

ment retenti au sein des académies ; mais il faut aussi reconnaître que ce moyen n'est pas sans dangers, et il n'est personne qui ne sache la malheureuse issue de plusieurs opérations de ce genre, exécutées par des hommes dont la capacité et les talents ne peuvent être révoqués en doute.

---

## ARTICLE XII.

### DE LA SECTION DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN POUR GUÉRIR LE TORTICOLIS ANCIEN.

Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui se présentent avec une flexion involontaire, souvent douloureuse, ordinairement passagère, quelquefois très prolongée et même permanente de la tête à droite ou à gauche. Les causes qui donnent lieu à cette difformité sont de diverses espèces. Ainsi elle peut dépendre du spasme tonique du muscle sterno-cléido-mastoïdien en totalité ou seulement d'une de ses portions, de la paralysie du même muscle du côté opposé à celui vers lequel est tournée la face ; elle peut encore se rattacher à la luxation incomplète, au développement inégal des vertèbres cervicales, à une cicatrice profonde, à une grande perte de substance de la peau, enfin à une position vicieuse. Il ne sera question ici que de l'inclinaison qui tient à la contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Un grand nombre de moyens ont été proposés pour guérir les contractions violentes du muscle sterno-cléido-mastoïdien. M. Dupuytren a exécuté plusieurs fois avec succès la section de l'organe rétracté. Le plus ordinairement, cette opération a diminué assez la puissance du muscle pour que la tête reprît sa rectitude normale ; quelquefois cependant, la cicatrice étant faite, et l'extrémité des fibres charnues divisées ayant repris leur continuité, la distorsion du cou s'est reproduite. Ces derniers cas sont, il est vrai, très rares. Il est à remarquer que le muscle sterno-mastoïdien ne perd

pas entièrement ses fonctions ; car, s'il en était ainsi, on ne ferait, en détruisant la puissance de l'un de ces organes, que substituer un torticolis par paralysie à un torticolis par contracture.

Les fibres charnues s'unissent donc de nouveau, après l'opération, au moyen d'un tissu cellulo-fibreux plus ou moins dense, qui sert de point d'appui à leur action, et par l'intermédiaire de laquelle les mouvements sont ensuite exécutés.

Le procédé de M. Dupuytren, quoique mis à exécution sur un certain nombre de sujets, n'a bien été connu, par une singularité remarquable, qu'en Allemagne et en Angleterre. L'article inséré par M. Dezeimeris dans *l'Expérience* du 20 avril 1839 établit d'une manière incontestable les justes droits de ce grand chirurgien à la priorité de cette opération.

Dans la plupart des cas, dit Richter, il suffit, pour remédier à cette difformité, de couper la portion du muscle qui s'attache au sternum. Mais si l'on remarque que la portion claviculaire soit plus tendue que l'autre, on peut commencer par couper celle-là ; et si, après la section isolée de l'une des portions, la tête reste fortement inclinée, on peut faire la section de la seconde. Aussitôt après l'opération, la tête reprend plus ou moins sa direction naturelle ; il est néanmoins presque toujours nécessaire de la maintenir dans cette position au moyen de machines ou de bandages jusqu'à la guérison complète de la plaie (1).

Ce procédé, complètement inconnu en France, consistait d'ailleurs dans la section en travers, lorsqu'en 1822 M. Dupuytren introduisit une importante modification que nous allons faire connaître, et qu'on peut à juste titre considérer comme une invention.

OBS. I. — *Torticolis à droite. — Courbure de l'épine. — Ponction à la peau près du bord interne et de l'attache inférieure du sterno-mastoïdien. — Section du muscle d'arrière en avant sans intéresser la peau. — Guérison. — En*

(1) Richter. *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*. Band, IV, Kap. II, § 385, page 271.



