

caractères des kystes du cou. Est-il possible de reconnaître à quelle variété ils appartiennent? Les kystes thyro-hyoïdiens se reconnaissent à leur siège. Les kystes du corps thyroïde ont pour caractère essentiel de suivre les mouvements du larynx pendant la déglutition. Les kystes congénitaux datent de la naissance, et de plus, s'ils sont multiples, ils pourront être bosselés et même présenter une consistance inégale au niveau des diverses poches du kyste. Les kystes simples siègent presque toujours sur la partie antéro-latérale gauche du cou. Les kystes composés occupent indifféremment l'un ou l'autre côté ou la ligne médiane. Ils peuvent se montrer à la partie postérieure.

Traitement. — Un kyste du cou ne peut guérir que par un traitement chirurgical.

1° *Kystes du corps thyroïde.* — On a employé : la ponction simple, l'incision, l'excision d'une portion de la paroi du kyste, l'extirpation, le séton, la cautérisation. Toutes ces méthodes sont dangereuses ; la première, assez innocente par elle-même, est constamment suivie de récurrence.

Aujourd'hui, on traite ces kystes par la ponction et l'injection iodée. (Voy. Hydarthrose.)

Le chirurgien doit être prévenu de la possibilité de la suppuration, à la suite de l'injection iodée, et d'un phénomène assez étrange : l'irruption d'une grande quantité de sang artériel dans le kyste, après l'évacuation du liquide. Ce phénomène, assez fréquent, est attribué à une exhalation sanguine déterminée par la soustraction de la pression exercée par le liquide sur la paroi du kyste.

2° *Kystes congénitaux.* — Autant que possible, il ne faut pas opérer les enfants nouveau-nés. Lorsque l'enfant a grandi, on traite les kystes simples par la ponction et l'injection iodée. On extirpe les kystes multiples. Cependant, comme ces derniers peuvent porter atteinte à la vie de l'enfant par la compression qu'ils exercent sur les organes qui traversent la région cervicale, on peut être obligé de les opérer de bonne heure. Dans ce cas, une opération sanglante, nécessitant une large solution de continuité, offrirait de grands dangers. Le mieux serait de ponctionner successivement chaque loge de la tumeur, comme s'il s'agissait d'une réunion de plusieurs kystes simples. On pourrait aussi pratiquer des injections iodées.

3° *Kystes ganglionnaires et kystes thyro-hyoïdiens.* — On les traite également par l'injection de teinture d'iode. Les kystes thyro-hyoïdiens se cicatrisent difficilement ; ils restent quelquefois fistuleux. Ce phénomène serait-il dû à la présence et au renouvellement de l'épithélium à cils vibratiles que M. Robin a constaté à la face interne d'un de ces kystes?

ARTICLE QUATRIÈME

TORTICOLIS (LÉSIONS FONCTIONNELLES)

Examen du malade. — Constater, par le regard, l'inclinaison et la rotation de la tête, la saillie formée par les muscles contracturés, quelquefois la déformation et la diminution de volume de la face du côté malade, la déviation des traits, le strabisme. Reconnaître, par le toucher, la présence d'un cordon épais, dur, tendu, occupant, le plus souvent, le trajet du sterno-mastoïdien. Par la pression, ainsi que par les mouvements imprimés à la tête, réveiller la douleur en ce point.

Rechercher avec soin si les muscles du côté opposé à l'inclinaison n'ont pas perdu leur contractilité (torticolis paralytique), s'il n'existe sur les téguments aucune trace de cicatrice (torticolis cicatriciel), si les vertèbres cervicales ne sont le siège d'aucune lésion (torticolis osseux).

On désigne sous le nom de torticolis l'inclinaison vicieuse, permanente ou temporaire de la tête vers l'une ou l'autre épaule.

Causes. — Le torticolis peut être divisé en musculaire et non musculaire. Le premier est, sans contredit, le plus important ; c'est surtout sur lui que nous insisterons, en indiquant cependant les variétés que peuvent imprimer aux symptômes, au diagnostic et au traitement, les différentes causes qui le produisent.

