

témie, dans laquelle du reste les lésions ganglionnaires sont dès le début plus généralisées.

**Traitement.** — Il est peu efficace. L'extirpation des ganglions malades est possible à la rigueur au début lorsque les glandes sont en petit nombre. Mais à ce moment le diagnostic n'est presque jamais fait. Plus tard l'opération devient grave, et elle est généralement suivie de récidive.

Le traitement général est celui des engorgements scrofuleux; s'il a donné souvent des succès, c'est peut-être qu'il ne s'agissait pas de véritables lymphadénomes. On recommande aussi le phosphore, l'arsenic à l'intérieur, les injections interstitielles de solutions arsenicales. (Voyez tome I, page 255.)

### III

#### MALADIES DES MUSCLES DU COU.

La pathologie des muscles du cou est fort limitée.

1° LEURS AFFECTIONS TRAUMATIQUES ne méritent pas de nous arrêter. Rappelons seulement que le grand muscle du cou, le sterno-cléido-mastoïdien, est sujet à des ruptures qui se produisent spécialement chez les nouveau-nés pendant un accouchement laborieux. La présentation des fesses (Blachez), l'emploi du forceps (Stromeyer), seraient les causes prochaines de l'accident. Des hématomes de forme et de dimensions variables se produiraient dans les mêmes conditions dans la gaine du muscle (trachélatome de Tordens); ils pourraient se terminer au bout de quelques mois par une sclérose partielle du muscle (myosclérose, Bohn-Henoch).

2° LA SYPHILIS DES MUSCLES trouve dans le sterno-cléido-mastoïdien un siège de prédilection. On ne l'a pas signalée dans les autres muscles du cou. Lecuyer en a rassemblé quinze cas dans sa thèse inaugurale (1881). Deux appartenaient à des nouveau-nés et seraient la conséquence de la syphilis héréditaire; mais ils sont contestables. Il s'agissait probablement d'hématomes ou de ruptures incomplètes du muscle. Les treize autres s'étaient montrés chez des adultes dont l'âge varie entre vingt-cinq et soixante-quatre ans. Les observations recueillies sur des femmes sont en majorité : neuf. Le plus grand

nombre des malades avait suivi un traitement incomplet au cours de la syphilis.

Tantôt il s'agit d'une myosite scléreuse diffuse, qui occupe toute la longueur du muscle ainsi transformé en une corde dure et rigide, ou une partie seulement de ce muscle. Tantôt il y a de véritables gomme, en nombre variable. On sent une, deux et quelquefois un plus grand nombre de tumeurs dures arrondies. Elles font corps avec le muscle, et se montrent à toutes les hauteurs : les unes au niveau des insertions inférieures, certaines dans la région moyenne, les autres en haut. Bouisson a vu les deux sterno-cléido-mastoïdiens affectés à la fois.

La tumeur cause peu de gêne. Elle est indolente; les mouvements sont assez bien conservés, même si les tumeurs gommeuses sont nombreuses et étendues.

Après une période d'induration pendant laquelle la peau reste longtemps libre sur les parties malades, survient si l'affection n'est pas traitée à temps, une période de ramollissement et d'ulcération dans laquelle la peau prend des adhérences à la tumeur, s'enflamme et finalement se perforé.

Les gomme sont évacuées à la façon ordinaire, en laissant à leur place une perte de substance profonde.

Le diagnostic des gomme du sterno-cléido-mastoïdien ne présente aucune difficulté sérieuse. Les tumeurs des muscles en général, celles du sterno-cléido-mastoïdien en particulier, sont très rares. Quand elles sont très dures, ligneuses, ou étendues à une grande partie du muscle, ce sont toujours des lésions syphilitiques. Ni un kyste hydatique ni une tumeur érectile (Desprès en cite une dans le sterno-mastoïdien) ne ressemblent, à ce point de vue, aux gomme musculaires. Dès que l'on aura bien constaté que la tumeur fait réellement corps avec le muscle, le diagnostic sera donc fait. L'hématome du muscle, lorsqu'il a subi la transformation fibreuse, pourrait seul causer quelque embarras; mais il s'agit d'une affection des nouveau-nés. Les renseignements sur une syphilis antérieure, l'influence du traitement spécifique, auraient évidemment, en cas de besoin, la plus grande importance. Il semble difficile de confondre la gomme ulcérée du sterno-cléido-mastoïdien soit avec le cancer, soit avec un abcès froid. — Le traitement n'a rien de spécial; c'est celui de la syphilis tertiaire.

