

tion est beaucoup plus discutable. Que l'on n'ait pas le courage de refuser à un malheureux qui la demande une opération susceptible d'apporter un peu de soulagement à son état, je le comprends ; mais, pour mon compte, si j'accepte de la faire, je ne la conseille pas. On a pensé que la gastrostomie pratiquée à une période peu avancée de la maladie entraverait la marche du néoplasme en supprimant l'irritation provoquée par le passage des aliments. Cela est possible et même probable ; l'existence pourrait être alors réellement prolongée, résultat très douteux quand on agit à la dernière période, mais quel est donc l'homme qui se soumettrait à une pareille opération sans y être poussé par une impérieuse et évidente nécessité ?

#### 9° TORTICOLIS.

Le torticolis est constitué par une attitude vicieuse du cou telle que la tête est inclinée latéralement et a subi un mouvement de rotation.

Des causes multiples peuvent amener la déviation du cou, par exemple : une cicatrice cutanée, une tumeur, une lésion osseuse, spontanée ou traumatique ; mais si dans ces cas la tête est inclinée d'un côté, le cou n'est pas tordu, ce n'est pas là le véritable torticolis.

Cette affection est d'ordre essentiellement musculaire ; elle est due à l'action prédominante de l'un des muscles du cou, plus rarement d'un groupe de muscles, sur les muscles congénères du côté opposé ; or, cette action prédominante s'exerce dans trois circonstances : tantôt le muscle est *rétracté*, raccourci, modifié dans sa structure ; il représente une sorte de corde inerte, inextensible, composée plutôt d'éléments fibreux que d'éléments musculaires : c'est le *torticolis par rétraction musculaire* et le muscle atteint est à peu près constamment le sterno-cléido-mastoïdien. Tantôt le muscle est seulement *contracturé*, les fibres musculaires n'ont pas subi de modifications de texture, elles ne sont pas en réalité raccourcies, et peuvent reprendre leur disposition normale, ce que démontre avec évidence l'anesthésie : c'est le *torticolis par contracture musculaire*, variété dans laquelle doit rentrer le *torticolis spasmodique*.

Dans un troisième cas, beaucoup plus rare que les précédents,

les muscles ne sont atteints ni de rétraction ni de contracture, mais seulement d'un défaut de synergie dans leur action. Ceux d'un côté l'emportent en puissance sur ceux du côté opposé, et le résultat est évidemment le même au point de vue de l'attitude de la tête, je l'appelle : *torticolis par action dynamique*.

Si cette division n'est pas classique, j'estime qu'elle mérite de le devenir, car elle répond à l'observation clinique. Elle est d'autant plus importante que chacun de ces trois cas exige un traitement spécial et il n'est pas indifférent de donner au praticien une bonne règle de conduite dans ces cas assez difficiles.

*Torticolis par rétraction musculaire.* — Cette espèce de torticolis est celle que Bouvier a spécialement étudiée dans ses leçons. Elle est d'ailleurs la plus commune. La lésion initiale porte à peu près toujours sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien (quant à la cause de cette lésion elle-même, elle est inconnue et probablement d'origine nerveuse) et consiste dans une rétraction primitive de ce muscle ; par conséquent cette espèce de torticolis est congénitale. Le muscle forme sous la peau une corde dure, fortement tendue, saillante à ce point qu'on peut la saisir entre les doigts, inextensible. Cet état est *permanent* (ce qui différencie la rétraction de la contracture). Les deux chefs du muscle peuvent être affectés à la fois, mais la lésion atteint le plus souvent le chef sternal que le chef claviculaire. Si l'on veut redresser la tête du sujet, on sent une résistance invincible et la corde devient encore plus saillante. Mesurez la longueur du muscle de chaque côté et vous trouverez du côté rétracté une différence de 5, 6, 8, 10 centimètres en moins par rapport au côté opposé. L'attitude ne varie jamais et, lorsque l'enfant dort profondément, si l'on cherche à redresser la tête, on n'y réussit pas mieux qu'à l'état de veille ; il y a là une résistance matérielle.

L'attitude de la tête est celle que lui imprime l'action physiologique du sterno-mastoïdien ; elle est inclinée sur l'épaule correspondant au muscle rétracté et le menton est dirigé vers le côté opposé ; en même temps, la tête éprouve un léger mouvement de propulsion en avant. Cette attitude est d'ailleurs sensiblement la même, quelle que soit la variété à laquelle appartient le torticolis.

