

2) ATHÉROMES PROFONDS DU COU. — On désigne ainsi des tumeurs kystiques à contenu sébacé. Ces tumeurs sont souvent si intimement liées à la gaine des vaisseaux que leur extirpation présente dans ces cas des difficultés énormes, et souvent des opérateurs habiles ont été obligés de s'arrêter à mi-chemin, sans terminer l'opération. C'est ce qui est arrivé à un opérateur aussi habile que Dieffenbach ; le malade fut plus tard opéré par Langenbeck qui, pendant l'opération blessa la jugulaire interne !

Ces difficultés ont conduit Esmarch à préconiser un autre traitement, qui lui aurait donné de bons résultats. Il évacue le contenu du kyste avec un trocart fin et, après avoir soigneusement lavé la cavité avec une solution d'acide phénique au 100^e, il y injecte la solution iodée de Lugol qu'il retire au bout de quelques minutes ¹.

3) KYSTES HÉMATIQUES. — On en a observé deux espèces : les kystes qui sont réductibles par la pression et qui par conséquent communiquent avec les vaisseaux ; les kystes qui ne se vident pas et qui ressemblent tellement à des kystes ordinaires que leur véritable nature n'est déterminée qu'après la ponction exploratrice qui ramène du sang pur. Ces derniers seuls rentrent dans la catégorie de tumeurs que nous étudions, en ce sens qu'ils se développent pendant la première période de la vie et qu'ils siègent aux endroits qui correspondent aux fentes branchiales. Dans un certain nombre de cas, la guérison a été obtenue par des injections iodées. La nature de ces kystes n'a pas encore été élucidée d'une façon complète.

§ 2. — Kystes séreux multiloculaires.

Les tumeurs désignées sous le nom d'hygromas kystiques congénitaux du cou ou *kystes séreux multiloculaires* ont une tout autre origine. Ce nom vient de Wernher qui, le premier, décrit ces tumeurs en 1843. Ces tumeurs sont toujours congénitales et ont été même observées sur des fœtus à partir du 6^e mois de la grossesse. Ce qui les caractérise, c'est que la tumeur se compose d'un grand nombre de kystes situés les uns à côté des autres, sans ordinairement communiquer entre eux.

Les *dimensions* de la tumeur sont très variables ; tantôt on trouve une simple proéminence du cou ; tantôt on trouve une production kystique énorme occupant tout le cou et descendant sur la poitrine,

temps être rapprochés des kystes séreux multiloculaires plutôt que des kystes branchiaux.

(1) Néanmoins, l'extirpation est le procédé de choix.

(A. B.)

(A. B.)

pénétrant en profondeur entre les organes du cou jusqu'à la colonne vertébrale et faisant saillie sous le plancher de la bouche à la façon d'une grenouillette. Le point de départ de ces tumeurs est toujours la région sous-maxillaire, et c'est de là que la tumeur, si elle se développe rapidement, envahit les régions voisines.

La *structure* compliquée de ces tumeurs se laisse déjà deviner à la palpation qui, à côté des kystes fluctuants, fait sentir d'autres points de consistance élastique. Les kystes volumineux sont ordinairement superficiels ; les petits sont situés plus profondément. Dans quelques cas, on a vu ces kystes pénétrer dans les organes voisins et simuler ainsi le tableau des tumeurs malignes. Dans certains cas, la peau n'est pas modifiée ou seulement amincie, et dans ces derniers cas les kystes peuvent paraître transparents ; dans d'autres elle est hypertrophiée, éléphantiasique, froncée et couverte de croûtes. La ponction donne issue à un liquide tantôt clair, transparent, séreux, tantôt trouble, épais, couleur de chocolat.

Les anciennes recherches anatomiques ne sont pas parvenues à éclaircir la nature de ces tumeurs, et ce n'est que depuis les travaux de Kæster qu'on commence à comprendre leur origine. L'examen macroscopique fait voir, à côté des grandes cavités kystiques, divisées du reste en compartiments par des travées fibreuses, d'autres cavités plus petites, de formes variables, communiquant entre elles et dépourvues de toute paroi propre, comme de véritables fentes du tissu conjonctif remplies de liquide.

