

En effet les tumeurs proprement dites indépendantes des organes et des ganglions sont exceptionnelles. Or les ganglions ne siègent pas partout, et il y a le plus ordinairement des tumeurs multiples. Quand on a ainsi éliminé les néoplasmes les plus communs dont les caractères sont connus, on devra alors supposer quelqu'une de ces tumeurs solides que nous avons énumérées. Chacune présente des particularités qui pourront parfois la faire reconnaître : ainsi le carcinome est une affection de l'âge mûr, et il finit par envahir les ganglions; le sarcome, bien rare en dehors des ganglions, apparaît à tous les âges et présente une marche rapide; les fibromes, plus durs, ont un accroissement lent; le lipome mamelonné, cloisonné, se développe lentement, sans douleurs, et adhère rarement aux parties profondes. Dans quelques cas douteux, l'emploi d'un trocart à curette pourra rendre des services.

§ 3. — Déformations du cou et fistules congénitales

1° TORTICOLIS

SYNONYMES. — Caput obstipum. — Cou tors.

Bibliographie. — COSTER, *Manuel des opér. chir.*, 1825, p. 181 (cas de DUPUYTREN). — DIFFENBACH, *Rust's Handb. der Chir.*, Bd. III, p. 623, 1830. — J. GUÉRIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1838. — FLEURY, in *Arch. gén. de méd.*, 1838, p. 78, t. II. — BONNET, *Traité des sections nerveuses et tendineuses*, Paris, 1841. — DIFFENBACH, *Opérat. chirurg.*, Bd. I, p. 784, 1845. — BOUVIER, *Leçons cliniques sur l'app. locomoteur*, p. 85, 1858. — FISCHER, *Deutsche Klinik*, 1870, n° 28. — SCHEDE, in *Arch. de Langenbeck*, t. XII, p. 972, 1871. — DALLY, in *Bull. gén. de thérap.*, 1875. — DELORE, *Gaz. hebdom.*, 1878. — HUETER, *Klinik der Gelenkkrank.*, 1878. — WITZEL, in *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1883, t. VIII, p. 534. — DE SAINT-GERMAIN, *Chir. orthop.*, 1883. — FISCHER, in *Deutsche Chirurgie* de BILLROTH et LUCKE, Lief. 34 (Bibliogr.). Thèses de Paris. — 1844, DEPAUL. — 1867, MUSSON. — 1869, COUILLARD-LABONNOTE. Article TORTICOLIS du *Dictionnaire de Jaccoud*; par J. WEISS.

Définition. — L'inclinaison latérale persistante de la tête sur une épaule, jointe à un mouvement de torsion de la face, porte le nom de torticolis. On en distingue quatre variétés suivant les causes qui le produisent; ce sont : le torticolis cutané, musculaire, osseux et articulaire.

Étiologie. — Nous ne saurions passer en revue les affections multiples qui peuvent donner naissance au torticolis. Disons seulement que selon son origine et sa cause, il est congénital ou acquis, aigu ou chronique. Il ne sera guère question ici que du torticolis acquis et chronique. Pour expliquer les cas congénitaux, on a admis les causes ordinaires des malformations embryonnaires, qui se réduisent à de pures hypothèses. Avant d'aborder l'étude de chacune des variétés du torticolis, nous exposerons sous forme de tableau les causes variées qui les engendrent. Nous en empruntons les éléments au livre de DE SAINT-GERMAIN.

1° Torticolis cutané.	} Brûlures étendues. Affections cutanées, tuberculeuses, syphilitiques, et les cicatrices vicieuses les plus diverses.	
Primitif.....		} Rhumatismal. Lésions intéressant le muscle lui-même (traumatismes, inflammation, myosites syphilitiques. — Hématomes.
2° Torticolis musculaire.		
Secondaire.....	} Paralytique. Spasmodique. Contracture réflexe des angines, phlegmons. Adénites. Méningite. Suite de rotation de la tête dans les maladies cérébrales et les névroses. Par atrophie musculaire progressive localisée ou s'étendant au sterno-mastoïdien. Astigmatisme.	
Torticolis osseux et articulaire consécutif aux :		} Lésions traumatiques du rachis (fractures, luxations). Synovite sous-occipitale unilatérale. Arthrite déformante. Lésions organiques de la colonne cervicale.....
	} Mal sous-occipital. Mal de Pott cervical. Vice de conformation congénital. Asymétrie.	