Un fait frappant, c'est le défaut de symétrie des deux côtés de la face. Il résulte non seulement de l'inclinaison de la tête, mais encore d'une atrophie très marquée du côté incliné.

Les malades n'éprouvent pas de douleurs.

Le diagnostic du torticolis par rétraction musculaire ne saurait donc être douteux : déviation congénitale, permanente, avec saillie, sur un côté du cou, d'un cordon dur et inextensible formé par le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Il n'existe qu'un seul mode de traitement rationnel et efficace de cette espèce de torticolis, c'est la section du faisceau musculaire rétracté. Que des massages longtemps prolongés et intelligents, aidés de l'électrisation, aient pu à la longue rendre au muscle sa longueur normale, c'est possible, je ne le conteste pas, mais le succès est douteux, et quand je songe qu'à l'aide d'une opération légère, absolument inoffensive, on peut arriver en un instant à un résultat que des années de traitement n'obtiendront peut-être pas, je ne comprends pas l'hésitation.

A quelle époque convient-il d'opérer ? On n'opère pas en général dans les deux ou trois premières années de la vie, pour plusieurs raisons. Quoique le torticolis existe déjà à la naissance, il est peu apparent, beaucoup moins par exemple que le pied bot auquel il peut être si justement comparé ; aussi ne songe-t-on même pas à une opération. A mesure que l'enfant grandit, le côté sain se développant beaucoup plus que le côté malade, la difformité devient de plus en plus apparente et nous avons tous vu (ce qui est beaucoup plus rare aujourd'hui, grâce à l'admirable découverte de la ténotomie sous-cutanée) des individus abandonnés à eux-mêmes dont la tête touchait l'épaule et était absolument immobilisée dans cette position vicieuse, ce qui les obligeait à se mouvoir tout d'une pièce pour regarder à droite ou à gauche.

De plus, quand le muscle est divisé, il faut un appareil pour en maintenir les deux bouts écartés ; or un tout petit enfant supporterait avec peine un appareil qui pourrait gêner son alimentation, sans compter que l'application de l'appareil serait elle-même très difficile. Et d'ailleurs, y a-t-il un grand avantage à opérer de très bonne heure ? Non, le seul motif de se hâter serait d'empêcher la production des déformations osseuses et articulaires consécutives, mais Bouvier avait déjà fait cette curieuse observation que le torticolis ne retentit pas du tout (c'est peut-être un peu exagéré) sur le développement du squelette. De fait, et je l'ai pour mon compte observé bien des fois, la section du sterno-mastoïdien pratiquée sur des enfants de dix, douze ans et même plus âgés, est suivie immédiatement du redressement de la tête ; par

conséquent, si elles existent, les lésions osseuses doivent être bien légères.

*Mode opératoire.* — L'opération est en général si peu douloureuse qu'il n'est pas nécessaire d'anesthésier le malade, à moins d'avoir affaire à un sujet très pusillanime, ou bien à un enfant dont on ne pourrait pas autrement obtenir l'immobilité.

Faites construire à l'avance un collier en cuir, afin de l'appliquer sur le cou avant le réveil du malade, aussitôt l'opération terminée.

La section doit porter sur le chef rétracté et apparent, par conséquent le plus souvent sur le chef sternal. Il peut arriver que le muscle fasse à son insertion supérieure une saillie plus forte même qu'à son insertion inférieure : la section pourrait alors être pratiquée en haut, ce qui d'ailleurs est tout à fait l'exception ; dans les deux cas, elle doit être faite à un travers de doigt environ de l'attache.

Le sujet étant étendu horizontalement, faites porter et maintenir par un aide la tête dans une position telle que la corde subisse son maximum de tension.

Vous pouvez enfoncer le ténotome indifféremment d'avant en arrière ou d'arrière en avant, selon que vous serez plus ou moins à votre main.

Faut-il couper le muscle de dedans en dehors en passant d'abord sous sa face profonde, ou de dehors en dedans en pénétrant d'abord sous la peau ? Le premier procédé paraît donner un peu plus de sécurité : je préfère cependant le second, car on voit mieux ainsi ce que l'on fait, on saisit mieux le moment où le tendon est coupé en totalité. Il est d'ailleurs si peu vraisemblable que le bistouri rencontre un organe important qu'on peut négliger cette éventualité.