Deux cas peuvent se présenter dans le torticolis musculaire : ou l'une des deux puissances est augmentée, l'autre restant normale, ou elle est diminuée : dans le premier cas, le muscle contracturé entraîne la tête de son côté ; dans le second, c'est le muscle sain qui agit, et, de toute manière, l'équilibre est rompu. Cependant, disons tout de suite que le torticolis paralytique est excessivement rare, surtout comparé au précédent ; quelques auteurs disent ne l'avoir jamais rencontré.

Le torticolis musculaire peut être congénital ; dans ce cas, faut-il l'attribuer aux violences exercées sur l'enfant pendant l'accouchement, au forceps, par exemple, violences portant spécialement sur le côté droit ; ou bien préexistait-il à la naissance ? Faut-il, alors, l'attribuer à une position vicieuse du fœtus ou à une maladie des centres nerveux ?

Chez l'adulte, les causes les plus ordinaires du torticolis sont tantôt une violence extérieure, tantôt l'impression de l'humidité et surtout du froid. Le torticolis rhumatismal est celui qu'on rencontre le plus fréquemment ; nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser du torticolis paralytique. L'inflammation des muscles, le développement d'une tumeur dans leur épaisseur peuvent encore produire leur raccourcissement. Notons, enfin, un torticolis par habitude vicieuse, chez les individus qui ont coutume de porter la tête penchée d'un côté ou de l'autre.

Quelle que soit la cause du torticolis musculaire, plusieurs muscles peuvent prendre part à sa formation.

Celui qui est le plus souvent en cause est le sterno-mastoïdien ; un de ses faisceaux peut être affecté indépendamment de l'autre (J. Guérin). Quelquefois, cependant, ce sont les muscles profonds du cou qui donnent

naissance au torticolis, ce qui est important à connaître au point de vue du diagnostic du côté malade.

Quant au torticolis non musculaire, il peut être *fibreux, osseux* ou *cicatriciel*. Le premier se rencontre dans les inflammations des faisceaux ligamenteux qui unissent les vertèbres cervicales, le second dans une foule d'affections du tissu même de celles-ci : ostéite, carie, tubercules, etc. Enfin, un déplacement traumatique (luxation) pourrait encore produire une inclinaison vicieuse de la tête. Cicatriciel, le torticolis est souvent la suite de brûlures étendues ou d'autres pertes de substance, dont la réparation ne s'est faite qu'au moyen d'une assez grande quantité de tissu inodulaire qui agit par sa rétractilité.

Symptômes. — Le premier symptôme qui frappe chez un individu atteint de torticolis est le déplacement de la tête. Celle-ci est inclinée vers l'épaule; en même temps, elle ne regarde pas en avant, mais en haut, et du côté opposé à son inclinaison, phénomène dû à l'action du sterno-mastoïdien. Il est bien entendu que cette rotation n'existerait pas si, ce muscle étant intact de chaque côté, d'autres muscles seulement étaient pris. Par le palper, on sent, du côté malade, un muscle dur, rigide; il est recouvert par des téguments fortement plissés; du côté sain, au contraire, ils sont lisses et tendus. La maladie s'accompagne quelquefois de douleurs; elles sont réveillées par la pression, mais elles éclatent surtout lorsqu'on veut faire mouvoir la tête latéralement. Aussi l'individu affecté de torticolis se tourne-t-il en quelque sorte tout d'une pièce quand il veut regarder un objet placé à côté de lui. En général, il n'y a pas de fièvre ni de troubles des principales fonctions; dans certains cas, cependant, on comprend que la déglutition puisse être gênée, quand la déviation est poussée à ses limites extrêmes.

La plupart du temps, le torticolis ne donne pas lieu à d'autres symptômes que ceux dont nous venons de parler; mais cela seulement quand il est passager, comme le torticolis rhumatismal. Pour peu qu'il se prolonge quelque temps, et surtout s'il devient chronique, on ne tarde pas à voir survenir des désordres plus graves. Les yeux n'étant plus sur un même plan, et perdant leurs rapports normaux, la vision commence à devenir moins nette; on a même signalé un véritable strabisme. La carotide du côté malade, comprimée, ne concourt plus aussi librement à la nutrition des parties auxquelles elle se distribue; tout un côté de la tête semble s'atrophier, et ce phénomène est rendu plus saillant encore par le développement que prend celui où rien n'entrave l'arrivée du sang. Enfin, la colonne cervicale ne reste pas déviée si longtemps sans qu'il se produise des déviations en sens contraire dans la région dorsale, de véritables courbures de compensation, destinées à rétablir l'équilibre perdu. Les muscles condamnés à l'inaction peuvent devenir le siège d'une dégénérescence graisseuse.