A. — TORTICOLIS CUTANÉ

Les cicatrices superficielles ou profondes sont quelquefois la cause du torticolis; au premier rang il convient de placer les vastes brûlures; viennent

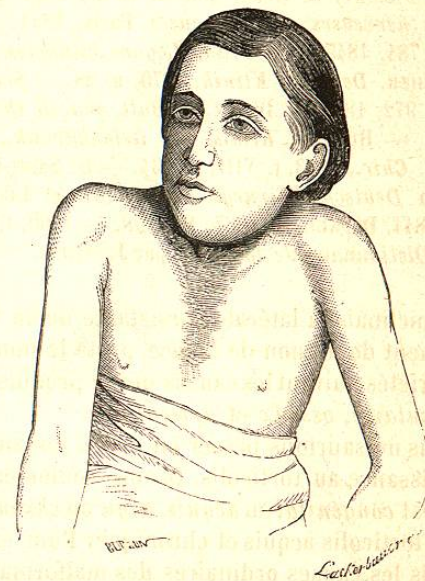


Fig. 161. — Torticolis cutané cicatriciel d'après PÉAN. (Extrait du Bull. de thérap., t. LXXV, p. 301.)

ensuite les traumatismes étendus, les phlegmons gangreneux, l'anthrax, l'érysipèle; la tuberculose et la syphilis sont encore des causes assez fréquentes. Il est à peine besoin de dire que les cicatrices latérales produisent seules le tor-

ticolis vrai, en vertu de la rétractilité toute spéciale du tissu inodulaire. Généralement cette affection se produit lentement, car le tissu de cicatrice n'agit sur la tête et sur la colonne cervicale qu'autant que les parties molles ne cèdent plus à la rétraction; aussi existe-t-il souvent alors des déviations marquées de la commissure correspondante. Presque toujours les cicatrices sont à la fois difformes et vicieuses. Dans certains faits, comme sur la figure 161, qui représente une malade opérée par PÉAN, la tête est enfoncée entre les épaules.

Traitement. — Le chirurgien peut s'opposer, dans une certaine mesure, pendant la cicatrisation au développement des attitudes vicieuses; à cet effet il aura recours aux bandages extensifs; la greffe épidermique rendra aussi en pareil cas des services réels. Dès que la difformité est acquise, il faudra peu compter sur l'extension seule; elle est au contraire un précieux adjuvant de la méthode des incisions simples ou ondulées en zigzag (DECÈS), qui compte un certain nombre de succès. Ce dernier traitement est certainement inférieur aux procédés autoplastiques par glissement (incisions en V multiples), ou par la méthode indirecte, (transplantation de lambeaux pris dans les parties voisines). Malgré toute l'ingéniosité des chirurgiens, les récives ne sont pas rares.

B. — TORTICOLIS MUSCULAIRE

Mécanisme. — Si plusieurs muscles sont susceptibles de produire le torticolis, le sterno-mastoïdien occupe assurément le premier rang. Tel ne serait

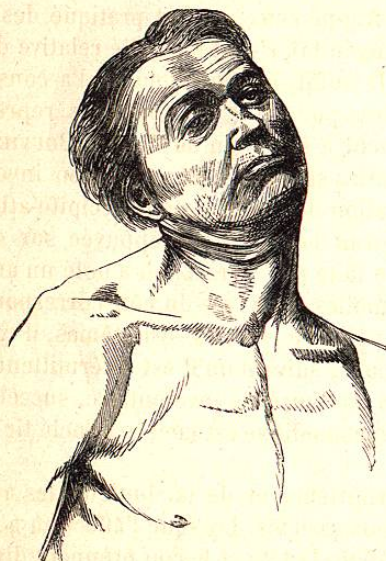


Fig. 162. — Torticolis par contracture du splénius et de l'angulaire de l'omoplate droit.
(Extr. du Bull. de thérap., t. LVIII, p. 243.)

pas l'avis de DELORE qui, dix-huit fois sur vingt-deux cas, a constaté l'altération des muscles postérieurs. On connaît aujourd'hui nombre de cas de tor-

ticolis dus à une lésion du peaucier (GOOCH), du splénius, de l'angulaire de l'omoplate, du trapèze, etc. Deux ou plusieurs muscles s'associent parfois pour produire l'affection. La figure 162 représente une contracture associée du splénius et du grand angulaire.

