

complète du sterno-mastoïdien, pour éviter la récurrence presque constante en pareil cas.

Manuel opératoire de la ténatomie. — Deux méthodes sont actuellement employées : 1° la ténatomie sous-cutanée, méthode classique; 2° la ténatomie à ciel ouvert.

1° *Ténatomie sous-cutanée.* — Pour faire la section du faisceau sternal, le malade étant couché sur le dos, le cou soigneusement désinfecté, la tête maintenue par un aide de façon à bien faire saillir le muscle, on détermine le point d'élection, situé à 15 ou 20 millimètres au-dessus du sternum, et on cherche à reconnaître le siège de la jugulaire antérieure et de la jugulaire externe.

La section du tendon peut être faite de la superficie vers la profondeur (méthode sus-tendineuse préconisée par J. Guérin), ou bien au contraire de la profondeur vers la superficie (méthode sous-tendineuse recommandée par Duval).

Pour couper le tendon d'avant en arrière, au côté externe du tendon on fait à la peau un pli vertical à la base duquel est introduit un ténotome pointu; l'instrument est introduit à plat au-devant du tendon jusqu'au bord interne, puis retourné à angle droit, le tranchant en arrière; le muscle est alors coupé par de petits mouvements de scie bien limités, de façon à éviter toute échappée. La section se traduit par un bruit caractéristique (cri de l'étain), puis par le redressement brusque de la tête toujours maintenue par l'aide. Le ténotome retiré, une petite dépression de la peau indique l'écartement des deux bouts. Si le redressement n'est pas complet, il faut imprimer à la tête un mouvement en sens inverse de la rotation (ce que Duval appelait le coup du malin) pour rompre les tractus fibreux et la gaine épaissie et rétractée. La tête redressée, on éponge les gouttelettes de sang qui suintent à l'orifice de la ponction et l'on fait l'occlusion avec du collodion iodoformé ou salolé.

Au lieu de pratiquer toute l'opération avec le même instrument, on peut faire la ponction avec un ténotome pointu et la section avec un ténotome mousse.

La méthode sous-tendineuse de Duval consiste à pincer et à soulever de la main gauche le tendon, puis à passer l'instrument au-dessous et à couper d'arrière en avant.

Ce procédé, plus brillant, garantit mieux contre la blessure des parties profondes, mais expose à sectionner la peau si l'effort n'est pas bien mesuré.

Les deux procédés précédents sont applicables à la section du chef claviculaire; mais la section d'avant en arrière permet d'éviter plus sûrement la blessure de la jugulaire externe (Dubreuil).

2° *Ténatomie à ciel ouvert* (1). — La section du sterno-mastoïdien à ciel ouvert

(1) Volkmann, mécontent des résultats que lui avait fournis dans certains cas la ténatomie sous-cutanée, mit à nu le sterno-mastoïdien par une large incision, réséqua la portion la plus indurée du muscle, sectionna la gaine épaissie; en six ans il fit une douzaine de ces opérations; les résultats opératoires et thérapeutiques furent toujours excellents (*Centralbl. für Chirurgie*, 1885, XII, p. 255). Billroth, Lorenz (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1886, XXXI, p. 554), Heineke, Bradford (*Boston med. and surg. Journal*, 1888, vol. CXVIII, n° 12, p. 285), Keetley, adoptèrent la méthode de Volkmann qui est aujourd'hui presque exclusivement employée par les chirurgiens allemands. En France, Levrat, Lannelongue, Kirmisson, Lucas-Championnière, bientôt suivis par d'autres opérateurs, firent la section à ciel ouvert et les résultats furent assez remarquables pour que, dans une récente discussion à la Société de chirurgie (25 juin et 2 juillet 1890), Kirmisson soutint que cette méthode est un véritable progrès, et que Lucas-Championnière pût conseiller de l'employer d'une façon systématique dans tout torticolis où la section de l'un ou l'autre des chefs du sterno-mastoïdien, ou des deux chefs à la fois est indiquée.

n'a point de manuel opératoire spécial. On peut mettre le muscle à découvert par une incision longitudinale pratiquée sur son bord interne, comme l'a fait Volkmann. Il est alors facile, en faisant écarter la lèvre externe de l'incision, non seulement de sectionner le muscle, mais encore d'en réséquer une partie; c'est ainsi que Volkmann avait coutume d'enlever toute la portion la plus indurée, « la callosité ».