L'opération comprend deux temps : 1° après avoir préalablement fait glisser la peau à la surface du muscle pour détruire plus tard le parallélisme entre la plaie cutanée et la plaie musculaire, faites à la peau une piqûre avec le ténotome pointu ; 2° par cette piqûre, introduisez à plat la lame du ténotome mousse et pénétrez ainsi dans la couche sous-cutanée entre la peau et le tendon. Tournez alors le tranchant de l'instrument vers le muscle et coupez par un petit mouvement de scie. Il se produit aussitôt une sorte de détente, la tête se redresse et le doigt se rend aisément compte de l'écartement des deux bouts ; si des brides per-

sistaient, on en achèverait la division. Le ténotome est retiré à plat comme il était entré; la peau revenue à sa place porte la trace d'une piqûre insignifiante. C'est à peine si l'on voit quelques gouttes de sang.

Le pansement consiste à recouvrir la plaie de baudruche collodionnée et d'une mince couche d'ouate par-dessus laquelle on applique immédiatement le collier.

Il faut à tout prix éviter le rapprochement des deux bouts du muscle et porter par conséquent autant qu'il est possible la tête dans le sens opposé à la déviation. Le collier remplit ce but; le menton doit être bien en regard de la fourchette sternale.

Faites porter le collier longtemps, plusieurs années, si c'est nécessaire. Le massage du sterno-mastoïdien et une sorte de gymnastique du cou pourront alors rendre des services.

*Torticolis par contracture musculaire.* — Que sous une influence quelconque : rhumatisme, myosite, ostéo-arthrite, etc., il survienne une contracture musculaire de l'un ou de plusieurs des muscles du cou, il en résulte une variété de torticolis en rapport avec les organes atteints de contracture. Le sterno-mastoïdien peut encore être intéressé dans cette circonstance, mais la lésion atteint plus fréquemment le trapèze ou quelques-uns des muscles de la nuque : d'où la dénomination de *torticolis postérieur* que lui a donnée M. Delore dans ce dernier cas.

L'attitude du sujet est identique à celle décrite dans le chapitre précédent, si la contracture porte sur le sterno-mastoïdien. Si la lésion affecte le trapèze, le complexus, etc., la tête est toujours inclinée sur l'épaule correspondante et le menton tourné du côté opposé, mais elle est légèrement renversée en arrière. Dans le cas très rare où la contracture atteindrait le muscle splénius seul, la tête éprouverait non seulement l'inclinaison latérale, mais encore la rotation du côté du muscle atteint.

En explorant directement le sujet, vous n'observerez plus la corde cervicale caractéristique de la variété précédente, mais bien une sorte d'induration diffuse assez mal délimitée sur les côtés du cou. Il n'existe pas d'atrophie de la face du côté correspondant.

Le malade éprouve souvent de vives douleurs siégeant principalement sur les parties latérales du cou, au niveau des masses latérales de l'atlas. La pression en ce point les exagère.

Il suffit d'analyser avec quelque soin les circonstances dans lesquelles se sont développées ces deux variétés de torticolis, dont la pathogénie est si différente, et les signes qu'ils présentent, pour ne pas les confondre. D'ailleurs, si vous hésitez, endormez le malade, et vous verrez la contracture disparaître lorsqu'il sera anesthésié.

Mais le praticien peut être embarrassé pour répondre à cette question : S'agit-il d'un torticolis musculaire ou d'une arthrite occipitale avec inclinaison du cou? Le doute ne saurait exister qu'au début de l'affection, alors que les signes du mal sous-occipital consistent seulement dans la douleur, la gêne des mouvements du cou et la contracture des muscles péri-articulaires. J'ai d'ailleurs déjà donné plus haut les principaux caractères distinctifs entre ces deux affections.

Le traitement consiste à rendre à la tête sa position normale et à l'y maintenir. Il est bon de pratiquer cette réduction aussitôt que possible, car à la contracture des muscles pourrait succéder une rétraction. Il est à peine besoin de faire remarquer qu'il ne saurait être question dans ce cas de section musculaire, puisqu'il est possible à l'aide du chloroforme de rendre aux muscles raccourcis leur longueur normale, et d'ailleurs on serait fort embarrassé pour savoir sur quel point doit porter le bistouri, car souvent plusieurs muscles sont atteints à la fois.

