

peau, principalement au voisinage de l'insertion inférieure du muscle. Lorsque le torticolis date de la naissance, et qu'on observe l'enfant au bout de quelques années, on constate que la moitié de la face correspondant au côté affecté du cou est atrophiée, ce que l'on attribue à un trouble de la nutrition occasionné par la compression des vaisseaux du cou; la bouche et les yeux ont une direction oblique.

Les mouvements de la tête diffèrent de l'état normal; le sujet peut bien fléchir la tête et la tourner du côté opposé à celui de la courbure, mais il ne peut la redresser. Les mouvements du larynx sont quelquefois gênés, mais la parole est normale. Il peut y avoir aussi, consécutivement à la déviation de la tête, une déformation de la poitrine (J. Guérin).

Diagnostic. Il n'est pas toujours facile, surtout pour le torticolis à marche lente. C'est surtout avec une affection des premières vertèbres cervicales que la confusion est possible. Les chirurgiens les plus compétents se sont quelquefois mépris. Ainsi Bouvier diagnostiqua un torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien chez une petite fille de huit ans; l'autopsie montra une ostéite et une arthrite des premières vertèbres cervicales ayant déterminé une inclinaison vicieuse de la tête. Toutes les fois qu'il se présente du doute, on explore avec attention la partie postérieure du cou; s'il existe une affection des vertèbres, la série des apophyses épineuses n'offre plus une courbe régulière; la pression sur ces apophyses ou sur les côtés détermine quelquefois de vives douleurs.

Il est facile de distinguer le torticolis par *rétraction* du muscle sterno-mastoïdien, de celui qui est produit par *paralysie* du même muscle. Dans le premier cas, la tête résiste au mouvement que tend à lui imprimer une force étrangère; elle reprend brusquement sa situation primitive, dès qu'on l'abandonne après l'avoir entraînée; on distingue à travers la peau la dureté du muscle affecté. En cas de torticolis par paralysie du sterno-mastoïdien, la tête obéit sans résistance et revient sans violence à sa situation primitive; toutes les parties du cou offrent de la souplesse. On ne confondra pas le torticolis avec la flexion permanente de la tête *en avant*, flexion due à la paralysie des muscles de la partie postérieure du cou (Boyer), parce qu'on ne sent pas sous la peau la tension du sterno-mastoïdien.

Pronostic. Il n'est pas grave pour le torticolis aigu. Dans la forme chronique, alors que la rétraction musculaire existe depuis longtemps, le corps des vertèbres cervicales s'est affaissé du côté correspondant au torticolis, et le redressement de la tête ne peut être obtenu qu'imparfaitement, même après la section des muscles rétractés. Il y a aussi, d'après la remarque de J. Guérin, des courbures secondaires de la région dorsale et de la région lombaire de la colonne vertébrale.

Traitement. Il diffère suivant l'espèce de torticolis :

Dans le torticolis *rhumatismal* ou *aigu*, si la douleur est modérée, on applique sur le côté affecté des sachets chauffés de fleurs de sureau ou une flanelle chaude. La douleur est-elle plus vive, on a recours à une médication antiphlogistique et émolliente, l'administration de boissons diapho-

rétiqes. Lorsque la douleur persiste pendant un certain temps, on fait appliquer un vésicatoire volant sur le trajet du muscle. L'affection prend-elle la marche chronique, on maintient en permanence sur la partie malade une carde d'ouate ou une peau de lièvre (Boyer); on fait pratiquer des onctions avec un liniment ammoniacal, appliquer des sinapismes. Lorsque le torticolis aigu est accompagné de fièvre, que le sujet est d'une forte constitution, on pratique une saignée générale, on prescrit la diète simple.

Dans le torticolis occasionné par *paralysie* du sterno-mastoïdien, on applique sur le trajet du muscle des topiques irritants (liniments ammoniacaux, teinture de cantharides, sinapismes, vésicatoires). On administre, sous forme de bains, de lotions ou de douches sur le cou, les eaux minérales de Plombières, Bourbon-l'Archambault, etc.

