

pouvait déjà réunir 62 cas de torticolis traités par cette méthode. Les succès de Dieffenbach ont eu leur contre-coup en France où, d'autre part, la méthode fut modifiée à plusieurs reprises.

Le procédé opératoire varie suivant que le muscle est coupé de la peau vers la profondeur, ou inversement. Dieffenbach procédait de la façon suivante. Avec un ténotome en faucille, il pénétrait à plat sous le tendon et ressortait avec la pointe de l'autre côté du muscle, sous la peau ; il coupait ensuite, avec la pointe de la lame, le muscle ou le tendon, en pressant la peau et le muscle contre la lame avec le pouce de la main qui tenait l'instrument.

Au début, Stromeyer passait le ténotome sous le muscle et ressortait de l'autre côté en perforant la peau. Il croyait que, si l'opéré s'agitait, le couteau ne pouvait cependant pas de la sorte s'engager en profondeur ; plus tard il renonça à cette complication inutile. Certains chirurgiens préfèrent couper le muscle de la peau vers la profondeur, et se servent en ce cas d'un ténotome convexe (de Little). On pénètre sous la peau, au devant du muscle et, en retournant contre ce dernier le tranchant de l'instrument, on presse sur le dos de la lame jusqu'à ce que le muscle soit coupé. Je crois que les deux procédés sont aussi bons l'un que l'autre. On a dit que le premier met à l'abri de la lésion des organes profonds du cou dans les cas où le ténotome déraperait, et que tout au plus on laisse sans les couper quelques fibres superficielles qu'on peut facilement sentir à travers la peau. Seulement, on peut objecter qu'avec ce procédé on peut très bien couper la peau et transformer une plaie fermée en une plaie ouverte, et qu'en outre on peut passer avec la lame dans l'épaisseur des muscles et laisser ainsi intactes un grand nombre de fibres profondes. Celui qui sait opérer arrivera à ses fins avec les deux procédés ; le chirurgien pusillanime peut faire une petite incision avec la lancette et puis pénétrer à travers la plaie avec un ténotome mousse. Si l'on est ambidextre, on peut diviser les deux chefs du sterno-mastoïdien par une incision faite entre les deux. Du reste le malade ne perd rien, si chaque chef est divisé séparément.

Quel que soit le procédé choisi, il y a certaines règles qu'il faut respecter. Le malade étant assis, un aide placé derrière lui attire la tête du côté sain de façon à faire bien saillir le sterno-mastoïdien rétracté. Un second aide peut exagérer la tension du muscle en saisissant le coude du sujet et en le portant fortement en bas. Le chirurgien coupe d'abord le chef qui est le plus tendu. Il faut tenir prêtes de la charpie et des bandelettes adhésives pour faire le tamponnement dans le cas où il surviendrait une hémorrhagie un peu violente. Ces hémorrhagies sont très rares et la crainte de blesser un gros vaisseau est réellement exagérée, car dans le torticolis les vaisseaux se trouvent ordinairement très loin du muscle ; mais rien n'empêche de prendre les précautions nécessaires.

Avant le chloroforme, on avait besoin de six aides pour tenir les enfants immobiles ; aujourd'hui on endormira les enfants, car même sous le chloroforme la tension du sterno-mastoïdien rétracté ne disparaît pas. On reconnaît avoir bien coupé le muscle à un craquement particulier exagéré par la résonance du thorax et surtout marqué chez les individus maigres et dans les cas où la rétraction est très accusée ; on peut encore sentir les deux bouts du muscle sectionné. S'il reste quelques fibres non divisées, on introduit encore une fois le ténotome et on les coupe.

Depuis quelques années, la myotomie sous-cutanée a été abandon-

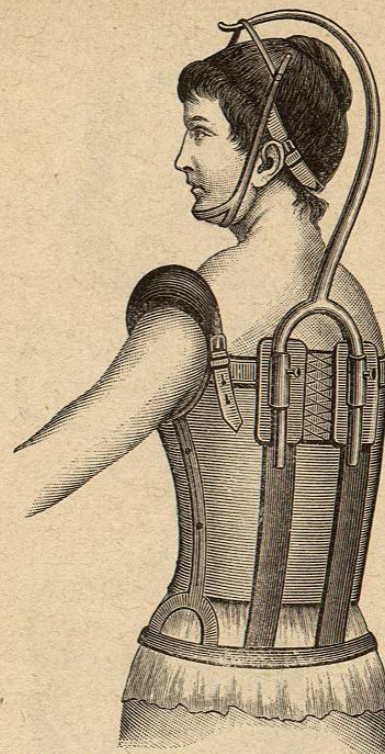


Fig. 109. — Minerve pour traitement post-opératoire du torticolis.

née par un certain nombre de chirurgiens qui préfèrent mettre à nu le muscle par une longue incision et le diviser à ciel ouvert. Pour eux, le résultat est plus sûr avec ce procédé, et il n'y a rien à dire contre. Un fait important pourrait en résulter si l'on pouvait démontrer, à l'aide de cette large mise à nu, que la dégénérescence fibreuse du muscle est plus fréquente qu'on ne le supposait.