Couchez le malade sur un plan résistant, une table, par exemple, et endormez-le au chloroforme. Saisissez alors la tête entre vos mains et ramenez-la doucement, graduellement, sans violence, à sa position normale, ce qui n'offre en général aucune difficulté. L'important est de la maintenir, sinon elle reprendra sa position vicieuse aussitôt après le réveil. Vous pouvez faire construire à l'avance un collier en cuir qui sera appliqué séance tenante, mais ce collier, n'ayant pu être fait sur un moule, remplit rarement les indications et blesse en général le malade; cependant un fabricant intelligent peut arriver au résultat.

Si l'on ne possède pas de collier, ou bien si l'appareil ne peut être supporté, un excellent moyen consiste à appliquer une sorte de capeline plâtrée, de façon à immobiliser la tête, le cou et les épaules préalablement recouverts d'un maillot. Laissez l'appareil plâtré en place pendant plusieurs semaines et, lorsque vous l'enlèverez, remplacez-le tout de suite par un collier en cuir bouilli, beaucoup mieux supporté à ce moment; la contracture étant

vaincue, la tête ne viendra plus faire effort contre les rebords de l'appareil. Le collier devra être porté longtemps encore (au moins une année) après le redressement de la tête, afin de parer à toute récurrence. Le praticien pourrait construire lui-même, et à peu de frais, une sorte de faux-col carcan avec du carton, du cuir ou mieux de la gutta-percha.

*Torticolis par action dynamique.* — Cette espèce de torticolis a encore été désignée sous le nom de *torticolis spasmodique*, expression mauvaise, car il n'existe pas de véritable spasme musculaire.

Voici comment se produisent les phénomènes sur un sujet type. Le malade est, je suppose, couché, et la tête repose à plat sur l'oreiller : il n'existe alors aucune déviation. Vient-il à s'asseoir de telle sorte que la tête ne soit plus soutenue, celle-ci perd aussitôt son équilibre ; on la voit d'abord s'incliner latéralement et se porter ensuite en rotation. Ces mouvements s'exécutent d'une manière lente et graduelle, sans secousse. L'attitude vicieuse persiste tant que la tête n'est pas ramenée à sa position normale, et on l'y ramène facilement, sans effort, pour la voir retomber aussitôt qu'on l'abandonne. Il s'agit donc bien là d'un défaut de synergie musculaire.

Les muscles présentent alors une consistance sensiblement égale des deux côtés.

Tant que la tête est déviée, les malades éprouvent une douleur plus ou moins vive à la nuque au niveau surtout des apophyses articulaires des vertèbres cervicales.

A quoi tient cette rare et singulière affection ? Elle paraît bien être de nature nerveuse, mais on ne saurait en dire le point de départ. Chez la malade que j'ai observée, l'affection avait succédé à un accouchement accompli dans des conditions exceptionnelles de fatigue et d'épuisement.

L'électricité, le massage, les diverses frictions, le maintien du cou avec un collier, devront d'abord être opposés à ce torticolis qui semble particulièrement rebelle au traitement. Après avoir tout épuisé, je proposai à ma malade la résection du nerf spinal, opération certes des plus rationnelles dans l'espèce. Elle en éprouva d'abord une assez grande amélioration, mais en définitive je ne l'ai pas guérie, et après plusieurs années de lutte j'ai dû me déclarer vaincu.

Voici le procédé opératoire que je conseille pour découvrir le nerf spinal, qu'on veuille le réséquer ou bien en pratiquer l'élongation.