3° **TORTICOLIS.** — Le terme *torticolis* n'a qu'une valeur symptomatique. Il s'applique dans le langage médical, aussi bien que dans le langage vulgaire, à toute position vicieuse de la tête. Or ces déviations se produisent d'une façon passagère ou permanente, sous des influences nombreuses et absolument dissemblables.

On peut dire avec Nélaton qu'il y a deux variétés très tranchées de *torticolis*, le *torticolis* non musculaire et le *torticolis* musculaire.

#### A. TORTICOLIS NON MUSCULAIRE.

Il dépend des altérations de la peau, des os et des articulations de la région cervicale; d'où les noms de *torticolis* cutané, osseux, articulaire.

Le *torticolis cutané* n'est autre chose que l'état de déviation de la tête qui arrive sous l'influence des cicatrices vicieuses du cou. Des phlegmons gangreneux, la pustule maligne, le lupus, des abcès tuberculeux qui ont pendant longtemps entretenu de vastes décollements, enfin et surtout les brûlures conduisent à la formation d'un tissu inodulaire qui se rétracte et fixe solidement la tête dans une position invariable.

Nous exposerons, à propos des brûlures du cou, le traitement de ces cicatrices vicieuses.

Le *torticolis osseux et articulaire* a deux causes principales: un traumatisme de la colonne cervicale, ou une arthrite cervicale.

Les déformations traumatiques, suites de luxation ou de fracture de la colonne, ont été suffisamment étudiées dans le tome II de cet ouvrage.

Les arthrites cervicales peuvent être rhumatismales. La plupart du temps celles qui déterminent le *torticolis* sont des arthrites tuberculeuses: spondylites ou mal sous-occipital dans certains cas, arthrites cervicales dans d'autres. La tête fortement inclinée, souvent appuyée sur l'épaule, est immobilisée par la contracture réflexe de tous les muscles de la région. On pourrait dire que dans ces positions vicieuses l'altération osseuse est la cause éloignée et l'action musculaire la cause prochaine de la déviation. Mais il suffit qu'il existe une lésion articulaire pour qu'à tous les points de vue cette affection soit séparée du *torticolis* musculaire.

#### B. TORTICOLIS MUSCULAIRE.

Sous ce titre sont réunis partout deux affections absolument distinctes: le *torticolis* intermittent et le *torticolis* proprement dit; or rien n'autorise à confondre ces deux affections. Leur étiologie n'est pas la même, elles ne s'accompagnent pas des mêmes altérations; leurs symptômes et leur marche sont tout à fait différents; elles ne se transforment pas l'une dans l'autre. Leur traitement n'a rien de commun. Nous le décrirons donc séparément.

##### § 1. *Torticolis* proprement dit.

Tout le monde connaît les deux formes vulgaires du *torticolis* ordinaire. Dans l'une, *torticolis aigu, passager, rhumatismal, etc.*, la tête s'incline et se fixe pour quelques jours dans une position anormale, à la suite d'un coup de froid, d'un phlegmon adéno-pathique, d'un anthrax, etc. Au bout de peu de temps, retour à l'état normal. L'autre forme est bien différente: *torticolis permanent*. C'est un état définitif, dans lequel la tête est inclinée sur une épaule, le plus souvent l'épaule droite, tandis que le menton regarde du côté opposé. Ici aucune douleur si l'on essaye de redresser la tête; seulement on est arrêté dans ces tentatives par la résistance de certains muscles, qui semblent raccourcis d'une manière définitive. Le sterno-cléido-mastoïdien est le plus souvent atteint; mais les autres muscles du cou participent dans bien des cas à la maladie.