Plus les cavités sont petites, plus les communications sont nettes, de sorte qu'on peut les considérer comme un des stades récents du développement de ces tumeurs. Sur des parties de formation toute récente, on trouve encore un système de canaux anastomosés présentant par places la structure du tissu caverneux. La configuration et la disposition des canaux fins sont les mêmes que celles des vaisseaux lymphatiques. Comme la plupart de ces canaux et cavités kystiques sont tapissés d'un endothélium analogue à celui des vaisseaux lymphatiques, et communique directement, comme on a pu s'en convaincre, avec les sinus lymphatiques des ganglions lymphatiques, l'hypothèse de Kæster, d'après laquelle ces tumeurs sont des *lymphangiectasies* paraît très vraisemblable : ceci d'autant plus que les faits connus jusqu'à présent ne la contredisent nullement. Dans quelques cas on a trouvé de simples kystes uniloculaires et fermés, comme nous l'avons fait observer à l'occasion des hydrocèles de Maunoir.

Les *troubles* sont particulièrement marqués quand la tumeur prend un développement rapide. Les conditions anormales dans lesquelles s'effectuent la déglutition, la respiration et la circulation amènent la

mort à bref délai. Dans quelques cas, on a pourtant observé la guérison spontanée par un mécanisme fort curieux : l'un après l'autre, les kystes arrivent à la peau, s'acuminent et s'ouvrent ; pendant quelque temps il se fait un écoulement du contenu, et la cavité finit par s'oblitérer.

Le *traitement* est presque impuissant. On a essayé de tout : ponction, drainage, incision, séton, ligature, extirpation, etc. Le séton et la ligature, qui provoquent une irritation violente, n'amènent pas toujours la guérison. L'extirpation est impossible dans des cas tant soit peu sérieux. Arnott et Burow n'ont pu terminer l'opération, ce qui n'a rien d'étonnant d'après ce que nous avons dit de la disposition anatomique de ces tumeurs. On arrive bien à enlever les parties superficielles, mais on marche de plus en plus en profondeur, on passe derrière la trachée, et la tumeur n'en finit pas, puisque dans certains cas elle peut remonter jusqu'à la base du crâne. En tous les cas, on pourra essayer les ponctions répétées à de longs intervalles ¹.

§ 3. — *Torticolis congénital.*

Il existe plusieurs formes de cette affection congénitale, mais ici nous ne nous occuperons que de celle qui est due à une brièveté anormale du sterno-mastoïdien.

Si l'on envisage le mode d'action de ce muscle au moment où il se contracte d'un seul côté, il est facile de se représenter la situation que prendront la tête et le cou dans les cas où le muscle est trop court. La tête sera : 1° inclinée du côté malade, c'est-à-dire qu'elle se rapprochera de l'épaule par l'une de ses faces ; 2° tournée du côté sain, c'est-à-dire qu'elle aura le menton tourné vers le côté sain, et 3° étendue, c'est-à-dire qu'en même temps le menton regardera en haut.

L'inclinaison latérale de la tête est due à l'action directe du muscle sur la colonne vertébrale, et se combine par conséquent avec un certain degré de scoliose de la colonne cervicale ; si le raccourcissement porte sur le sterno-mastoïdien gauche, la colonne cervicale présentera une convexité à droite et provoquera une scoliose compensatrice de la

(1) Je crois, au contraire, que l'extirpation est le véritable traitement de ces kystes. On peut enlever la majeure partie de la tumeur et en général ce qu'on est forcé de laisser s'atrophie. La difficulté opératoire est exagérée par Albert. J'ai enlevé avec succès une volumineuse masse qui occupait le creux sus-claviculaire et, passant sous le sterno-mastoïdien, allait adhérer à la gaine des vaisseaux carotidiens ; en outre, elle se prolongeait entre l'omoplate et la cage thoracique. Le résultat a été excellent, après réunion immédiate sans drainage. (A. B.)

colonne dorsale à convexité tournée à gauche. La rotation de la tête s'explique par l'action du sterno-mastoïdien sur l'articulation de l'atlas avec l'axis. L'extension de la tête (occiput sur la nuque, menton en l'air) découle de l'action du sterno-mastoïdien sur l'articulation occipito-atloïdienne.

