élève sur les montagnes ou qu'on descend dans les plaines.

Le goitre est héréditaire ou accidentel : le premier s'observe spécialement et peut-être même exclusivement dans les lieux où cette maladie est endémique. M. Fodéré (1) dit que les curés des campagnes qu'il a parcourues lui ont cité plusieurs exemples de goitres héréditaires ; qu'il a été lui-même témoin de trois, dont un a été recueilli sur un nouveau-né de ses parents, dont le père était crétin et la mère simplement goitreuse. Du reste, M. Fodéré dit qu'on a observé l'ordre suivant dans la propagation du goitre : 1° Si le goitre n'est qu'accidentel et qu'il n'y ait qu'un des parents affecté, les enfants ne naissent pas goitreux ; 2° ils naissent au contraire goitreux, si de père en fils un goitreux a épousé une goitreuse pendant deux générations, et dans un pays où le goitre est endémique ; à la troisième génération, l'enfant qui naît est non-seulement goitreux, mais il est encore crétin ; 3° un père faible, malsain, rachitique et à demi crétin, marié à une goitreuse, produit des enfants goitreux dès la première génération. Dans les contrées où le goitre est sporadique et purement accidentel, il est excessivement rare qu'il se transmette du père ou de la mère aux enfants ; cependant il n'est pas sans exemple qu'un père ou une mère accidentellement goitreux engendre un ou plusieurs enfants qui sont atteints de cette maladie.

(1) *Traité du goitre et du crétinisme*, chap. 3, parag. 15, p. 68.