1822, on reçut à l'Hôtel-Dieu de Paris une jeune fille d'une douzaine d'années, affectée de torticolis au plus haut degré, avec courbure de l'épine. La convexité de la colonne vertébrale était à droite, la concavité à gauche. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit était dans un état de rétraction permanente et d'inflexibilité portée au plus haut degré. Les topiques relâchants et le massage n'avaient rien pu contre cette disposition. M. Dupuytren se détermina à faire la section du muscle, opération qu'il avait déjà pratiquée plusieurs fois avec succès. Pour éviter une grande cicatrice, il procéda comme avait fait Cooper pour la section du nerf sus-orbitaire; il fit, tout près du bord interne et de l'attache inférieure du sterno-mastoïdien, une ponction à la peau, à travers laquelle il introduisit sur la face postérieure du muscle et à plat un bistouri *boutonné*, dont il conduisit l'extrémité jusqu'au-delà du bord externe du faisceau cléido-mastoïdien; puis tournant le tranchant de l'instrument vers le muscle, il le coupa d'arrière en avant sans couper la peau. La tête put reprendre aussitôt sa position naturelle. L'opération ne fut pas suivie du moindre accident.

Pour vaincre la tendance de la clavicule à se porter en haut, et celle de la tête à revenir à la direction anormale qu'on venait de faire cesser, la main droite fut attachée au pied du même côté, et la tête, entourée de bandes circulaires, fut maintenue au moyen d'une autre bande, passant sous l'aisselle du côté gauche. Au bout de treize jours, il ne restait plus à la jeune malade, dégagée de tout bandage, qu'une très légère inflexion de la tête à droite, mais avec possibilité de la tourner dans tous les sens et de la maintenir dans la direction naturelle. La malade sortit de l'hôpital le vingt-troisième jour après l'opération, offrant, comme le fit remarquer avec beaucoup de justesse M. Dupuytren, un nouvel exemple de guérison complète et radicale du torticolis (1).

(1) Ammon. — *Parallele der Französischen und Deutschen chirurgie*. Leipzig. 1823, page 374

Cette observation fort intéressante, qui passa inaperçue en France au milieu du nombre considérable de faits curieux que présentait sans cesse la Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, eut cependant un grand retentissement au dehors. Après sa publication en Allemagne par Ammon, témoin oculaire, elle fut presque aussitôt publiée en Angleterre par Averill. (*A short treatise on operative surgery, by Charles Averill, London, 1823*), dans l'ouvrage duquel elle fut reprise par Froriep, de Weimar, qui l'inséra dans ses *Notizen aus dens Gebiete der nature-und heilkunde*, n° 97, sept. 1823, t. V, p. 142). Michaelis, de Berlin, chargé de recueillir, pour le journal de Græfe et Walther, les faits nouveaux qui apparaissent dans la littérature chirurgicale, ne la laissa point échapper, et elle fut reproduite textuellement dans ce journal. (*Journal der chirurgie und Angenheilkunde, 1824, t. V, n° 4, p. 723*). De là elle passa dans d'autres recueils.

On voit qu'il y a peu de faits qui reçoivent une aussi grande publicité que celle qu'obtint l'opération de M. Dupuytren; aussi, quand on l'a pratiquée depuis en Allemagne ou en Angleterre, l'a-t-on qualifiée de méthode de Dupuytren.

On doit considérer, disait en 1830 M. Dieffenbach, comme une découverte importante de chirurgie la méthode aussi simple qu'avantageuse inventée par M. Dupuytren, méthode qui rend toutes les autres désormais inutiles. Il fait une ponction à la peau avec un bistouri très étroit, introduit dans cette ouverture un bistouri à fistule de Pott, conduit cet instrument derrière le muscle tendu, puis coupe ce muscle d'arrière en avant, autant qu'il est nécessaire pour que la tête reprenne sa rectitude naturelle, et retire l'instrument par l'ouverture étroite qu'il a faite sans inciser la peau. Je puis confirmer l'excellence de ce procédé par toute une série de faits dans lesquels je l'ai employé. Dans tous les cas qui se sont présentés à mon observation, la portion sternale du muscle était seule affectée de raccourcissement organique. L'opération fut suivie presque toujours instantanément de succès (Dieffenbach, *In Rust's theoretisch-praktisches hand-*



*buch der chirurgie, etc.*, t. III, 1830, p. 629, art. CAPUT OBSTIPUM.)