Toute cause qui amène un défaut persistant d'harmonie et de synergie dans les muscles tend à produire le torticolis. Que l'un des deux muscles devienne plus fort que l'autre, on aura le torticolis par contracture ou rétraction; que l'un devienne plus faible, l'autre restant intact, on se trouve en présence du torticolis paralytique essentiel. Or les travaux modernes ont montré que le torticolis paralytique est très rare.

Anatomie pathologique. — Nous aurons surtout en vue le torticolis consécutif à la rétraction du sterno-mastoïdien: le muscle du côté droit est plus fréquemment intéressé que l'autre, et le faisceau sternal trois fois plus souvent que le chef claviculaire; enfin dans la moitié des cas, d'après BOUVIER, il y aurait une rétraction inégale des deux chefs.

Les autopsies de torticolis sont encore peu nombreuses; les quelques données que la science possède actuellement sur ce sujet sont dues à BOUVIER et aux médecins français; cette partie de la question a été exposée avec beaucoup de soin par WITZEL (1883). Sans entrer dans les détails, nous nous bornerons à dire que dans le torticolis chronique la fibre musculaire disparaît au bout d'un certain temps pour faire place à un tissu fibreux et grasseux. Le muscle est plus court, plus large; son tissu devient nacré, blanchâtre. Généralement d'autres muscles offrent des lésions analogues, à des degrés divers. Un fait qui a surtout frappé ceux qui ont pratiqué des autopsies de torticolis musculaire, même congénital, c'est l'intégrité relative des pièces osseuses de la colonne cervicale. Il suffit, comme BOUVIER l'a constaté, de sectionner les résistances musculaires pour voir les vertèbres reprendre leurs positions. D'ailleurs, contrairement à l'opinion de BOYER, BOUVIER n'a trouvé qu'un léger déplacement de l'atlas sur l'axis. DALLY a bien invoqué, pour expliquer le torticolis, une subluxation de l'articulation occipito-atloïdienne, mais c'est là une hypothèse qui aurait besoin d'être appuyée sur des faits. Maintes fois, comme dans l'autopsie faite par WITZEL, on a noté un arrêt de développement des os et des parties molles de la face du côté correspondant.

Symptômes. — Au point de vue des symptômes, il y a lieu de distinguer deux variétés de torticolis, suivant qu'il est intermittent ou persistant. Le premier, sorte de crampe douloureuse involontaire, succède à des affections nerveuses. Le torticolis spasmodique est encore appelé tic convulsif ou rotatoire de la tête et du cou.

En dehors de l'intermittence et de la douleur, les autres symptômes sont les mêmes dans les deux variétés. Lorsque l'affection a pour cause une rétraction du sterno-mastoïdien, la tête et le cou prennent diverses inclinaisons qui peuvent se décomposer de la façon suivante. 1° En général la tête s'incline sur l'épaule droite qu'elle peut arriver à toucher, c'est-à-dire du côté du muscle malade. 2° La face regarde du côté opposé à la déviation, c'est-à-dire en haut et à gauche. 3° Enfin, par un mouvement de bascule de la tête en arrière, le menton se trouve porté en avant.

La scoliose cervicale gauche est compensée par une courbure cervico-dorsale droite, d'où résulte un abaissement de l'épaule du côté sain. Vient-on à palper la région, on éprouve une résistance absolue pour relever la tête, et l'on sent à la partie antéro-latérale du côté malade une corde dure, saillante sous la peau, qui a été comparée à la corde d'une contrebasse; le relief formé par cette corde permet de passer le doigt au-dessous d'elle; c'est le chef sternal du sterno-mastoïdien qui la constitue. Au contraire, le faisceau claviculaire donne la sensation d'une nappe aponévrotique; du côté opposé le cou semble gonflé, tendu.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent le torticolis chronique sont surtout appréciables à la face; sans doute par suite de la gêne de la nutrition, le côté correspondant de la face est atrophié, plus petit que l'autre; de là une