Une incision horizontale, à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, permet de mettre largement à nu et de couper sous ses yeux toute la portion sternale et la portion claviculaire. C'est cette dernière incision qui est la plus ordinairement employée aujourd'hui.

Tout récemment, Lorenz (1) a préconisé une incision placée entre les deux chefs du muscle; il suffit de faire bâiller les deux lèvres pour couper facilement les deux chefs, et surtout la cicatrice ainsi placée est moins apparente.

La ténatomie à ciel ouvert a pour avantages (2) d'être plus facile et d'exposer à moins d'accidents que la ténatomie sous-cutanée; la section des brides fibreuses de la gaine épaissie est pratiquée très aisément, d'une façon plus large, plus efficace, de sorte que le redressement peut être fait presque immédiatement dans des cas où il n'aurait pu être obtenu que par un long traitement orthopédique, après la section sous-cutanée.

L'immense avantage de la méthode sous-cutanée (3) était autrefois de mettre, presque sûrement, à l'abri des complications dues à l'infection de la plaie opératoire; l'emploi de l'antisepsie lui a enlevé ce privilège. Il ne peut donc aujourd'hui entrer en ligne de compte dans un parallèle entre les deux méthodes.

Les veines peuvent être blessées par l'incision sous-cutanée. Robert coupa la jugulaire externe, Volkmann blessa la jugulaire interne. Il est évident que ces accidents sont moins à redouter dans la section à ciel ouvert, conduite avec précaution. Pendant la section des brides fibreuses profondes, il faut faire grande attention pour ne pas intéresser les veines; mais, si pareil accident se produisait, il serait beaucoup plus facile que dans l'incision sous-cutanée d'arrêter immédiatement l'hémorragie.

Tout semble donc plaider en faveur de cette dernière méthode et de fait il semble aujourd'hui qu'elle serait partout acceptée si elle n'exposait pas à un inconvénient important, la cicatrice. Cette cicatrice toujours visible, même après la réunion parfaite, peut, chez certains sujets, devenir exubérante (4), chéloïdienne. Aussi Volkmann lui-même n'employa-t-il sa méthode que chez des garçons.

On doit donc conserver (5) la ténatomie sous-cutanée, au moins pour le chef sternal; elle offre plus de dangers pour le chef claviculaire qui présente des expansions aponévrotiques mal connues, et qui s'opposent souvent à une correction complète de la déviation (6).

(1) LORENZ, *Pathologie et traitement du torticolis musculaire*. Société des méd. de Vienne, 20 fév. 1891. *Mercredi médical*, 1891, n° 9, p. 112.

(2) DUCURTIL, *De la ténatomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique, consécutif à une rétraction du sterno-mastoïdien*. Thèse de doct. de Paris, 1889, n° 145. — KIRMISSON, *Maladies de l'appareil locomoteur*, p. 257, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 171. — LEVRAT, *Province médicale*, 1888, n° 43, p. 609.

(3) VERNEUIL, *De la méthode sous-cutanée*. *Mémoires de chir.*, t. I, p. 511.

(4) JALAGUIER, *Ténatomie chez une petite fille de quinze mois, cicatrice légèrement exubérante*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 495.

(5) GROSS, *Ténatomie sous-cutanée et ténatomie à ciel ouvert pour torticolis musculaire*. *Sem. méd.*, 1890, n° 42, p. 355.

(6) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 25 juin, 1890, t. XVI, p. 485.

Si, au cours de l'opération, on craint de blesser une veine irrégulièrement placée (cas de Jalaguier), ou bien si des brides fibreuses résistantes empêchent la réduction après la section du tendon, il ne faut pas hésiter à inciser la peau et à débrider à ciel ouvert les couches fibreuses.