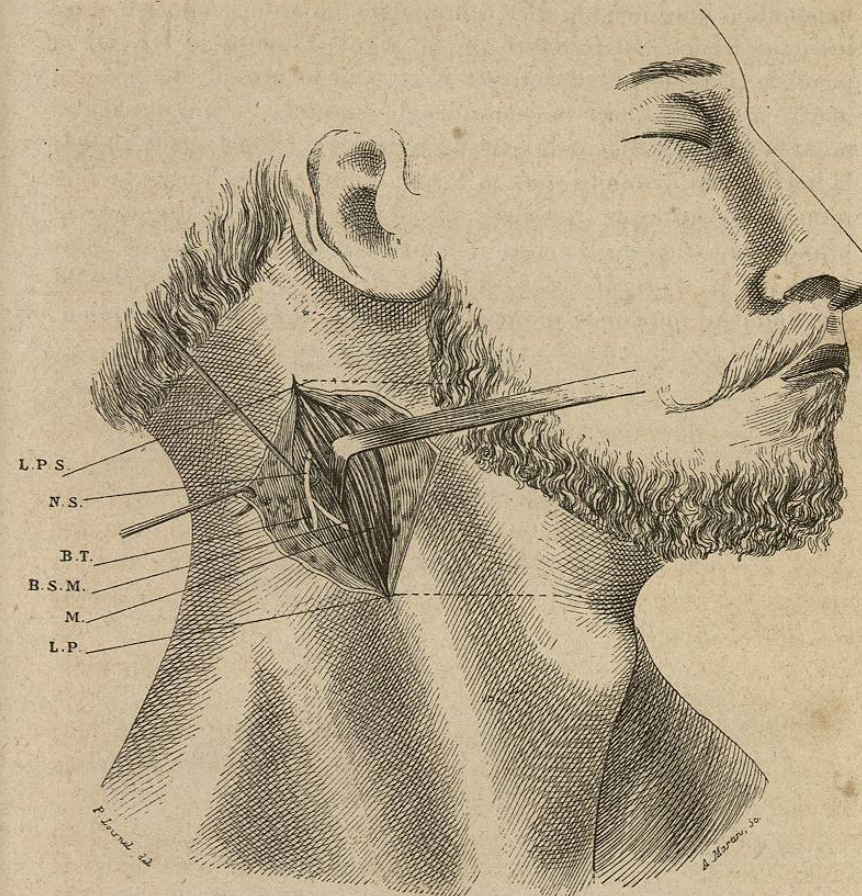


Fig. 53. — Résection du nerf spinal. — Procédé opératoire.

B. S. M., branche de bifurcation du nerf spinal allant dans le muscle sterno-cléido-mastoidien.	L. P. S., ligne pointillée horizontale partant de l'angle de la mâchoire inférieure (point de repère).
B. T., branche du muscle trapèze.	M. S. M., muscle sterno-cléido-mastoidien relevé par son bord postérieur.
L. P., ligne pointillée horizontale partant du bord supérieur du cartilage thyroïde (point de repère).	N. S., nerf spinal.

Une ligne horizontale partant de l'angle de la mâchoire indique d'une façon suffisamment exacte le point d'où le nerf sort de la loge parotidienne ; une seconde ligne horizontale tirée du bord supérieur du cartilage thyroïde correspond à l'endroit où le nerf

pénètre dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien par la face profonde. Ce sont là les points de repère.

Pratiquez le long du *bord postérieur* du muscle sterno-cléido-mastoïdien une incision de 6 centimètres environ, comprise entre les deux lignes horizontales que je viens d'indiquer. Divisez la peau, le peaucier, et découvrez avec soin le muscle de façon à mettre à nu les fibres musculaires elles-mêmes et non pas seulement la gaine; soulevez-le avec un écarteur, et vous verrez bientôt le nerf spinal distendu sous la forme d'une corde. Faites la section aussi haut que possible, afin d'être certain d'atteindre la branche du trapèze. Bien que l'élongation ait été pratiquée sans accident, je n'oserais la conseiller, en raison de l'ébranlement que l'on peut imprimer au pneumogastrique et au bulbe rachidien.

## QUATRIÈME SECTION

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

J'étudierai successivement les affections de l'épaule, du bras, du coude, de l'avant-bras, du poignet et de la main.

#### CHAPITRE PREMIER

##### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ÉPAULE.

L'épaule peut être, au point de vue clinique, décomposée en quatre régions :

- A. La région claviculaire.
- B. La région scapulaire.
- C. La région scapulo-humérale ou moignon de l'épaule.
- D. La région axillaire ou creux de l'aisselle.

**A. Affections chirurgicales de la région claviculaire.** — La région claviculaire se compose à peu près exclusivement de la clavicule et des deux articulations qui l'unissent au sternum et à l'omoplate.

Les minces couches qui la recouvrent peuvent être atteintes de contusion, dont il serait à peine utile de faire mention, s'il n'existait entre la peau et l'os des branches nerveuses susceptibles d'être intéressées et de donner lieu à des douleurs vives et quelquefois persistantes