Il suffirait de citer, pour l'éliminer tout de suite de cette étude, la forme aiguë et passagère, si la forme permanente n'avait pas avec elle des rapports étiologiques importants. Dans notre description nous ne viserons que cette dernière.

**Étiologie.** — L'étiologie du *torticolis* est encore insuffisamment connue. Tandis que quelques auteurs semblent disposés à en faire une affection congénitale comme le pied bot, ou du moins contemporaine de la naissance, beaucoup d'autres la croient presque toujours acquise. En réalité les deux espèces étiologiques coexistent. Elles ne sont même pas essentiellement différentes l'une de l'autre, fait qui ne saurait nous étonner, car les mêmes causes peuvent agir sur les

organes, de la même façon, pendant la vie intra-utérine et après la naissance.

*a. Torticolis acquis.* — On lui décrit deux variétés : l'une commune par contracture ou rétraction musculaire, — l'autre exceptionnelle, fort rare si elle existe, par paralysie.

La *contracture permanente* ou la *rétraction musculaire* du torticolis acquis est rapportée le plus souvent à l'action du froid, aux traumatismes, aux lésions inflammatoires qui frappent directement sur le muscle. On a suivi quelquefois la marche de la maladie, et on l'a vue commencer par un torticolis aigu. Mais souvent les commémoratifs manquent et l'on est réduit à admettre cette explication sous la forme d'hypothèse. Il est vraisemblable que dans les cas de ce genre, il s'est fait une *myosite* plus ou moins grave qui, sans qu'on puisse dire pourquoi, aboutit à la rétraction musculaire.

Les phlegmons du cou, si communs au voisinage du sterno-cléido-mastoïdien, produisent un torticolis passager qui peut passer à l'état permanent. Il y a certainement là, dans quelques cas, une inflammation propagée du foyer primitif au muscle voisin. La myosite était bien évidente dans un cas très connu de Dolbeau (*Gaz. des hôp.*, 1860). Le torticolis avait succédé à l'envahissement de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien par la suppuration provenant de la fonte de tubercules pulmonaires. Il y a enfin des torticolis qui dépendraient de myosites syphilitiques du sterno-cléido-mastoïdien (Ricord).

Peut-on placer l'origine du torticolis dans des *névrites* consécutives à des altérations des centres nerveux, ou à des lésions des nerfs périphériques? On observe quelquefois au cou, à la suite de l'hémorragie cérébrale, des hémiplégiés qui se terminent par contracture et même par la rétraction des muscles, comme cela se voit si souvent du côté des membres. Il est vrai que ce n'est pas là une forme habituelle de l'affection. Les parents rapportent souvent le début du torticolis à des convulsions de l'enfance. Stromeyer attribue certains torticolis à la lésion, par le forceps, des nerfs qui se distribuent dans le sterno-cléido-mastoïdien.

Il y a enfin une place à faire pour des contractures permanentes, qui succéderaient à une *contracture habituelle* et longtemps prolongée, sans qu'on puisse songer ni à une myosite primitive ou propagée, ni à des troubles trophiques par lésions nerveuses. C'est ainsi que l'on explique le torticolis qui se montre à la suite de l'astygma-

tisme et après les paralysies des muscles de l'œil. C'est ainsi encore qu'agiraient des plaies de la tête et du cou, ou des phlegmons trop éloignés du cou pour que l'on puisse songer à une myosite propagée. Il pourrait bien se faire que des arthrites rhumatismales, légères et bientôt guéries, aient été quelquefois le point de départ de l'affection.

