

bien grand, surtout si toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. On a signalé des spasmes nerveux sans importance.

Delore (de Lyon), partant de ce principe que dans un très grand nombre de cas le torticolis est le fait de la contracture des muscles postérieurs du cou, bien plus que du sterno-cléido-mastoïdien, a proposé et mis en usage le redressement brusque du cou, sans section du sterno-cléido-mastoïdien. Au moyen des mouvements graduels de rotation et d'inclinaison, Delore redresse sous le chloroforme l'incurvation vertébrale. On entend de temps en temps, pendant ces manœuvres qui durent de cinq à dix minutes, des craquements dus à la rupture de brides fibreuses (*Gazette hebdomadaire*, 1878). De Saint-Germain fait quelques réserves au sujet de l'emploi de cette méthode. Il n'est pas douteux qu'elle ait donné entre les mains de son auteur de très bons résultats; mais ne pourrait-elle pas devenir bien dangereuse si, par le fait d'un diagnostic inexact ou incomplet, on agissait avec une pareille vigueur sur une colonne vertébrale malade? Une ankylose, un mal cervical méconnu, n'exposeraient-ils pas à des accidents qui pourraient être immédiatement mortels?

Quel que soit le mode de redressement, il faut compléter le traitement par l'emploi de moyens orthopédiques. Sans eux la lésion se reproduit infailliblement. Au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire lorsque la petite plaie opératoire est cicatrisée, on applique un collier en cuir moulé renforcé de quelques lames d'acier, qui tient le cou et la tête dans une bonne position. Mais cet appareil est imparfait. Il faut généralement avoir recours à une des machines connues sous le nom de *minerve*. Toute minerve se compose de deux parties essentielles : l'une pelvienne et thoracique, vaste corset destiné à servir de point d'appui; l'autre, céphalique, qui emboîte la tête. Ces deux parties sont unies par une forte tige, disposée de façon à pouvoir, au moyen d'articulations compliquées, redresser la tête, l'incliner latéralement, et lui faire subir un mouvement de rotation. C'est la rotation vicieuse qui est la plus difficile à corriger. On se sert encore dans les établissements orthopédiques, surtout en Allemagne, d'un lit à extension, qui paraît donner d'excellents résultats.

Un appareil beaucoup plus simple et très efficace est celui de Sayre, modifié heureusement par Kirmisson. On fait avec lui une extension continue au moyen d'un tube de caoutchouc placé du côté sain suivant la direction du sterno-cléido-mastoïdien. Ce tube est fixé

en arrière de l'apophyse mastoïde en haut, sur la partie antéro-latérale de la poitrine en bas au moyen de deux larges bandes de diachylon.

La méthode de l'extension continue, préconisée par la plupart des chirurgiens allemands, a donné un beau succès à Gross (de Nancy).

Les appareils de redressement et de contention devront en général être conservés pendant deux ou trois mois. Même alors les opérés ne

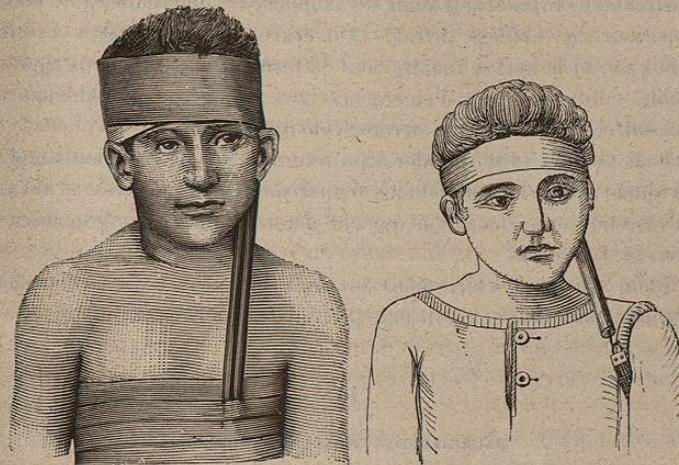


Fig. 7. — Appareil de Sayre.

Fig. 8. — Appareil de Kirmisson.

devront pas être complètement perdus de vue. Il y aura intérêt à faire encore pendant longtemps des massages et des manipulations quotidiens.

## § 2. — *Torticolis intermittent.*

On décrit sous le nom de *torticolis intermittent*, ou *spasmodique*, ou encore de *tic convulsif* ou *rotatoire* du cou et de la tête, une affection tout à fait comparable au tic convulsif de la face.