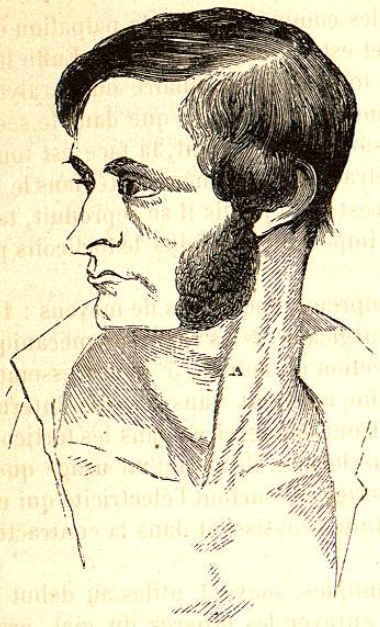


Fig. 163. — Torticolis par contracture des muscles splénius droit et sterno-mastoïdien gauche.
(Extr. du Bull. de thérap., t. XLIX, p. 64.)

asymétrie manifeste des traits; en outre les axes visuels sont déviés et presque toujours on constate du strabisme. La respiration, la phonation subissent également des modifications importantes.

On conçoit aisément que les symptômes sont notablement modifiés quand l'affection intéresse d'autres muscles que le sterno-mastoïdien, en même temps que lui ou sans lui. DUCHENNE a noté un cas de torticolis du trapèze; le malade de DIFFENBACH, qui avait un torticolis du splénius, portait sa tête inclinée en arrière et tournée du côté du muscle contracturé. La figure 163 représente un torticolis par contracture des muscles splénius droit et sterno-mastoïdien gauche.

Diagnostic. — L'aspect caractéristique de la lésion ne permet guère de la confondre avec aucune autre; mais il est souvent moins simple de se prononcer sur la nature, la variété du torticolis et sur les muscles intéressés. Le torticolis osseux et articulaire pourrait en imposer; on a donné comme signe distinctif la différence de rotation de la tête, qui, contrairement à ce que nous avons vu plus haut, se fait en avant, en arrière, ou encore du même côté que l'inclinaison, dans le torticolis osseux. La raideur toute spéciale du cou, la déformation des apophyses épineuses, douloureuses à la pression, l'examen du pharynx, la présence d'abcès, de fistules, l'absence de la corde du sterno-mastoïdien, sont autant de signes précieux pour différencier les deux maladies. Cependant il ne faut pas oublier que les erreurs sont possibles (BOUVIER).

Un examen attentif, les commémoratifs, la palpation et l'électricité permettent de reconnaître quel est le muscle intéressé. Enfin les signes suivants serviront à différencier le torticolis musculaire ou paralytique; dans le premier la tête est inclinée du même côté, tandis que dans le second elle est penchée du côté opposé à la lésion; inversement, la face est tournée du côté opposé dans le torticolis par rétraction et du même côté dans le torticolis paralytique; la réduction de celui-ci est facile, mais il se reproduit, tandis que la réduction de celui-là est presque impossible; de plus le torticolis par paralysie disparaît après anesthésie.

Traitement. — Il comprend cinq sortes de moyens: 1° les traitements palliatifs, médicaux et chirurgicaux; 2° les appareils mécaniques; 3° la myotomie; 4° l'élongation et la résection du spinal; 5° le redressement brusque.

a. Le sulfate de quinine convient dans les cas intermittents; les eaux de NÉRIS, PLOMBIÈRES, rendront des services dans les torticolis spasmodiques peu graves. Quant aux moyens locaux, ils sont d'un usage quotidien. Citons parmi eux les frictions, le massage, et surtout l'électricité qui compte de nombreux succès; les courants induits réussissent dans la contracture, les courants continus, dans la paralysie.

b. Les appareils mécaniques, souvent utiles au début pour lutter contre le muscle rétracté et pour enrayer les progrès du mal, prennent point d'appui sur le bassin et le thorax pour agir sur la tête. Ils constituent surtout de précieux adjuvants de la myotomie. Citons parmi les plus employés les minerves de BOUVIER, de BIGG, l'appareil à triple effet de DE SAINT-GERMAIN, les colliers en cuir moulé (fig. 164), en gutta-percha, etc.