Traitement consécutif. — Le redressement obtenu doit être maintenu ou achevé par un traitement orthopédique consécutif. On a souvent conseillé de ne faire le redressement qu'au bout de quelques jours et d'attendre la cicatrisation de la petite plaie opératoire avant d'appliquer l'appareil. Depuis longtemps, Tillaux a préconisé l'application immédiate de l'appareil (1), et cette pratique est aujourd'hui généralement adoptée.

On peut employer pour maintenir le redressement, des colliers en cuir moulés; mais ils sont souvent insuffisants et mal supportés. Les minerves, composées d'une portion pelvienne et thoracique destinée à servir de point



FIG. 145. — Appareil de Sayre.



FIG. 144. — Appareil de Kirrison.

d'appui, et d'une portion céphalique qui emboîte la tête, permettent d'agir plus efficacement, surtout sur la rotation, toujours difficile à corriger.

Depuis quelques années, beaucoup de chirurgiens ont adopté, comme appareil de choix, l'appareil de Sayre (2), très simple et très efficace: « On commence, dit l'auteur, par placer sur le front une large bande de diachylon pour prévenir tout glissement. A chaque bout, on coud une bande de mousseline qui entoure la tête, et on fixe à ce bandeau, du côté sain, une courroie élastique en anse dont le plein répond à l'aisselle. La longueur de cette courroie doit être juste suffisante pour retenir la tête dans son attitude normale. »

Kirrison a encore simplifié cet appareil en entourant la tête et le thorax de deux larges bandes de diachylon; ces bandes sont rapprochées à l'aide d'un tube de caoutchouc qui maintient la tête constamment inclinée sur le côté opposé à la difformité.

(1) TILLAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 485.

(2) SAYRE, *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique*, traduction Thorens. Paris, 1887, p. 468.

La méthode de l'extension continue (1), préconisée par Volkmann et la plupart des chirurgiens allemands, donne aussi d'excellents résultats. L'extension est maintenue complète pendant dix à quinze jours en moyenne; après ce temps, on permet aux opérés de s'asseoir pour prendre leurs repas: plus tard on n'applique plus l'appareil que pendant la nuit.

Gross (de Nancy) rapporte un cas de torticolis congénital extrêmement prononcé (tête inclinée à 45 degrés sur l'épaule) qui fut guéri en un mois par ce traitement, après section sous-cutanée des deux chefs du sterno-mastoïdien.

Le massage, la gymnastique peuvent très utilement aider l'extension continue dans les cas où la colonne vertébrale présente des courbures accentuées et difficiles à redresser (Lorenz).

Extirpation du sterno-mastoïdien. — Dans cette opération, préconisée par Mikulicz (2), le sterno-mastoïdien est enlevé en totalité ou en partie suivant le degré et l'étendue de la transformation fibreuse de son corps charnu.

Voici le manuel opératoire conseillé et couramment employé par Mikulicz: Incision de 5 ou 4 centimètres, longitudinale entre les deux chefs inférieurs du muscle; décollement de ces deux faisceaux avec le doigt ou la spatule, pour éviter toute blessure de la jugulaire; section des insertions au sternum et à la clavicule; traction sur les deux chefs solidement saisis chacun par une forte pince; cette traction permet, en inclinant progressivement la tête, de dégager peu à peu le muscle jusqu'à son extrémité supérieure et de le réséquer en totalité, en évitant avec soin de blesser le nerf spinal — suture de la peau sans drainage, légère compression.

Le dégagement des deux chefs du muscle comme premier temps de l'opération, permet de s'assurer du degré des lésions; si un faisceau musculaire paraît intact, il est facile de le conserver. Mikulicz a fait 17 fois cette opération (5 fois extirpation partielle, 9 fois extirpation totale) sans aucun accident. Gluck (3), Hendrix (4) en ont aussi obtenu de bons résultats.