Les traités de pathologie interne contiennent des détails suffisants sur cette affection. Elle intéresse particulièrement le chirurgien, à cause des tentatives opératoires dont elle a été l'objet. Dans un petit nombre de cas on avait essayé contre elle, mais sans succès, la section du sterno-cléido-mastoïdien, méthode reprise récemment par Kocher, qui pratique des myotomies multiples. Dans les dernières

années, l'élongation de la branche externe du spinal et surtout la résection de ce nerf a donné entre les mains de quelques opérateurs de bien meilleurs résultats.

Tillaux, à la suite d'un fait qui lui a fourni un succès complet (1882), a fixé le manuel opératoire de la façon suivante : Incision sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, entre deux lignes horizontales tirées par l'angle de la mâchoire inférieure et le bord supérieur du cartilage thyroïde. On écarte le muscle après l'avoir mis à nu, et le nerf se montre sous la forme d'une corde très appréciable, entre son point d'émergence hors de la loge parotidienne et son entrée dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Dans sa thèse (1895) Isidor a pu réunir 42 cas de résection simple du spinal avec 14 améliorations, 6 guérisons et 22 insuccès, et 6 cas de résection avec élongation qui ont donné 2 guérisons, 3 améliorations et 1 insuccès.

Enfin quelques chirurgiens se sont adressés à la section des branches postérieures cervicales, préconisée par Keen.

#### IV

##### MALADIES DES VAISSEAUX DU COU

Les lésions traumatiques des vaisseaux ayant été étudiées au chapitre des plaies de la région cervicale, il nous reste à voir les affections acquises des artères et des veines. Elles peuvent se résumer dans l'histoire des anévrysmes artériels et artério-veineux.

##### 1° Anévrysmes de l'artère carotide primitive.

On observe sur cette artère des anévrysmes artériels et des anévrysmes artério-veineux. Les premiers sont infiniment plus communs que les seconds.

##### § 1. — Anévrysmes artériels de la carotide primitive.

**Fréquence.** — L'anévrysme carotidien vient par ordre de fréquence après l'anévrysme de l'aorte, de la poplitée et de la fémorale. D'après le relevé de Crisp, on en trouverait 4,5 sur 100 anévrysmes. Malgaigne était arrivé, dans la thèse de Lisfranc (1854), à un chiffre

plus élevé, 9,5. Holmes, plus récemment, a obtenu une proportion inférieure à celle de Crisp lui-même : 5,5.

**Étiologie.** — L'anévrysme carotidien peut être *spontané* ou *traumatique*. Le dernier est fort rare. La plupart du temps les plaies de la carotide sont immédiatement mortelles par hémorrhagie. Lorsque le malade échappe à cette mort rapide, il se forme presque toujours un anévrysme diffus primitif, une hémorrhagie interstitielle. Cependant on a décrit quelques rares anévrysmes se développant un certain temps après la blessure, et se comportant en *anévrysmes faux consécutifs*.

Dans l'étiologie de l'anévrysme spontané on peut relever plusieurs faits intéressants : l'*influence du sexe*, ordinairement prépondérante, se fait peu sentir ici. D'après le relevé de Crisp, hommes et femmes seraient frappés également : 15 femmes sur 25 cas, ce qui contraste singulièrement avec ce que nous voyons ailleurs. Il est vrai que sur 12 malades affectés d'anévrysmes carotidiens, Holmes n'a trouvé que 5 femmes ; mais c'est encore une proportion de 1 sur 4, tandis que la proportion générale est de 1 sur 8 (Crisp), et que même, selon Guthrie, l'anévrysme poplité s'observerait 50 fois chez l'homme contre une chez la femme.

L'*âge* est dans beaucoup de cas très peu avancé : 25 ans, 18, 10 même, ce qui est encore tout à fait spécial à cet anévrysme.

On invoque ici les *causes prédisposantes* ordinaires : infections diverses susceptibles de donner naissance à l'artérite, syphilis, alcoolisme principalement. On relève aussi dans un bon nombre de cas des causes occasionnelles évidentes : tentatives de strangulation, efforts musculaires violents, efforts de défécation, crises de vomissement, accident de chemin de fer, etc.

**Anatomie pathologique.** — L'anévrysme carotidien siège plutôt à droite qu'à gauche, et de préférence à une des extrémités de l'artère. La partie supérieure, voisine de la bifurcation, où se voient si souvent des lésions athéromateuses, où l'artère est normalement un peu dilatée, serait la plus communément atteinte. Les anévrysmes de la racine de l'artère sont assez communs à droite, exceptionnels à gauche. Delens, en 1879, en a observé un dans ce dernier point et l'a traité par la ligature selon la méthode de Brasdor.

La tumeur est latérale, placée sous le sterno-cléido-mastoïdien qui est plus ou moins soulevé, généralement ovoïde, allongée dans le