Cependant, dans la plupart des cas, le torticolis ne dure pas assez longtemps pour produire cet ensemble de symptômes graves. Le plus

souvent, lorsqu'il est rhumatismal, sa durée est d'un à deux septénaires, et il se dissipe soit spontanément, soit sous l'influence des moyens employés pour le combattre. Notons ici qu'on a signalé quelques cas de torticolis intermittent.

Diagnostic. — Les signes que nous venons d'énumérer suffiront ordinairement pour faire reconnaître facilement le torticolis; aucune autre affection, d'ailleurs, ne saurait être confondue avec lui. Mais il ne sera pas toujours aussi facile de déterminer sa cause, et c'est pour arriver à ce diagnostic qu'il faut s'aider des principaux symptômes des torticolis fibreux, osseux et cicatriciel, que nous allons indiquer maintenant.

Dans l'arthralgie cervicale, dans les tumeurs blanches, la carie, les tubercules, en un mot dans les maladies des vertèbres cervicales et de leurs ligaments, la douleur se fait plus spécialement sentir au niveau des apophyses épineuses, tandis que la pression n'en fait naître aucune au niveau des masses musculaires du cou. L'affection a un début lent, sa marche est ordinairement lente et continue aussi. La tête s'incline d'abord vers l'épaule, mais cette inclinaison fait des progrès à mesure que le mal augmente; le malade se tient ainsi, non qu'il y soit contraint par une violente puissance musculaire, mais parce que c'est dans cette position qu'il sent le moins de douleur; on peut ramener la tête à sa rectitude normale, non sans causer des souffrances, mais sans faire saillir un muscle tendu sous les téguments. Enfin, les tumeurs blanches s'accompagnent de gonflement des parties molles; les apophyses épineuses, saillantes, sont très-dououreuses à la pression; il peut se manifester, à la fin, des symptômes de compression de la moelle qui ne se rencontrent dans aucune autre espèce de torticolis. Qu'au lieu d'être spontanée, la luxation soit traumatique, la déformation et la connaissance des commémoratifs suffiront pour mettre sur la voie du diagnostic. Il est à peine besoin de dire que, pour le torticolis cicatriciel, la présence d'une cicatrice plus ou moins étendue à la région cervicale en indiquera manifestement l'origine.

Il ne suffit pas de reconnaître si le torticolis est musculaire; il faut encore savoir quels muscles lui ont donné naissance. Dans la grande majorité des cas, c'est le sterno-mastoïdien, et celui du côté droit plus souvent que le gauche, dans le rapport de 4 à 1, selon M. Bouvier. C'est surtout par la palpation, par la rotation de la tête, par l'examen du siège de la douleur, superficielle ou profonde, qu'on arrivera au diagnostic, les muscles des parties latérales du cou ne donnant pas lieu à un mouvement de rotation aussi prononcé que les sterno-mastoïdiens.

Une autre question reste à examiner, et elle est de la plus haute importance au point de vue du traitement, afin d'éviter une médication ou une opération inutile. Y a-t-il ou non ankylose entre les vertèbres cervicales? Rien, au premier abord, ne peut faire soupçonner cette complication. Dans un torticolis musculaire simple, si on imprime des mouvements à la tête, le malade porte, non pas le cou, mais le tronc tout entier de côté pour éviter la douleur; il est évident qu'il en sera de

même dans l'ankylose. Il faut alors explorer attentivement les apophyses des vertèbres cervicales, fixer le tronc dans une position immobile, et chercher à faire mouvoir la tête; on s'assurera alors s'il existe quelque déplacement entre les corps des vertèbres du cou, ou si le déplacement se produit seulement dans les premières dorsales, s'il est dû à une de ces courbures de compensation que nous avons mentionnées.