c. La destruction de la bride tendineuse qui détermine la maladie était si naturelle qu'on avait déjà cherché il y a plusieurs siècles à la produire par les caustiques. Plus tard, TULPIUS (1639), ROONHUYSEN (1670), sectionnaient de dehors en dedans le sterno-mastoïdien. Néanmoins il faut arriver jusqu'à DUPUYTREN pour trouver la section sous-cutanée du muscle; ce chirurgien la pratiqua sans s'en douter en quelque sorte, dans le but de ménager la peau de sa jeune malade. Depuis cette époque, DIFFENBACH, STROMEYER, BOUVIER, J. GUÉRIN ont perfectionné la méthode, aujourd'hui classique. On la fait suivre de l'emploi des colliers ou des minerves, appareils qui permettent d'imprimer à la tête des mouvements gradués.

d. MORGAN eut recours dans deux cas à la résection du nerf spinal et obtint une amélioration notable. RIVINGTON, TILLAUX, ANNANDALE ont renouvelé avec succès ces tentatives, et MOSETIG, cité par notre ami WEISS, a guéri un malade par l'élongation bilatérale (1881).

Dans une communication faite à la Société de chirurgie (1884), SCHWARTZ, à propos d'un fait personnel, a pu réunir neuf cas d'élongation et de résection de la branche externe du spinal sur lesquels il y eut un mort. Il nous semble

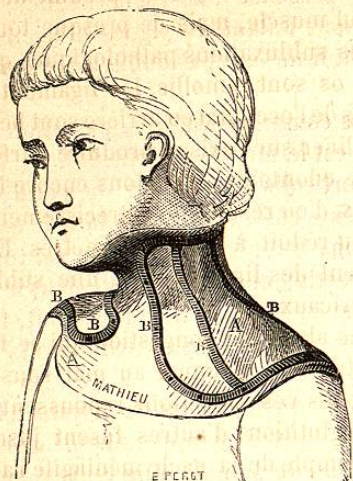


Fig. 161. — Appareil de MATHIEU en cuir moulé pour torticolis

difficile de se prononcer actuellement sur la valeur de ce moyen de traitement qui a échoué plusieurs fois.

e. Dans ces dernières années (1878) DELORE a préconisé le redressement brusque avec les mains, après anesthésie; le malade étant assis par terre et maintenu solidement, on imprime avec prudence des tractions à la tête comme si on voulait l'arracher. Ce moyen a donné des succès manifestes; mais il ne paraît pas inoffensif. La méthode de Sayre et l'appareil plâtré ont été également conseillés; la suspension nous semble dangereuse.

C. — TORTICOLIS OSSEUX ET ARTICULAIRE

Avec DE SAINT-GERMAIN, on peut admettre cinq variétés de torticolis osseux et articulaire, suivant qu'il est consécutif : 1° aux lésions traumatiques; 2° à la synovite sous-occipitale unilatérale; 3° à la tumeur blanche sous-occipitale; 4° à l'arthrite déformante; 5° à un vice de conformation congénital.

On a vu que l'inclinaison latérale était un symptôme des luxations unilatérales et des fractures de la région cervicale; la luxation des premières vertèbres cervicales s'accompagne toujours d'une dépression postérieure et d'une saillie antérieure.

Dans le cours du rhumatisme articulaire aigu on a noté quelquefois l'arthrite vertébrale, et c'est à l'arthrite sous-occipitale unilatérale qu'on fait jouer le principal rôle. Il en résulterait une contracture réflexe des muscles du cou, du côté opposé à la synovite. Douleurs vives, gêne notable de la déglutition et surtout de la mastication, tendance des malades à soutenir leur tête avec les deux mains, tels sont avec le torticolis les symptômes ordinaires de cette affection, qui peut d'ailleurs se terminer par ankylose.

Dans le mal de Pott sous-occipital, qu'il tienne à une ostéite tuberculeuse primitive ou à une tumeur blanche, il se produit des contractures réflexes non seulement d'un seul muscle, mais de presque tous les muscles du cou. De là les luxations et les subluxations pathologiques qui surviennent d'autant plus facilement que les os sont ramollis, les ligaments relâchés, altérés. Les luxations et subluxations de l'occipital en arrière sont beaucoup plus fréquentes; l'atlas peut encore s'incliner sur l'axis et produire parfois une compression de la moelle par l'apophyse odontoïde; signalons encore la luxation bilatérale en avant de l'atlas sur l'axis, d'où résulte un rétrécissement notable du canal médullaire; DUVERNEY l'a vu réduit à trois millimètres. Enfin on a maintes fois rencontré un relâchement des ligaments et une subluxation latérale dus à l'action des muscles cervicaux.