La *paralysie d'un muscle sterno-cléido-mastoïdien* a été indiquée par Fleury (1858). L'autre muscle restant sans contrepoids entraînerait la tête de son côté de la même façon que s'il était contracturé. Cette variété souvent contestée est admise par de Saint-Germain. Le type de cette déviation paralytique est réalisé dans certaines affections par la déviation conjuguée de la tête, des yeux. Pourrait-il à la longue se produire ici ce que Dally a désigné sous le nom de *rétraction par adaptation*, c'est-à-dire un raccourcissement définitif du muscle qui n'est plus contenu par son antagoniste, raccourcissement tel que si le muscle paralysé recouvrait toute son action, l'autre resterait quand même contracturé et maintiendrait la déviation? Il nous est impossible de répondre par des faits à cette question.

On observe des torticolis paralytiques dans des conditions exceptionnelles et qui ne se rapportent guère à notre sujet au cours d'affections sérieuses du système nerveux, par exemple dans la méningite tuberculeuse, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie pseudo-hypertrophique. Mais, nous le répétons, ces paralysies, de même que les contractures qui succèdent aux hémorragies cérébrales, n'ont qu'un rapport fort éloigné avec le torticolis commun.

*b. Torticolis congénital.* — Dans un grand nombre de cas, le torticolis est observé à la naissance, ou bien peu de temps après. Il nous est du reste impossible de dire dans quelle proportion. Beaucoup de ces faits se rapporteraient, d'après Stromeyer, à des lésions survenues pendant l'accouchement : l'application du forceps aurait déterminé la déchirure ou la contusion du sterno-cléido-mastoïdien ou de ses nerfs. Blachez, en démontrant qu'après les accouchements avec présentation du siège ou des pieds, on trouvait assez souvent des ruptures du sterno-cléido-mastoïdien, pensa avoir découvert la véritable étiologie de la plupart des torticolis dits congénitaux. Mais précisément l'expérience a montré que ces lésions guérissent généralement sans déviation de la tête. On pourrait rassembler tous ces faits sous la dénomination de *Torticolis obstétrical*. Plusieurs

raisons font penser que le torticolis peut être réellement congénital, *intra-utérin*; ce sont surtout : 1° la prédominance de l'affection d'un côté, le droit, ce qui semble en rapport avec une position fœtale habituelle; 2° l'existence bien constatée, peu de jours après la naissance, de lésions musculaires qui remontaient certainement à une époque lointaine; enfin 3° l'hérédité de la maladie, notée par Dieffenbach au moins une fois. Lorsque le torticolis accompagne le strabisme congénital, ou, comme G. Fischer l'a vu, des rétractions musculaires de la jambe et de l'avant-bras, il est difficile de ne pas placer son origine dans des troubles primitifs de l'innervation. Dans les autres cas, il faut avouer que la cause prochaine de l'affection nous échappe complètement.

Quelles que soient les explications que l'on puisse donner du torticolis, il ne faut pas oublier qu'il s'agit souvent d'une maladie de l'enfance, sinon d'une maladie congénitale. Le muscle est saisi pendant qu'il est encore à l'état de croissance. L'influence qu'il subit, alors même qu'elle n'altère pas fondamentalement son tissu, peut avoir pour effet de mettre obstacle à son développement normal. On connaît pourtant quelques torticolis développés à l'âge adulte.

**Lésions anatomiques.** — Il n'a été fait qu'un bien petit nombre d'autopsies, presque toutes de torticolis congénitaux. Les résultats ne sont pas absolument constants. L'examen a toujours porté à peu près uniquement sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui a été trouvé raccourci; le plus souvent il était en même temps plus ou moins altéré dans sa structure, jusqu'au point d'être transformé en une corde fibreuse (Heusinger, 1826). Quelquefois il avait au contraire conservé son aspect normal; il était seulement plus court (Bouvier). Des recherches nouvelles seraient bien nécessaires. Il n'est pas démontré le moins du monde que les torticolis chroniques même fort anciens s'accompagnent forcément d'une véritable rétraction musculaire, c'est-à-dire de sclérose interstitielle avec perte plus ou moins complète des faisceaux musculaires. On sait au contraire que de simples contractures musculaires peuvent durer fort longtemps pendant des mois et des années peut-être sans que la substance du muscle soit notablement altérée.