Le traitement orthopédique post-opératoire est de la plus grande importance. Il doit commencer dès le 4^e ou le 5^e jour après l'opération, quand la sensibilité du champ opératoire a un peu diminué. Le malade est resté tout ce temps couché sur un matelas dur, la tête dans

une position horizontale. Dans les cas légers, il suffit de suivre la pratique de Dieffenbach. On entoure le cou du malade d'un col en carton, qui remonte du côté malade jusqu'au maxillaire inférieur et empêche ainsi l'inclinaison vicieuse de la tête de se reproduire. On prend la précaution de faire tranchants les bords supérieur et inférieur (ce dernier s'appuie sur la clavicule) du col, ce qui force le malade à mettre en jeu les muscles du côté sain afin d'avoir la tête dans une position normale. Dans les cas difficiles, Stromeyer a conseillé d'assurer les résultats de l'opération, en mettant le malade pendant plusieurs semaines dans le lit à extension et cette pratique a été adoptée par des

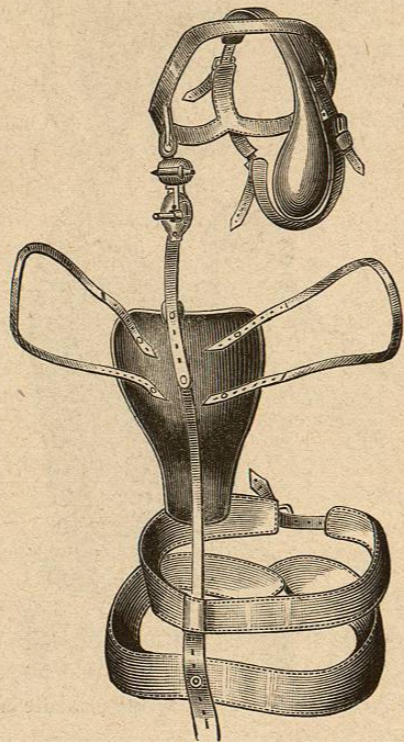


Fig. 110. — Minerve pour traitement post-opératoire du torticolis.

orthopédistes de renom. Le lit peut être arrangé de telle façon qu'une corde élastique, attachée à une bande en cuir passant autour du maxillaire inférieur et des apophyses mastoïdes, tire la tête en haut, tandis que le tronc est tiré en bas par une autre corde qui s'attache à un bandage en cuir fixé autour des épaules du malade.

Le plus grand nombre des chirurgiens préfèrent pourtant les appareils portatifs. L'appareil se compose d'un corset solide fixé par une forte ceinture autour du bassin et pourvu de l'arc de Levacher passant

au-dessus de la tête et auquel est attachée la mentonnière de Glisson ; cette mentonnière se fixe sur la tête et exerce une traction qui contrebalance celle du muscle contracté (fig. 109). Toutefois cet appareil n'est pas encore parfait et ne fait rien contre un facteur très important. Delpech a notamment fait observer que le traitement orthopédique devient surtout puissant quand il peut exercer une traction opposée à la *torsion* morbide de la tête, et cette traction n'existe pas dans l'appareil construit avec la mentonnière de Glisson. Kœnig vante beaucoup dans son livre l'appareil que nous présentons ici (fig. 110). Dans cet appareil, la tige de la pièce cervicale possède tout un système d'articulations permettant de fixer la tête dans n'importe quelle position. Les avantages de cet appareil sont évidents et Kœnig a raison de le recommander¹.

Dans certains cas, la ténotomie du sterno-mastoïdien ne suffit pas pour faire disparaître le torticolis ; il faut alors couper les fibres antérieures du trapèze et même celles de l'angulaire de l'omoplate. Cette opération complémentaire est indiquée quand, après la division du sterno-mastoïdien, on sent que les deux muscles que nous venons de citer forment obstacle au redressement de la tête.

Une rétraction très rare et fort curieuse est celle du *muscle peaucier*. Gooch et Dieffenbach ont divisé ce muscle.

Dans le cas de Dieffenbach, il s'agit d'un garçon de 10 ans chez lequel cette affection s'était développée des deux côtés pendant les premières années de la vie. Toute la peau de la partie antérieure du cou était ridée et ressemblait à celle d'une vieille femme, avec cette différence que chez l'enfant les plis étaient petits et en quelque sorte réguliers. Après la section des deux peauciers, la peau devint immédiatement lisse. Fait curieux, le malade pouvait facilement lever très haut son menton, et lorsqu'il le faisait, les rides de la peau disparaissaient. Dans le cas de Gooch, la contracture était unilatérale, la commissure labiale était très abaissée et la moitié correspondante de la face contractée, fait qu'on devrait prendre en considération quand on tente d'expliquer la déformation de la face dans le torticolis.