Pronostic. — Le pronostic du torticolis est variable comme la cause qui l'a produit. Nous ne parlerons donc pas de celui qui est lié à des affections osseuses dont il suit la marche, et dont il n'est qu'un épiphénomène. Quant au torticolis musculaire, il est généralement sans gravité, excepté toutefois dans les cas où il a une durée assez considérable pour entraîner les désordres dont nous avons parlé.

Traitement. — Quand le torticolis musculaire est encore au début, on emploie généralement des frictions calmantes, l'application de la chaleur, la rubéfaction des téguments, etc. Mais, si ces moyens deviennent insuffisants, on sera



FIG. 5. — Section du sterno-mastoïdien.

obligé de recourir à la myotomie (fig. 5). Celle-ci peut se pratiquer séparément, soit sur le faisceau claviculaire, soit sur le faisceau sternal du sterno-mastoïdien, lorsqu'ils sont atteints isolément. Mais ce cas est rare; on est généralement obligé de pratiquer la section de l'un et de l'autre. Cette section doit être faite le plus près possible de la clavicule; on coupe les deux faisceaux l'un après l'autre, en donnant une direction différente à l'instrument, pour éviter la jugulaire antérieure. La réparation se fait ordinairement à l'aide d'un tissu fibreux interposé aux deux bouts, et assez analogue aux intersections fibreuses des muscles de l'abdomen. On achève le traitement par l'application d'un appareil (Minerve) qui reste en place pendant toute la durée de la cicatrisation.

Combattre la maladie locale et agir sur l'état général par les moyens appropriés, chercher à replacer dans sa position normale une vertèbre luxée et comprimant la moelle, tel est le traitement à appliquer au torticolis par tumeur blanche, par cause traumatique.

Quant au torticolis cicatriciel, il suffit, pour le prévenir, de donner une bonne position à la tête pendant la réparation de la plaie, d'exagérer même cette position, pour lutter contre la rétractilité du tissu inodulaire. Lorsque la cicatrice vicieuse est complètement formée, c'est à l'orthopédie seule qu'on peut avoir recours.

obligé de recourir à la myotomie (fig. 5). Celle-ci peut se pratiquer séparément, soit sur le faisceau claviculaire, soit sur le faisceau sternal du sterno-mastoïdien, lorsqu'ils sont atteints isolément. Mais ce cas est rare; on est généralement obligé de pratiquer la section de l'un et de l'autre. Cette section doit être faite le plus près possible de la clavicule; on coupe les deux faisceaux l'un après l'autre, en

CHAPITRE SECOND

MALADIES DU COU SPÉCIALES A CERTAINS ORGANES, A CERTAINES RÉGIONS.

Nous avons décrit les maladies des os et des articulations avec le mal de Pott. Nous devons parler ici des maladies des vaisseaux du cou, des ganglions lymphatiques, et de celles de quelques organes particuliers: corps thyroïde, larynx et trachée, œsophage et parotide.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DES VAISSEAUX DU COU

Les nombreux vaisseaux artériels et veineux de la région du cou peuvent présenter des plaies et des anévrysmes.

§ 1. — Plaies des vaisseaux.

Les plaies des vaisseaux sont très-graves. Celles des artères entraînent rapidement la mort, à moins qu'on n'intervienne immédiatement. Il faut faire la ligature des deux bouts de l'artère, à cause des nombreuses anastomoses existant entre les artères des deux côtés.

Les plaies des veines jugulaires présentent aussi une grande gravité, non-seulement parce qu'on peut observer l'introduction de l'air dans le système veineux, mais encore parce que la *ligature latérale* (v. Plaies des veines) est quelquefois suivie d'hémorrhagie consécutive. On a recours le plus souvent à la compression.

§ 2. — Anévrysmes.

Le système artériel du cou peut être le siège de nombreux anévrysmes. Ceux-ci peuvent exister sur le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière, et les artères carotides primitive, interne et externe.

Variétés. — On n'observe que des anévrysmes spontanés sur le tronc brachio-céphalique.

La *sous-clavière* est rarement affectée; des anévrysmes spontanés et des anévrysmes artério-veineux peuvent se montrer sur tous les points de l'artère.

La *carotide primitive* peut être le siège d'anévrysmes spontanés, sur-