On a discuté longuement (Malgaigne, Dieffenbach) la question de savoir si les deux faisceaux du sterno-mastoïdien étaient également pris. Les autopsies n'étant pas assez nombreuses pour fournir à ce

sujet des renseignements suffisants, c'est au raisonnement, à l'examen du malade, aux résultats des opérations que l'on s'est adressé. Il faut convenir que le problème n'a pas reçu une solution suffisante. Il semble résulter des faits observés que la contracture est fréquemment limitée au faisceau sternal; qu'elle est parfois commune aux deux faisceaux et qu'elle frappe beaucoup plus rarement sur le faisceau claviculaire isolément.

Du côté de la colonne cervicale, les diverses autopsies n'ont jamais révélé de lésions bien sérieuses. Souvent l'intégrité des vertèbres est à peu près parfaite; quand il existe une déformation, elle est légère et se borne à un tassement latéral.

On a noté plusieurs fois directement l'excès de développement des os de la face et du crâne dont nous parlerons tout à l'heure. Broca pensait que cette atrophie pouvait s'étendre au cerveau, et de Saint-Germain, qui a trouvé en général très arriérés les enfants atteints de torticolis réputé congénital, est disposé à partager cette opinion.

L'explication généralement admise de l'atrophie de la tête est que la circulation du sang se trouve gênée dans la carotide primitive, à la suite de l'inflexion qu'elle subit; mais il ne s'agit là, on le comprend, que d'une simple hypothèse.

**Symptômes.** — La déviation de la tête constitue le principal symptôme et presque toute la maladie. On la trouve avec le même caractère dans le torticolis passager ou rhumatismal et dans le torticolis chronique; mais tandis que le premier s'accompagne de douleur et d'une fièvre plus ou moins vive, le second est absolument indolent. Nous n'avons à décrire que le torticolis chronique ou permanent.

La position la plus commune de la tête, la position classique, est celle qui correspond à la contracture ou à la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit. La tête est inclinée à droite, l'oreille rapprochée de l'épaule en même temps que le menton est porté à gauche par un mouvement de rotation de la face. Le cou existe à peine du côté de l'inclinaison. Il résulte de cette déviation complexe que les différentes parties de la face ont absolument changé de position relative; ainsi l'œil droit est au-dessous de l'œil gauche, et en avant de lui.

Le malade ne peut redresser la tête; si le chirurgien essaye lui-même d'opérer le redressement au moyen de tractions modérées, il

ne produit aucune douleur, mais il est arrêté tout de suite par la résistance du sterno-cléido-mastoïdien, que l'on sent quelquefois épaissi, d'autres fois avec son volume normal, mais toujours tendu comme une corde.

L'incurvation de la colonne cervicale résultant de l'inclinaison de la tête est accompagnée dans la majorité des cas d'une courbe de compensation au niveau de la région dorsale supérieure; une scoliose véritable peut ainsi s'ajouter à la difformité du cou. L'épaule droite est relevée, la gauche abaissée; c'est encore une attitude de compensation.

On est souvent frappé tout de suite par l'asymétrie de la face. Comparé au côté gauche, le côté droit est manifestement plus petit. La bouche, la narine, la fente palpébrale sont moins développées. L'os malaire est moins saillant, la joue moins forte. Les dents restent plus petites. Il y a eu évidemment arrêt de développement de ce côté. Il est à peine nécessaire de dire que ces lésions ne s'observent que dans les torticolis qui datent de l'enfance. On dit avoir rencontré quelquefois du strabisme et des troubles de la vue. Il n'est pas bien prouvé qu'ils dépendissent du torticolis.