On a fait plusieurs fois la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien pour des *convulsions habituelles* de ce muscle. Le cas célèbre que Stromeyer arriva à guérir, ce qui excita l'admiration de Dieffenbach, montre bien comment se présente cette affection.

Une demoiselle d'une trentaine d'années portait depuis plusieurs années la tête inclinée sur un côté. A la suite d'une frayeur, elle fut prise d'attaques con-

(1) L'appareil à la fois le meilleur et le plus simple pour redressement après ténotomie consiste à faire, en bandes plâtrées, une ceinture thoracique et une couronne occipito-frontale entre lesquelles on dispose des liens élastiques qui servent à exercer des tractions, qui corrigent très bien la déviation. (A. B.)

vulsives pendant lesquelles la tête se tournait très rapidement du côté droit et s'abaissait de telle sorte que le menton se plaçait sur l'épaule droite et l'oreille gauche se rapprochait du sternum ; en même temps il survenait une contraction de la moitié gauche de la face et une propulsion du globe oculaire du même côté. Les attaques survenaient à l'occasion des émotions et pouvaient être provoquées par un petit coup.

Pendant les attaques, le chef sternal du sterno-mastoïdien se raccourcissait presque de moitié. Stromeyer le divisa, et le résultat fut pour ainsi dire instantané. Mais 15 jours plus tard les convulsions revinrent dans la portion claviculaire du muscle. Stromeyer la divisa à son tour.

Au bout de quelques semaines, la tête n'était plus tordue, mais s'inclinait sur l'épaule gauche, et à l'examen on trouva que les fibres du trapèze qui s'insèrent sur la clavicule étaient contractées. On les sectionna à leur tour, et la guérison fut cette fois définitive. D'autres auteurs ont publié des cas semblables. A un moindre degré, cette affection s'observe souvent chez des vieillards, sous forme d'un torticolis léger avec contractions dans le muscle.

A côté du torticolis convulsif, il en existe un autre qui est entretenu par une convulsion permanente du sterno-mastoïdien.

J'ai vu un cas de ce genre chez une fillette de 12 ans, chez laquelle plusieurs médecins avaient fait le diagnostic de mal de Pott. La fillette était robuste et la contracture si accusée qu'il n'y avait pas lieu de s'étonner des modifications secondaires subies par la colonne cervicale. Mon diagnostic se confirma plus tard¹.

Torticolis cicatriciel. — A côté des formes convulsives de torticolis que nous venons d'étudier, il en existe encore deux, l'une et l'autre acquises. Nous étudierons plus loin celle qui est due à une affection des *vertèbres cervicales* ; l'autre est produite par des *cicatrices* vicieuses. Nous pouvons donc compléter ici ce que nous avons déjà dit à ce sujet, en parlant des opérations autoplastiques sur la face. Dans les brûlures étendues du cou, la tête et le cou peuvent se trouver dans des positions vicieuses très variables (rétractions cicatricielles).

Si la peau d'un seul côté est transformée en une masse cicatricielle, la tête est inclinée et, suivant le sens de traction de la cicatrice, tournée vers un côté. Si toute la peau de la face antérieure du cou est détruite, la tête est attirée vers le thorax quelquefois à tel point que le menton touche le sternum. Sans parler de la difformité qui en résulte, cette situation est fort pénible pour le malade. Si, comme c'est presque toujours le cas, la masse cicatricielle occupe en même temps la face, la position vicieuse de la tête se complique de déformation de la bouche et du nez. Comme tant que la brûlure est encore récente le traitement prophylactique est à peu près impuissant contre ces acci-

(1) Dans les torticolis spasmodiques, qui sont une variété de torticolis dit intermittent, les ténotomies échouent d'ordinaire. On a conseillé de les attaquer par l'élongation, ou mieux par la résection du nerf spinal. Mais avant d'opérer on tentera toujours le traitement par l'électricité statique ou par les courants continus, traitement auquel on associera des moyens orthopédiques. (A. B.)

dents ultérieurs, la vraie thérapeutique consiste forcément dans les opérations autoplastiques appropriées.

Ordinairement, l'opération comprend tout une série d'interventions combinées. D'abord, on cherche à gagner un peu de mobilité par la section sous-cutanée de quelques brides cicatricielles minces, proéminentes. On essaie ensuite d'exciser les masses cicatricielles dures de façon à obtenir une plaie longitudinale susceptible d'être suturée ; si dans ces cas la réunion par première intention manque dans certains points, elle se fait dans d'autres et au lieu de brides proéminentes on a alors l'avantage d'avoir une cicatrice allongée, plate. Quand par cette série d'interventions on arrive à avoir des adhérences en surface, on peut s'attaquer à ces dernières par deux procédés.