Au commencement de 1833, à l'hôpital d'Édimbourg, Syme pratiqua à un enfant de six ans la section de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien, et il fit cette opération au moyen d'une simple ponction à la peau, laquelle permit de porter un bistouri étroit derrière le muscle, qui fut coupé sur les téguments. La plaie qui résulta de l'opération était excessivement petite. La guérison fut immédiate et complète. (*Edinburgh medical and surgical journal*, avril 1833.) La priorité de cette opération est donc désormais acquise à M. Dupuytren, et c'est bien à tort qu'on a cru présenter récemment ce procédé comme une découverte nouvelle. Il suffit d'ailleurs de rappeler en quelques mots l'opération, qui consistait dans la section transversale du muscle, pour établir la différence qu'il y a entre ces deux procédés. Une incision oblique de bas en haut et de dedans en dehors étant faite aux téguments, vers le tiers inférieur du muscle, on glisse, en écartant les lèvres de la plaie, une sonde cannelée sous le faisceau charnu qu'il forme, et d'un seul trait de bistouri l'opération est achevée. La tête étant ensuite replacée à sa rectitude normale, on réunit les lèvres de la division extérieure, et la cicatrisation ne tarde pas à s'en opérer.

Plusieurs chirurgiens distingués, parmi lesquels nous devons citer Boyer, admettant comme un fait incontestable la déformation des vertèbres cervicales, ont pensé qu'il fallait rejeter toute tentative d'opération dans le torticolis qui existe depuis l'enfance, même sur des sujets de douze à quinze ans. Les deux faits que nous allons rapporter ne sont point favorables à cette opinion, puisque l'un établit que la déformation était consécutive à la contracture permanente des muscles, et que la section du muscle l'eût probablement corrigée, et que le second met hors de doute l'intégrité des vertèbres cervicales.

OBS. II. — *Rétraction permanente des muscles du cou.* — *Mort.* — *Autopsie.* — *État des muscles et des vertèbres.* — Pi-

chon, âgé de huit ans, présentant les attributs du tempérament lymphatique, entra le 23 décembre 1826 à l'hôpital des Enfants, service de M. Guersent, pour y être traité de plusieurs affections fort graves qu'il n'est point de notre sujet de faire connaître. Cet enfant était en outre atteint d'une rétraction permanente fort remarquable des muscles du cou. La tête était inclinée à droite, les muscles tendus, non douloureux; cet état existait depuis fort long-temps. Un grand nombre de bains de vapeur furent administrés sans succès. On prescrivit également des onctions avec un liniment composé d'axonge  $\frac{5}{ij}$ , et d'extrait de belladone  $\frac{3ij}{j}$ ; mais la rétraction n'en persista pas moins. Il y avait impossibilité de faire exécuter aucun mouvement au cou; à peine le malade pouvait-il relever un peu le menton, qui était fortement porté en bas et dirigé à gauche, tandis que la partie latérale droite de la tête était très inclinée sur l'épaule droite.

Cet enfant ayant succombé le 7 avril 1827 aux progrès d'un entéro-colite et d'une stomatite gangréneuse, on fit l'autopsie avec beaucoup de soin. La rigidité cadavérique était nulle, mais la roideur du cou persistait. On disséqua minutieusement chaque plan musculaire des deux côtés du cou pour les comparer. Il n'y avait point de différence notable, soit dans le volume, soit dans le nombre des faisceaux musculaires. Chaque plan paraissait avoir suivi la disposition du squelette, aussi leur étendue était plus grande à gauche, moindre à droite. Après la section successive des différentes couches, le cou offrit le même degré d'inclination sur l'épaule droite. Chaque plan musculaire avait pour ainsi dire un certain degré de tension. Tous les muscles enlevés, le rachis resta incliné, et ne put se redresser, lors même qu'on voulait porter la tête à gauche. Les vertèbres étaient disposées d'une manière fixe, suivant la direction que les muscles rétractés leur avaient fait prendre. Les parties latérales droites du rachis étaient un peu dirigées en avant, et les parties latérales gauches un peu en arrière. Les os et les ligaments offraient leur densité ordinaire. Le rachis était normal dans tout le