Quelles sont les causes du raccourcissement permanent du sterno-mastoïdien ? Une observation de Busch, ancien professeur d'accouchements à Berlin, donna l'explication de ce fait. Les statistiques montrent, en effet, que la contracture du sterno-mastoïdien siège presque toujours à droite. Busch a démontré que si dans un bassin peu incliné la tête descend et se fixe plusieurs mois avant l'époque habituelle, elle reste tout ce temps inclinée latéralement. Or sur cent présentations de la tête, la première position se rencontre 70 fois, ce qui explique la prédominance du torticolis à droite. La contracture est donc d'origine statique, tout comme le pied-bot, qu'on attribue également à une position vicieuse du fœtus dans l'utérus. Telle est du moins la théorie adoptée aujourd'hui.

On peut certainement objecter, comme l'a fait du reste Stromeyer, qu'une partie du corps peut garder pendant des années une position analogue sans qu'il survienne pour cela un raccourcissement des muscles correspondants : ainsi dans les cas de raccourcissement d'une jambe, la scoliose statique peut durer pendant des années, et disparaître sans laisser de traces dès que le membre récupère ses dimensions normales. Seulement il ne faut pas oublier que, dans les anomalies d'origine purement statique, il peut réellement survenir des rétractions et que, lorsqu'il s'agit de la vie fœtale, le rapprochement prolongé des points d'insertion d'un muscle peut se terminer par un raccourcissement de ce dernier, c'est-à-dire par une rétraction.

Chez le nouveau-né, qui a le cou très court, la rétraction du sterno-mastoïdien n'est pas très frappante. Jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, l'obliquité de la tête est peu marquée, mais peu à peu elle s'accuse davantage, en même temps que se manifeste une asymétrie des deux moitiés de la face, qui elle aussi devient très accusée avec les progrès de l'âge. La peau du front et de la tempe, les paupières, les ailes du nez, la joue et la commissure labiale sont attirées en bas, de sorte que l'orifice buccal prend une direction oblique. Mais la déformation ne reste pas limitée aux parties molles et cet abaissement porte également sur le squelette de la face : l'orbite, le maxillaire supérieur, les os du nez sont attirés en bas et toute la moitié de la face est rétrécie.

Pour expliquer cette déformation, Dieffenbach donne l'exemple suivant : « Les bonnets de nuit dont se servent les vieilles femmes sont lisses et pourvus de chaque côté d'une bande qui se noue sous le

menton. Si l'on tire sur la bande du côté droit, la moitié gauche du bonnet et la bande gauche suivront la traction en remontant ». L'exemple est pittoresque, mais il ne s'applique pas à l'action du sterno-mastoïdien qui ne s'insère que sur l'apophyse mastoïdienne ; puis on ne comprend pas bien pourquoi dans ces cas on trouve une déformation du maxillaire supérieur, de l'orbite et des os du nez. Peut-être faut-il supposer que les autres parties du côté raccourci du cou, le peaucier, les aponévroses, etc. exercent aussi une traction sur les organes de la moitié correspondante. Mais cette hypothèse n'explique pas encore tout.

Stromeyer admettait que l'atrophie d'une moitié de la face était due à la façon défectueuse dont la respiration s'effectuait de ce côté, « car, disait-il, les muscles profonds du cou, dont les points d'insertions se trouvent, dans ces cas, rapprochés, n'entrent pas en action pendant les mouvements inspiratoires qui se font de bas en haut ». J'avoue ne pas comprendre cette proposition. Lorsqu'on arrive à rendre à la tête sa position normale, l'atrophie et la déformation de la moitié malade de la face disparaissent à la longue, mais il faut pour cela des années. Il en est de même de la scoliose de la colonne vertébrale.

A côté du torticolis congénital, il existe un torticolis *acquis*. Stromeyer a le premier attiré l'attention sur le fait, que dans les accouchements difficiles, dans la version et l'application du forceps, le cou de l'enfant se trouve soumis à une traction telle que le sterno-mastoïdien peut se déchirer ou être contusionné, et que la contusion donne lieu à une inflammation suivie de rétraction du muscle. Le fait a été constaté bien des fois. Quant aux déchirures qu'on rencontre dans ces cas, Dieffenbach a mis en évidence leur importance d'une façon très claire dans le passage suivant :