Dans les cas où la masse cicatricielle se présente sous forme d'un triangle à sommet inférieur, on peut inciser le long des deux côtés les plus longs du triangle, disséquer de bas en haut le triangle cicatriciel circonscrit par ces deux incisions et suturer en forme de Y les bords de la surface triangulaire cruentée, en comblant ainsi la perte de substance due à la dissection du triangle cicatriciel. Ceci transporte plus en haut le point de traction de la cicatrice, autrement dit la cicatrice devient extensible. La même opération peut être faite sur plusieurs points.

Le second procédé consiste à transplanter un lambeau de peau saine au milieu. Prenons par exemple le cas d'une bride cicatricielle puissante étendue du maxillaire inférieur vers la clavicule et présentant, sur une certaine étendue de son bord interne, de la peau saine. Dans ce cas, on coupe la cicatrice transversalement et assez profondément pour avoir sous le couteau du tissu sain. On dissèque ensuite la cicatrice, en haut et en bas de l'incision, de façon à avoir une surface cruentée quadrangulaire. On taille alors dans la peau saine, au côté externe, un lambeau quadrangulaire et on le tord de façon à ce qu'un de ses bords arrive au contact du bord de la peau saine que nous avons supposée sur le côté interne de la bride cicatricielle ; on suture les deux surfaces cutanées saines et le lambeau tordu est encore suturé au fond de la plaie. De cette façon, un lambeau de peau saine se trouve intercalé dans la cicatrice ; la traction s'exerce maintenant des deux côtés du maxillaire et de la clavicule, sur le lambeau cutané, seulement la clavicule et le maxillaire ne sont plus attirés l'un vers l'autre.

Mais si la masse cicatricielle ne renferme pas un seul îlot de peau saine, il faut la diviser transversalement, la disséquer dans une certaine étendue, en enlever une partie plus ou moins considérable et tailler dans la peau voisine un lambeau sain qu'on tord et rabat de façon à pouvoir le suturer au bord de la peau saine qui se trouve de

l'autre côté de la perte de substance. Le lambeau transplanté joue alors le même rôle que dans le cas précédent : en intercalant dans la cicatrice un lambeau de peau saine, on la divise en deux parties, et on l'allonge en même temps, ce qui fait que la tête n'est plus attirée vers la poitrine.

CHAPITRE IV

MALADIES DU CORPS THYROÏDE.

Tandis que la physiologie du corps thyroïde est encore à faire — et Dieu sait quand elle sera faite — la chirurgie de cette glande remonte à l'antiquité. Chez les Grecs, le goître était connu sous le nom de βρογχόκλις. Les Romains connaissaient sa distribution géographique, et Juvénal pouvait dire :

*Quis tumidum guttur miratur in Alpibus? aut quis
In Meroe crasso majorem infante mamellam?*

Celse décrit deux méthodes de traitement opératoire des nodules et des kystes strumeux. L'époque moderne est marquée par de grands progrès accomplis dans le traitement opératoire de cette affection.

Considérations anatomiques. — A l'état normal, le corps thyroïde recouvre par son isthme les 2^e, 3^e et 4^e anneaux de la trachée ; ses lobes latéraux cachent une partie du cartilage thyroïde, descendent au-dessous des 5^e et 6^e anneaux de la trachée et recouvrent le bord interne de la carotide, les parties latérales de l'œsophage et les muscles profonds du cou. Ses attaches à la trachée et au larynx sont très importantes à connaître au point de vue diagnostique. Un ligament moyen le fixe à la face antérieure du cartilage thyroïde et cricoïde ; deux ligaments latéraux l'unissent au cartilage cricoïde et aux trois premiers anneaux de la trachée. Dans ces conditions, la glande thyroïde suit les mouvements du larynx, remonte et descend avec lui pendant la déglutition, et ce fait constitue un signe diagnostique très important pour les tumeurs thyroïdiennes. Le ligament médian est encore important au point de vue opératoire, car si pendant la trachéotomie on veut repousser l'isthme en bas, il faut diviser auparavant ce ligament.

§ 1. — *Goître.*

Comparées avec le goître, les autres affections de la glande thyroïde sont très rares. C'est donc le goître que nous étudierons en premier lieu.

Le nom actuel de *struma* s'appliquait autrefois à toutes les tuméfactions des ganglions lymphatiques, de sorte qu'on parlait non seulement des strumes du cou, mais aussi de celles des aines, de l'aisselle, du mésentère. Ce n'est qu'au commencement de notre siècle que le mot strume fut réservé au goître. En France, la strume est désignée sous le nom de goître, en Italie sous celui de gozzo ou bocio.