reste de son étendue (1). La déviation des vertèbres nous paraît avoir été la suite de la contraction permanente des muscles, et spécialement du sterno-mastoïdien. Cette roideur musculaire existait encore jusqu'à un certain point après la mort, elle était due à un spasme tonique qui, par sa permanence, avait en quelque sorte induré les muscles, et il est probable que la section du muscle sterno-mastoïdien, en coupant la corde, eût amélioré le sort du malade.

Le second fait, publié par M. Bouvier dans la *Gazette des hôpitaux*, est relatif à une jeune fille âgée de vingt-deux ans, admise à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde grave, et qui portait depuis son enfance un torticolis du côté droit, caractérisé par une forte inclinaison de la tête sur l'épaule droite, et par la rotation de la face dans le sens opposé. Le sterno-mastoïdien droit était raccourci, tendu, et paraissait moins épais que le gauche. Cette fille ayant succombé au bout de dix jours, M. Bouvier observa dans la dissection du cou les particularités suivantes : le sterno-mastoïdien du côté droit, beaucoup plus mince et plus étroit que le gauche, était presque moitié plus court. Le faisceau claviculaire avait trois pouces de longueur à droite et six pouces à gauche ; le faisceau sternal, long de quatre pouces trois lignes du côté droit, avait sept pouces à gauche. Du côté sain, les fibres charnues offraient l'aspect ordinaire ; à droite, elles étaient très pâles, et tellement réduites, que les fibres aponévrotiques formaient la plus grande partie du muscle. Néanmoins celui-ci se tendait fortement lorsqu'on faisait effort pour redresser la tête du cadavre, et l'on n'aurait pu y parvenir qu'en déterminant sa rupture. Le faisceau sternal était le plus tendu, et opposait une grande résistance dans tous les mouvements qui écartaient la tête de sa situation anormale. Le faisceau claviculaire n'éprouvait de forte tension que lorsqu'on le relevait en arrière et vers le côté opposé. Aussitôt que le premier fut détaché du sternum, le cou fut facilement ramené à une situation presque droite, et quand le

(1) Observation recueillie par M. Cousture.

faisceau claviculaire eut été divisé à son tour, tout obstacle aux mouvements de la tête cessa complètement. Les vertèbres cervicales étaient bien conformées, à l'exception de l'axis, dont le corps était amené à droite.

On a vu que deux procédés avaient été mis en usage pour diviser le muscle sterno-mastoïdien, soit que la section porte sur le muscle entier, ou seulement sur l'un de ses faisceaux ; on peut encore découvrir le muscle au-dessous de son milieu, au moyen d'une incision longitudinale dont on écarte les deux lèvres dans l'étendue nécessaire à la section. Plusieurs conditions doivent influencer sur ces trois procédés, dont les applications varieront nécessairement suivant le degré de raccourcissement, d'amincissement et de tension du muscle affecté, le siège plus spécial de la contraction, le plus ou moins d'isolement de la saillie extérieure du muscle, et le degré d'embonpoint du sujet.

Les conclusions à tirer de ce qui précède sont que le torticolis ancien peut guérir par la section du sterno-mastoïdien, ce qu'avaient d'ailleurs prouvé les observations de Tulpius, Job à Meckren, Blasius, Roouhnyesen, Tenhaaf et Cheselden ; mais ce qu'il importe surtout d'établir, c'est que le traitement de cette difformité, par la section sous-cutanée avec simple ponction des téguments, appartient à M. Dupuytren, et que ce procédé a pour lui le peu de gravité de la lésion qu'il produit, et l'innocuité de ses suites.