

obtenus dans le traitement des angiomes ont donné à penser qu'elle pourrait être utilement employée dans la cure des kystes congénitaux.

**b. Kystes acquis.** — La nature des kystes acquis du cou est encore assez mal connue.

En dehors des kystes sébacés, qui ne présentent ici rien de particulier, on peut rencontrer des kystes à contenu séreux ou sanguin.

En ce qui concerne les kystes sanguins, nous avons fait connaître plus haut l'idée que l'on peut se faire de leurs rapports avec les kystes séreux congénitaux et le système veineux. Il est certain qu'en dehors des collections développées dans le corps thyroïde, les kystes sanguins acquis sont fort rares; ils résultent peut-être parfois de l'enkystement d'un hématome traumatique; dans d'autres circonstances, il ne s'agit pas de kystes proprement dits, mais de productions kystiques dans l'intérieur d'une tumeur sarcomateuse.

Quant aux kystes séreux, leur origine est tout aussi obscure. Il est hors de doute que bien des observations de ce genre doivent être considérées comme se rapportant à des productions congénitales, et le cas est surtout fréquent pour les faits anciens.

Pour les autres, en dehors des kystes hydatiques que nous étudierons plus loin, leur développement est mal connu.

Muron (cité par Gillette), a publié un exemple de kyste séro-sanguin qui paraît s'être développé dans un ganglion.

Pour les hygromas du cou étudiés à la région thyroïdienne par Duplay et dans l'espace thyro-hyoidien par Malgaigne et Boyer, Verneuil a pensé qu'ils pouvaient se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané (1); peut-être prennent-ils leur origine dans les bourses séreuses de la région; mais il est probable que beaucoup de ces tumeurs doivent être rattachées à une origine branchiale.

**c. Kystes hydatiques.** — Nous ne nous occuperons que de ceux qui se sont développés en dehors des organes glandulaires du cou (corps thyroïde, glande parotide, etc). Les kystes hydatiques du cou sont rares. Riedel (2) n'en a relevé que quinze cas. Güterbock, dans un travail postérieur de quelques années à celui de Riedel, en a réuni vingt-six observations; la région cervicale occupe donc la dernière place dans leur ordre de fréquence.

Ces kystes prennent le plus souvent leur origine dans la gaine des gros vaisseaux; aussi leur siège d'élection est-il la région sternomastoïdienne et plus spécialement le bord externe de ce muscle; il arrive même que le muscle bride la tumeur et la divise en deux lobes.

Les *signes physiques* sont ceux de tout kyste hydatique; il existe dans la région cervicale une tumeur arrondie et régulière; à la palpation elle est rénitente ou fluctuante; la transparence est difficile

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, art. CORPS THYROÏDE, par Lyot.

(2) RIEDEL, *Deutsche Chir.*, 1882, fasc. 36.

à constater; d'ordinaire, la tumeur est seulement translucide; une seule fois, dans la statistique de Güterbock, on perçut le frémissement hydatique.

Les *symptômes fonctionnels* sont souvent assez intenses, en raison de la marche en général rapide de la tumeur; ils résultent de compressions qui s'exercent d'une part sur les vaisseaux et les nerfs, et d'autre part sur les os.

Dans le cas de Tillaux, rapporté par Walther (1), il existait des douleurs très vives — au niveau même de la tumeur, avec irradiations dans le bras; en outre, le pouls de la radiale et de l'humérale n'était pas perceptible; il ne reparut que trois jours après la ponction, ce qui prouve que l'artère était oblitérée. Les symptômes nerveux et vasculaires ne sont pas rares.

Du côté des os, on a noté l'usure des vertèbres, la subluxation de la clavicule et même, d'après Güterbock, la luxation des vertèbres cervicales.

La marche de ces tumeurs est généralement rapide; c'est ce qui explique la fréquence et l'intensité des troubles fonctionnels.

Le *diagnostic* sera généralement facile par la ponction. Cependant, dans le cas de Güterbock, on avait pris pour une tumeur ganglionnaire un kyste hydatique suppuré.

On ne confondra pas ces tumeurs avec un abcès froid, avec un lipome ou un sarcome mou et presque fluctuant, avec un kyste séreux congénital; enfin, on sera surtout exposé aux erreurs lorsque le kyste aura contracté des adhérences avec le corps thyroïde; on sera alors naturellement porté à admettre une tumeur de cet organe.

Le *pronostic* est d'ordinaire bénin; cependant, dans un cas de Korte (Riedel), la mort résulta d'une hémorragie due à une érosion artérielle.

Le *traitement* présente assez souvent des difficultés; la ponction n'est qu'un moyen de diagnostic, et l'on se trouve en présence de deux méthodes: incision et drainage, extirpation. Mais cette dernière est fort délicate; aussi, dans six cas traités par l'extirpation, un seul a guéri (Güterbock); sur quatorze cas dans lesquels on a employé l'incision et le drainage, dix seulement ont guéri; trois sont morts d'hémorragie; enfin quatre fois on a recouru seulement à la ponction.

En somme, sur les vingt-quatre cas opérés, dix-huit ont guéri, trois fois la mort survint et trois fois le résultat est demeuré inconnu (Güterbock).

On peut donc établir comme règle que l'extirpation doit être pratiquée lorsque cela sera possible, sinon on aura recours à l'incision et au drainage.