Le torticolis par *rétraction musculaire* peut être combattu, dans la première période, par la médication adoucissante et antispasmodique: bains tièdes, fomentations et limiments opiacés. La saignée est indiquée en cas de pléthore, de suppression d'une hémorragie; un vésicatoire, en cas de disparition de quelque exanthème. Lorsqu'après un certain temps d'emploi ces moyens échouent, ou que l'affection est trop ancienne pour qu'on les mette en usage, il faut avoir recours à la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Ténotomie. Cette opération remonte au dix-septième siècle, époque où Minnius, Roonhuysen (1670) et Florianus ont coupé le sterno-mastoïdien à ciel ouvert. C'est à Dupuytren que revient le mérite d'avoir le premier, en 1822, pratiqué la même section par la *méthode sous-cutanée*. Stromeyer et Dieffenbach ont agi de la même façon de 1824 à 1836. Puis J. Guérin et Bouvier, en 1836, ont suivi les mêmes errements.

Le muscle dont la section a le plus d'importance est le sterno-cléido-mastoïdien. Dans des cas rares, on est obligé de diviser le faisceau claviculaire du trapèze (Guérin). Le muscle peaucier a été sectionné par Gooch, mais Bonnet (de Lyon) met en doute l'utilité de cette opération, ainsi que celle de la section des splénius et des obliques.

Les chirurgiens ne s'accordent pas sur l'étendue à donner à la section du sterno-cléido-mastoïdien. Dupuytren, Dieffenbach, Stromeyer coupaient la totalité du muscle; J. Guérin veut au contraire qu'on divise tantôt l'un des faisceaux du muscle, tantôt le muscle en entier; Bonnet est partisan de la section totale.

PROCÉDÉ DE J. GUÉRIN. SECTION DU FAISCEAU STERNO-MASTOÏDIEN. On fait coucher le malade sur un lit dont le tiers supérieur se relève en pente; un aide maintient la tête et cherche à porter celle-ci en sens inverse de la déviation, afin de rendre plus saillant le muscle rétracté. Le chirurgien fait à la peau, à 15 millimètres au-dessus de l'insertion sternale du muscle, un pli parallèle à la direction de ce dernier, et dont la base répond à la partie de la peau qui longe le *bord externe* du muscle. Il plonge à la base du pli cutané un bistouri mince, large de 4 millimètres et légèrement concave sur le tranchant. La lame de l'instrument est introduite à *plat*, le *tranchant tourné en haut*; elle est dirigée de *dehors en dedans*; lorsque la

pointe a dépassé le bord interne du muscle, sans avoir traversé la peau du côté opposé à la ponction, ou *tourne le tranchant de la lame en arrière*, c'est-à-dire vers la face antérieure du muscle, on abandonne le pli cutané, et on coupe le tendon *d'avant en arrière*. Malgaigne préfère exécuter cette section *d'arrière en avant*.

Si on veut pratiquer la section du *faisceau externe ou claviculaire*, on suit le même procédé, mais on introduit le bistouri de *dedans en dehors*, c'est-à-dire que la pointe chemine du bord interne vers le bord externe du muscle; celui-ci est coupé *d'avant en arrière*.

Le précepte de faire pénétrer le ténotome sous la peau de *dehors en dedans* pour la section du faisceau sternal, de *dedans en dehors* pour le faisceau claviculaire, a pour but de protéger les vaisseaux sous-jacents (carotide primitive, veine jugulaire interne et thyroïdienne inférieure) contre le tranchant de la pointe de l'instrument.

Après la section du muscle, Bonnet conseille de saisir la tête entre les mains, de l'incliner du côté opposé à la section, assez complètement pour que la distance qui sépare l'oreille de la clavicule soit la même des deux côtés du cou; et d'imprimer à la tête des mouvements de rotation en sens inverse de la difformité, jusqu'à ce que le menton regarde le moignon de l'autre épaule. Ces manœuvres ont pour résultat de déchirer les fibres qui ont échappé au ténotome.