Le tableau symptomatique est un peu différent lorsqu'un autre muscle que le sterno-cléido-mastoïdien est atteint de contracture. Gooch, au siècle dernier, a décrit le torticolis par contracture du peaucier, dans lequel, suivant que l'affection siège d'un seul côté ou des deux, la tête est inclinée latéralement mais sans rotation ou directement en avant et en bas. La peau est ordinairement froncée au niveau du muscle contracté. Duchenne a fait voir que le trapèze pouvait être contracturé, d'où le redressement de la tête combiné avec la rotation du côté opposé à la contracture comme dans le torticolis du sterno-cléido-mastoïdien. Dieffenbach a observé la contracture du splénius, dans laquelle le malade renverse la tête en arrière et la tourne du côté du muscle contracturé.

Il arrive que plusieurs muscles sont contracturés à la fois; et que les déviations sont par suite complexes. Delore a récemment insisté sur la fréquence des contractures des muscles postérieurs du cou. Pour lui, le trapèze, le splénius, les complexus, le long du cou, les scalènes jouent le rôle principal.

Malgré tout, que le rôle du sterno-cléido-mastoïdien soit principal ou accessoire, la déviation qui lui appartient est presque toujours

prédominante; elle mérite d'être conservée comme le type classique du torticolis.

Le *torticolis paralytique* présente la même déviation que le torticolis par contracture; mais la tête pourrait être ramenée sans trop de peine à sa position normale avec la main; elle reviendrait, dès qu'on l'abandonne à elle-même, dans sa situation première.

**Diagnostic.** — Un *torticolis aigu*, datant de quelques jours, est facile à reconnaître; mais il est intéressant de chercher quelle en est la cause. S'agit-il d'un véritable torticolis musculaire ou bien d'une contracture réflexe consécutive à une lésion voisine: phlegmon, arthrite rhumatismale ou autre?

Le *torticolis musculaire permanent* doit être séparé avec soin du torticolis symptomatique des tumeurs blanches de la région cervicale. A vrai dire, le diagnostic est généralement facile. La recherche des douleurs spontanées ou provoquées fournit les principaux renseignements. D'ordinaire, dans toute tumeur blanche, le malade accuse une douleur sourde et profonde. De plus, il existe un point sur lequel la pression détermine une vive souffrance. Les mouvements spontanés et les mouvements provoqués surtout sont très douloureux. C'est à peine si après un repos prolongé on peut imprimer quelques légères oscillations à la tête, sans provoquer les cris et la résistance du malade. Dans le torticolis proprement dit, rien de semblable. Il n'y a pas de douleur spontanée et les mouvements sont arrêtés par la seule résistance des parties.

Il faut beaucoup moins compter sur le gonflement des vertèbres, la saillie des apophyses épineuses, etc., qui communes, il est vrai, dans les tumeurs blanches cervicales, peuvent manquer totalement.

Dans le torticolis osseux, l'attitude caractéristique: l'inclinaison d'un côté avec rotation du menton du côté opposé, s'observe rarement; la tête est plutôt inclinée simplement sur le côté ou en avant; mais elle peut parfaitement prendre l'attitude exacte du torticolis vrai, et nous avons vu d'ailleurs que dans celui-ci divers muscles peuvent en combinant leur contracture donner lieu à des déviations variées.

C'est donc sur la douleur, en l'absence des signes physiques indiquant une lésion osseuse, que se base principalement le diagnostic. Si le torticolis avait succédé à une arthrite cervicale ou à une arthrite sous-occipitale actuellement guérie par ankylose, il serait à peu près

impossible, en l'absence de tout commémoratif, de diagnostiquer la lésion articulaire.

On pourra soupçonner quels sont les muscles lésés d'après l'attitude vicieuse; on les reconnaîtra directement au palper; ils sont plus durs, plus tendus que ceux de l'autre côté. Enfin ils ne répondent pas, d'une façon complète tout au moins, à l'excitation galvanique.

**Traitement.** — Nous n'avons pas à insister sur le traitement du torticolis aigu : variable avec la cause qui le produit, il comporte surtout l'emploi de la chaleur, des antiphlogistiques, des révulsifs, de l'électricité. C'est le traitement banal de la contracture musculaire.