Ici comme ailleurs, les abcès par congestion qui se font aussi bien jour en arrière qu'en avant, contribuent à donner au mal sous-occipital une physiologie spéciale. Quelquefois ces collections repoussent la paroi pharyngienne en avant et gênent la déglutition; d'autres fument jusque dans le médiastin postérieur. Si l'on tient compte de la pachyméningite rachidienne, des troubles médullaires graves, de l'ulcération des artères, des luxations brusques, accidents constatés dans plus d'un cas, on comprendra aisément que le torticolis soit un symptôme relativement peu important du mal sous-occipital.

Il sera toujours facile de reconnaître sa nature; les douleurs locales, vives, spontanées et provoquées, la déformation du cou, des apophyses épineuses, les troubles fonctionnels et médullaires, l'hecticité ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

En pareil cas, comme dans les arthrites déformantes ou les vices de conformation congénitaux sur lesquels nous ne pouvons insister, il ne faut pas espérer une guérison du torticolis par le seul fait de l'action sur les muscles; la myotomie n'est indiquée qu'à la période de réparation; au début c'est à la lésion primordiale qu'il convient de s'adresser; à cet effet on aura recours au traitement général, aux cautérisations cutanées avec le fer rouge, aux minerves, aux colliers et au besoin à l'appareil américain de Sayre. Trop souvent ces moyens échouent, et le chirurgien devra porter un pronostic grave en présence d'un torticolis osseux ou articulaire.

2° FISTULES BRANCHIALES

Bibliographie. — DZONDI, *De fistulis trachæe congenitis*, Halæ, 1829. — HEUSINGER, in *Archives de Virchow*, t. XXIX, p. 358, 1864, et t. XXXIII, 1865. — VIRCHOW, in

Ibid., t. XXX, 1864, et t. XXXII, 1865. — FAUCON, *Soc. de chir.*, 1874. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 6^e série, t. XXV, 1875. — HEUSINGER, *Deutsch. Zeitschr. f. Thierm.*, 1876. — ROTH, in *Archives de Virchow*, Bd. LXXII, p. 444, 1878. — FISCHER, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 34 (Bibliogr. complète).
Thèse de Strasbourg. — 1867, GASS.

On désigne sous ce nom, depuis HEUSINGER, des fistules produites par une anomalie de soudure des divers arcs branchiaux qui forment le cou. Elles se divisent en fistules pharyngiennes et fistules trachéales. Ces dernières, très rares, sont encore mal connues, il n'en existe que quatre cas dans la science; leur siège ordinaire se trouve sur la ligne médiane, la plupart sont des fistules borgnes externes.

Fistules pharyngiennes. — Cette affection a été surtout étudiée en Allemagne, où elle paraît plus fréquente; ses causes sont d'ailleurs fort obscures comme celles de toutes les malformations; on sait seulement qu'elle coïncide parfois avec des vices de conformation de l'oreille, et qu'elle peut être héréditaire. Comme les fistules anales, on divise celles-ci en fistules complètes, borgnes internes et borgnes externes. La fistule toujours latérale, simple, plus rarement double, s'ouvre sur le bord interne du sterno-mastoïdien, un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, exceptionnellement entre la pointe et l'angle de la mâchoire. L'orifice extérieur, saillant, arrondi, mamelonné, ordinairement très étroit, est tapissé par une muqueuse rouge-foncé ou brunâtre.

FISCHER donne d'après ses relevés les détails suivants : quatre-vingt-deux individus portaient cent fistules; soixante-quatre uniques et dix-huit doubles; vingt-neuf complètes, soixante borgnes externes; quarante uniques à droite, quatorze à gauche. En tout cinquante-huit droites et trente-deux gauches; quarante-deux hommes et trente-six femmes; vingt et un cas héréditaires; soixante-douze Allemands, six Français, trois Anglais, un Danois.

On a maintes fois constaté la communication avec le pharynx et observé au niveau de ce conduit un petit orifice interne au sommet d'une papille; le canal, flexueux, tapissé par une muqueuse, passe dans les environs de la grande corne de l'os hyoïde. On observe quelquefois des vestiges de l'arc branchial mal conformé, sous la forme de productions ostéo-cartilagineuses (HEUSINGER, MANZ, DUPLAY); dans un cas, un ostéophyte implanté sur le sternum et mesurant un centimètre de large à sa base, se terminait en haut à la partie postérieure du conduit fistuleux. Peut-être existe-t-il une dernière variété qui serait constituée par la portion intermédiaire du canal branchial dont les deux extrémités seraient fermées. Un cas cité par DUPLAY semblerait justifier cette opinion.