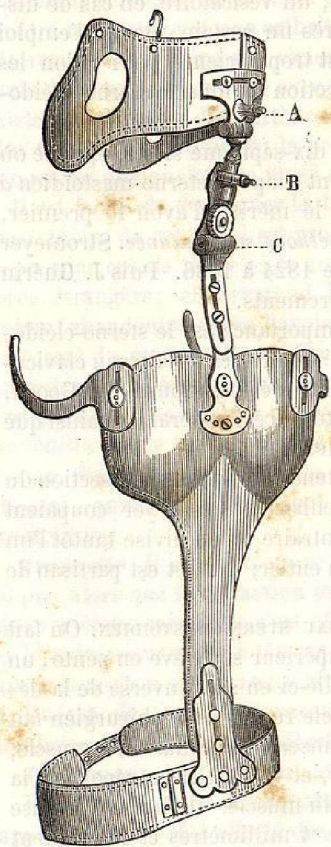


Fig. 217.

Il existe un grand nombre de minerves: celle de J. Guérin (fig. 217) est formée d'une ceinture abdominale, d'une ceinture scapulaire, d'un capuchon constitué par deux larges plaques qui entourent l'occipital et se réunissent en avant au niveau du front, en embrassant les joues et la mâchoire inférieure. Les trois ceintures sont as-

semblées par une tige métallique, composée de plusieurs pièces, placée en arrière et répondant à la colonne vertébrale. Au moyen d'une clef, on imprime une série de mouvements aux pièces dont cet appareil se compose, de façon à augmenter ou à diminuer les diverses inclinaisons latérales, antérieures, etc.

CHAPITRE II.

BLESSURES DU COU.

Le cou est une région pourvue d'un grand nombre d'organes; indépendamment de parties communes aux autres régions du corps: peau, tissu cellulaire, muscles, on y trouve de nombreux vaisseaux artériels et veineux d'un gros calibre, des troncs nerveux très-importants; en avant une portion du canal alimentaire (pharynx et œsophage) et du conduit aérien (larynx et trachée); en arrière la colonne vertébrale avec la portion cervicale de la moelle. On comprend le danger inhérent aux blessures de ces diverses parties. Quelques-unes d'entre elles, en raison de leur situation superficielle, notamment le larynx et la trachée, sont plus facilement atteintes, surtout dans les blessures volontaires, les tentatives de suicide. Mais ce ne sont pas seulement les plaies profondes, celles qui comprennent des organes importants, qui offrent des dangers. Dieffenbach rapporte avoir vu plusieurs fois de simples plaies du cou, n'intéressant que la peau, causer la mort, par l'inflammation et la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané, ou par l'infiltration du pus dans le médiastin antérieur. En tenant compte de la remarque faite par ce chirurgien que les accidents graves sont surtout la conséquence des blessures volontaires, et qu'on ne les observe pas dans les plaies faites par une main étrangère, on ne peut s'empêcher de rapporter les désordres consécutifs à l'état moral des blessés.

Les blessures du cou sont simples ou compliquées: *simples*, lorsqu'elles n'intéressent que les parties superficielles de la région, sans léser aucun organe important; *compliquées*, lorsqu'à la lésion précédente s'ajoute celle d'un de ces organes, vaisseau artériel ou veineux d'un gros calibre, nerf volumineux ou moelle épinière, conduit alimentaire ou aérien. Elles peuvent être compliquées de la présence d'un corps étranger, d'hémorragie grave; suivies d'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse.

Parmi les complications, il en est qui n'offrent pas d'indications différentes de celles que nous avons notées, en faisant l'histoire des accidents des plaies, des blessures des muscles, des lésions des artères, des veines et des nerfs, des fractures des vertèbres, des plaies de la moelle épinière (t. I, p. 29, 226, 241, 288, 303, 352, 699).

Les blessures du canal alimentaire et du conduit aérien motivent une étude spéciale. Bornons-nous à rappeler, pour les plaies *superficielles* du cou, un fait qui ressort des observations de Dieffenbach, à savoir: que la su-