Le torticolis musculaire chronique présente des indications un peu différentes suivant les cas. Si le muscle était toujours à l'état de rétraction, il serait inutile d'essayer contre lui quoi que ce soit, avant d'arriver à une opération chirurgicale. Mais on est appelé quelquefois à intervenir alors que la maladie plus ou moins ancienne est encore curable par des moyens simples. Après des semaines et des mois, le muscle, comme nous le disions plus haut, n'a pas toujours subi une modification trop profonde dans sa structure. On pourra donc commencer par essayer l'électrisation. Duchenne (de Boulogne) a fixé sur ce point comme sur tant d'autres les règles de l'intervention.

Le massage des muscles malades donne souvent, surtout entre les mains de médecins exercés à sa pratique, d'excellents résultats. L'opérateur, placé derrière le patient, appuie le pouce sur les apophyses cervicales de la région, et exécute de haut en bas sur le sterno-cléido-mastoïdien, pour citer le muscle le plus souvent atteint, des pressions d'abord très légères (effleurage), puis d'intensité croissante; on arrive enfin à un véritable *pétrissage* dans lequel le muscle, saisi entre les bouts des doigts et la paume de la main, est comprimé, tiré en dehors, malaxé dans tous les sens; on doit donner à ces dernières manœuvres une durée de 5 à 10 minutes.

Un traitement orthopédique consistant dans l'extension graduelle de la tête avec la main ou avec des machines appropriées, paraît inférieur au massage ainsi pratiqué.

Lorsque ces divers moyens auront échoué, il faudra en venir résolument à l'opération. Le torticolis guérit par la section du muscle ré-

tracté et par l'emploi consécutif de moyens orthopédiques. L'opération, faite pour la première fois en 1822 par Dupuytren, consiste dans la section sous-cutanée du muscle sterno-cléido-mastoïdien; ordinairement la section du faisceau sternal suffit parfaitement. Le malade étant endormi, surtout si c'est un enfant, la tête tirée du côté sain de façon à faire saillir le muscle le plus possible, on plonge sous la peau la pointe d'un ténotome à un ou deux centimètres au-dessus du bord supérieur du sternum, au niveau du bord externe du tendon sternal. Lorsqu'on a pénétré jusque sur le tendon, on remplace la lame pointue du ténotome par une lame boutonnée que l'on fait pénétrer par glissement soit à la face postérieure, soit à la face antérieure du tendon. Le muscle est alors coupé d'arrière en avant dans le premier cas, d'avant en arrière dans le second. On s'assure que toutes les fibres sont bien coupées en redressant la tête; on rompt au besoin, dans ce mouvement, ce qui résiste encore; c'est parfois la gaine épaissie du muscle; on ferme soigneusement la plaie, et la tête étant bien immobilisée, on attend quelques jours avant de recourir à l'emploi des moyens orthopédiques.

Les dangers de l'opération sont insignifiants. Le seul cas de mort qui soit connu (Robert) arriva par infection purulente, à la suite de la lésion de la veine jugulaire externe. Cette lésion des veines est facile à éviter; elle a été notée bien rarement. Blessât-on d'ailleurs la veine jugulaire externe, il est probable que le danger ne serait pas 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.

On pourrait, si l'on se trouvait dans l'impossibilité de se procurer un appareil quelconque, avoir recours, pour maintenir la tête, à un appareil plâtré construit de façon à emboîter la tête, le cou et les épaules, ou bien à une coiffe de toile munie de haubans qui viendraient se fixer à un bandage de corps ; mais le torticolis n'étant pas une affection dangereuse par elle-même, ni qui réclame un traitement immédiat, le chirurgien fera bien de se mettre toujours dans les meilleures conditions instrumentales et ne se chargera pas d'une opération qu'il ne pourrait pas, faute d'appareils convenables, conduire à bonne fin.

Les appareils de redressement et de contention devront en général être conservés pendant deux ou trois mois. Même alors les opérés ne 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 *T. 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. 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 (1880), 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.

## 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<sup>o</sup> ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE.

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