**d. Angiomes et kystes sanguins.** — Les angiomes superficiels ne nous arrêteront pas; quant aux angiomes profonds, nous ne re-

(1) WALTHER, *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus.



viendrons pas sur leurs rapports avec les kystes séreux, qui ont été exposés dans un chapitre précédent; nous renvoyons pour plus de renseignements à l'excellent article de Pierre Delbet dans le premier volume de ce *Traité*.

Nous nous contenterons de rappeler les rapports de ces tumeurs avec le système veineux, ce qui explique d'une part leur facile et complète réductibilité, d'autre part la difficulté de l'intervention.

Les angiomes superficiels sont traités par l'excision, à moins qu'ils n'aient un volume considérable, auquel cas on sera réduit aux diverses méthodes proposées dans le premier volume et dont la meilleure paraît être la galvanopuncture. Lorsqu'on aura affaire à un kyste bien limité, on aura le choix entre l'extirpation et la ponction avec injection.

Enfin, si l'on se trouve en présence d'un de ces angiomes communiquant largement avec le système veineux, le mieux sera de mettre la tumeur à nu et de l'extirper en liant les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présenteront.

## VI

## TORTICOLIS

On dit qu'il y a torticolis, quand la tête et le cou sont inclinés en dehors de la ligne axiale du corps. Cette déviation peut être physiologique, c'est le torticolis volontaire, dû à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, celui qu'on appelle le torticolis des petits-maitres, celui de l'attitude hautaine.

Ce torticolis volontaire, bien qu'il puisse, dans certains cas, aboutir à une déviation permanente, ne mérite pas qu'on s'y arrête plus longtemps. Le vrai torticolis est une difformité involontaire, passagère ou permanente.

Cette difformité involontaire peut être le résultat d'affections bien différentes, ce qui a permis de considérer trois grandes variétés de torticolis; le torticolis osseux, le torticolis musculaire et le torticolis cutané.

Les deux premières variétés ont leur place tout indiquée dans l'étude des affections des os et des affections des muscles dont ils ne sont qu'un symptôme. Le TORTICOLIS CUTANÉ, appelé encore torticolis cicatriciel, n'est dû qu'à la rétraction des cicatrices du cou, consécutives à des pertes de substance étendues, telles qu'on les rencontre dans les brûlures, les phlegmons, les abcès froids de cette région.

Le TORTICOLIS OSSEUX OU ARTICULAIRE, est produit habituellement par les ostéo-arthrites tuberculeuses cervicales, surtout le mal sous-occipital. Quelquefois, il peut être dû à une arthrite rhumatismale, ou à un traumatisme, tel que luxation ou fracture.

Le TORTICOLIS MUSCULAIRE nous arrêtera seul ici. C'est la difformité produite et entretenue par l'affection primitive d'un quelconque des muscles du cou. Ordinairement, il s'agit de rétraction et le muscle atteint est le sterno-mastoïdien; la déviation qui en résulte est l'inclinaison de la tête sur l'épaule d'un côté, pendant que la face regarde du côté opposé. C'est l'attitude typique du torticolis.

Le torticolis musculaire peut être aigu ou chronique. On pourrait se dispenser de décrire dans un *Traité de chirurgie* le *torticolis aigu*, s'il n'aboutissait quelquefois au type chronique et si lui-même ne soulevait dans certains cas des questions intéressantes de diagnostic. Nous le décrivons donc, suivant en cela l'usage établi.

Dans le *torticolis chronique*, l'attitude pathologique est produite par la rétraction de certains muscles ou par leur contraction spasmodique.

Il en existe donc deux espèces principales: le torticolis *par rétraction*, le plus ordinaire, celui qu'on désigne habituellement en clinique par le mot de torticolis employé sans épithète, et le torticolis *spasmodique*, beaucoup plus rare, surtout intéressant par les traitements qu'on lui a opposés. Nous décrivons ces deux espèces dans des chapitres spéciaux.

On a décrit aussi une troisième espèce de torticolis chronique, le torticolis *paralytique*, dû à la contraction tonique normale de certains muscles quand les antagonistes paralysés n'agissent plus. Mais l'existence même de cette troisième variété est très douteuse, et elle semble n'avoir été créée que par analogie avec ce qu'on observe dans les membres en cas de paralysie. Sa description ne s'appuie que sur un mémoire de Winslow (1), qui cite une observation personnelle et trois autres, dont deux de Bootius et la troisième de Rivière. Ces observations, ainsi que l'a montré Guyon (2), ne sont pas suffisamment probantes.

Plus près de nous, V. Duval (3) a rencontré trois fois chez des hémiplégiques l'inclinaison du cou du côté opposé à la paralysie. Bien que ce soit un accident peu fréquent de l'hémiplégie, on ne peut considérer ces faits comme des exemples de torticolis paralytique. Dans ces cas, on a l'attitude ordinaire du torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien, mais comme en réalité il n'existe ni rétraction, ni contracture, il est facile de redresser la tête qui retombe dès que le chirurgien l'abandonne à elle-même.

**a. Torticolis musculaire aigu.** — **Étiologie.** — Le torticolis musculaire aigu ou passager est souvent appelé torticolis rhumatismal. On doit l'attribuer, en effet, le plus ordinairement, à l'action du

(1) WINSLOW, Sur une contorsion involontaire du cou (*Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1735, p. 299).

(2) GUYON, Art. TORTICOLIS, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3<sup>e</sup> série, t. XVIII, p. 683.

(3) VINCENT DUVAL, Mémoire sur le torticolis ancien (*Revue des spécialités*, 1843).