Symptômes. — Ces fistules forment un cordon dur qui roule sous le doigt, se déplace avec le larynx. La sensibilité de la muqueuse est assez grande puisque le simple contact du stylet détermine, en dehors de la douleur, une sensation de picotement dans le pharynx, de la toux et l'enrouement. Souvent ces trajets sécrètent un liquide clair, muqueux, qui, dans quelques cas, irrite les bords de l'orifice externe. On comprend plus difficilement comment l'ingestion de boissons chaudes, l'époque menstruelle, les émotions, activent la

sécrétion. L'accumulation des aliments dans la fistule borgne interne est notée dans un cas.

Diagnostic. — Les caractères de ces fistules sont si spéciaux qu'il nous semble difficile de les confondre avec d'autres affections; leur origine, leur siège sur les parties latérales, le liquide qu'elles sécrètent ne laissent aucun doute. Un sondage ou mieux une injection sapide (eau sucrée, teinture d'iode) permettent de constater la perméabilité du conduit. Seules les fistules borgnes internes sont d'un diagnostic très difficile. Cependant une erreur a été commise à l'époque où la maladie était très mal connue; on a cru à une fistule salivaire (*Gaz. méd. de Paris*, 1832, p. 339).

Traitement. — Cette affection ne guérit pas spontanément, car le fait de SEIDEL reste exceptionnel; il est presque aussi rare de voir une fistule complète devenir borgne externe (FAUCON). D'un autre côté, l'intervention ne serait pas inoffensive; DZONDI a perdu une jeune fille sept jours après l'injection de nitrate acide de mercure; fréquemment il y a eu des troubles réflexes et fonctionnels, des douleurs, une gêne de la déglutition et même des accès épileptiques. Néanmoins, SERRES (d'Alais) a guéri une fistule bilatérale complète par des injections iodées.

WEILECHNER a obtenu un succès sur un enfant de seize mois en excisant et cautérisant la muqueuse d'une fistule borgne externe; SARAZIN, dans les mêmes conditions, pratiqua la dissection du trajet sur une sonde et ensuite son excision. La même opération avec autoplastie nous semble indiquée.

§ 5. — Maladies des artères, des veines et des nerfs du cou

1^o PLAIES DES ARTÈRES DU COU

Bibliographie. — *Carotides.* — SANSON, *Des hém. traumatiques*, Th. de concours, 1836. — PILZ, *Arch. de Langenbeck*, t. IX, 1868, p. 257. — HULKE, *Med. Times and Gaz.*, 1873. — LUCKE, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1873, p. 350. — BAYNTON, *Philad. Med. a. Surg. Rep.*, t. XXXVIII, p. 169, 1878. — FINGERHUT, *Preuss. Med. Zeitschr.* — VERNEUIL, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872, p. 46. — LOVEGROVE, *The Lancet*, 1870, n^o 21. — MADELUNG, *Arch. de Langenbeck*, t. XVII, p. 611, 1874. — KLEBERG, *Petersb. Med. Wochens.*, n^o 35, 1877.
Article COU et CAROTIDES des *Dictionnaires de Jaccoud et de Dechambre*, par RICHET, LE FORT, GILLETTE.
Thèse de Strasbourg. — 1860, CHAUVES.
Sous-clavière et branches. — RICHET, *Gaz. des Hôp.*, 1865, p. 435. — GRUBER, *Oest. Zeitschr. f. Heilk.*, Bd. XII, 1866. — WILL, *Glasgow Med. J.*, avril 1875, p. 173. — MARKOË, *New-York Med. Gaz.*, 1842. — BARBIERI, *Monografia della arteria vertebrale*, Milano, 1867-68. — KOCHER, in *Arch. de Langenbeck*, t. XII, p. 867, 1871. — G. FISCHER, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 34, 1880.
Articles COU et SOUS-CLAVIÈRE des *Dictionnaires*.

Toutes les artères du cou, même les plus profondément cachées, comme la vertébrale, sont susceptibles d'être blessées; superficiels ou profonds, gros ou