« Les cas dans lesquels, après un accouchement difficile ¹, on trouve, sur plusieurs endroits du sterno-mastoïdien des nouveau-nés, des tumeurs inflammatoires, ne doivent-ils pas être attribués à la déchirure du muscle et à l'agglutination des deux bouts ? Le fait n'est pas sans analogie avec les fractures de la clavicule ; les parents ne s'aperçoivent pas de la fracture, mais quand le cal est formé, ils vont trouver le médecin et lui demandent si ce n'est pas une glande. Jusqu'en 1830, j'ai vu trois cas de ces tumeurs inflammatoires du sterno-mastoïdien des nouveau-nés ; mais depuis cette époque j'en ai observé encore dix ou douze, que j'ai souvent présentés à mes élèves comme quelque chose de nouveau, non encore décrit. Je considérais ces petites tumeurs inflammatoires dures, circonscrites comme le résultat d'une extension exagérée du muscle pendant l'accouchement ;

(1) Blachez et Planteau, Ruge ont fait voir que la plupart des enfants nés avec cette tumeur du sterno-mastoïdien sont venus en présentation du siège. Cette tumeur, due à une rupture musculaire avec hématome, a été quelquefois attribuée, à tort, à la syphilis héréditaire.

(A. B.)

mais Stromeyer m'a fait penser que le muscle pouvait bien être déchiré. Car n'est-il pas vrai que la contusion et l'extension exagérée du muscle devraient se manifester plutôt par une tumeur diffuse de *tout* le muscle que par de petites tuméfactions isolées ? Or je n'ai jamais observé ces tuméfactions diffuses après un accouchement difficile. Mais ces jours derniers j'en ai vu pour la première fois un exemple. Il s'agit d'une femme accouchée par version et qui est venue me voir avec son enfant âgé de huit jours. L'extraction de la tête donna lieu à tant de difficultés qu'on ne croyait pas que l'enfant pût survivre. Le sterno-mastoïdien droit atteignait l'épaisseur d'un pouce et se dessinait sous forme d'un cordon épais sur le cou maigre de l'enfant ; la peau avait conservé sa coloration normale, mais le muscle était dur et très douloureux, ce que l'enfant faisait voir par les cris qu'il poussait chaque fois qu'on touchait au sterno-mastoïdien. Comme dans les cas semblables d'inflammation de tout le muscle, la tête de l'enfant n'était pas inclinée du côté malade mais bien du côté gauche. Les frictions, les sangsues, les compresses d'eau blanche ont eu vite raison de cette affection. Dans ce cas, il n'y avait pas eu déchirure du muscle, mais contusion sur toute sa longueur avec inflammation consécutive ».

Ces idées de Dieffenbach, que nous avons reproduites pour ainsi dire « à l'état naissant », ont été reconnues vraies et ont été amplement confirmées. On y trouve en même temps presque toutes les données diagnostiques.

TRAITEMENT DU TORTICOLIS. — Que le torticolis soit d'origine fœtale ou produit par l'accouchement, les modifications qu'il provoque à la longue dans les articulations des vertèbres cervicales, les aponévroses, les ligaments, etc. sont si marquées qu'elles ne disparaissent pas quand on se contente de restituer au sterno-mastoïdien rétracté sa longueur normale. Le traitement doit par conséquent envisager deux points : 1° faire disparaître le raccourcissement du sterno-mastoïdien par la section sous-cutanée du muscle ; 2° faire disparaître les déformations secondaires par un traitement orthopédique approprié.

La *myotomie sous-cutanée* ou la *ténotomie* du sterno-mastoïdien ne date que de notre siècle ; auparavant, la section du muscle était faite après incision de la peau (Roonhuysen, 1670).

Après la ténotomie du tendon d'Achille, faite en 1816 par Delpech, Dupuytren pratiqua en 1822 la section du sterno-mastoïdien. Il fit sur le bord interne du muscle une petite incision par laquelle il poussa sous le muscle, jusqu'au delà de son bord externe, un bistouri boutonné avec lequel il sectionna le muscle d'arrière en avant sans entamer la peau. Fait curieux, ni Dupuytren ni ses élèves n'attachèrent grande importance à cette méthode, mais en Angleterre et en Allemagne cette nouvelle opération fut prise au sérieux. Elle ne fut cependant pas exécutée pendant longtemps encore. Ce n'est qu'en 1831, lorsque Stromeyer, le véritable créateur de l'orthopédie opératoire, eût fait un grand nombre d'opérations orthopédiques sous-cutanées, que cette myotomie sous-cutanée entra pour toujours dans la pratique. Dieffenbach, avec son « activité dévorante » s'empara de la méthode, et le premier après Dupuytren fit la myotomie du sterno-mastoïdien. Dans son ouvrage sur la section des tendons et des muscles (1841), il