La résection totale du sterno-mastoïdien est une précieuse ressource dans les cas où la dégénérescence fibreuse continue à s'étendre après la ténotomie. Dans

(1) Nous ne pouvons indiquer ici tous les appareils à extension continue, à suspension, qui ont été préconisés dans le traitement consécutif du torticolis. Voici la méthode recommandée par Gross dans le travail que nous avons cité plus haut:

« Pour notre part nous préférons avoir recours à l'extension continue, d'après la méthode de Volkmann, et voici l'appareil que nous employons: l'opéré est couché dans son lit, un petit collier en cuir moulé, dit fronde de Glisson, emboîte le menton et est fermé à la nuque ou mieux sur le côté, au moyen d'une boucle. Ace collier se trouvent fixées de chaque côté deux petites lanières en cuir, réunies à leur extrémité libre par un anneau. Les anneaux qui, à droite et à gauche, terminent ces lanières, s'accrochent aux extrémités d'un petit arc en fer qui les maintient écartés et les empêche ainsi de comprimer les oreilles et les côtés de la tête. En son milieu l'arc métallique porte un troisième crochet auquel est attachée une corde passant sur une poulie fixée à la tête du lit. A l'extrémité de la corde se trouvent fixés les poids extenseurs. La force extensive varie de 500 grammes à 1 kilogramme pour les enfants, de 1 à 5 kilogrammes chez les jeunes gens et les adultes. La contre-extension est obtenue par le poids du corps. Pour cela il suffit de relever les pieds de tête du lit d'une hauteur de 50 à 40 centimètres. L'appareil ainsi disposé est parfaitement supporté même par les enfants; les opérés auxquels nous l'avons appliqué, n'en ont jamais éprouvé d'inconvénients. »

(2) MIKULICZ, *Ueber die Extirpation des Knopfnickers beim musculosum Schiffhalse*. *Centralbl. für Chir.*, 1895, n° 1.

(3) GLÜCK, *Traitement chirurgical d'un torticolis congénital*. *Berl. klin. Woch.*, 26 août 1895, p. 747.

(4) HENDRIX, *Torticolis invétéré. Résection du sterno-mastoïdien*. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 mars 1896.

un relevé de 22 cas de torticolis opérés à la clinique de Garré en quinze ans, Hartmann rapporte les résultats suivants : après ténotomie sous-cutanée ou section à ciel ouvert du sterno-mastoïdien, 7 malades ont été absolument guéris, 5 presque complètement; 9 gardent encore un léger torticolis; 5 ont une déviation plus accentuée qu'avant l'opération. C'est à ces derniers cas que Hartmann restreint l'indication de l'opération de Mikulicz.

Il peut arriver que, même après la résection totale du muscle, la déviation ne soit pas entièrement corrigée. Dans les cas de Hendrix le résultat fut incomplet par suite d'un certain degré de scoliose cervicale.

Après l'opération de Mikulicz, le traitement orthopédique doit être fait comme après la ténotomie.

III. — DU TORTICOLIS INTERMITTENT

La déviation passagère de la tête et du cou est le caractère commun aux accidents variés que l'on a réunis sous le nom de *torticolis intermittent*, de *torticolis spasmodique*.

Les faits de torticolis intermittent se rapportent en effet, tantôt à de véritables *convulsions épileptiformes*, tantôt à des *spasmes cloniques*, *tics convulsifs*, quelquefois périodiques, tantôt à des *spasmes toniques*. Enfin, dans une variété plus rare, que Vulpian⁽¹⁾ appelait *torticolis fonctionnel*, et à laquelle Tillaux⁽²⁾ donne le nom de *torticolis par action dynamique*, la déviation semble être le résultat d'un défaut de synergie musculaire.

Nous laisserons de côté les faits qui n'appartiennent qu'à la pathologie médicale, pour nous occuper seulement de ceux dans lesquels on peut être conduit à intervenir chirurgicalement.

La forme habituelle, celle qu'on retrouve décrite dans la plupart des observations de *torticolis spasmodique*, consiste dans l'existence de spasmes cloniques, revenant par accès plus ou moins fréquents, suivis parfois d'une contracture qui dure plus ou moins longtemps et peut arriver à occuper tout l'intervalle des accès, à devenir en réalité permanente. L'affection arrivée à ce degré constitue le torticolis appelé quelquefois *tonico-clonique*⁽³⁾.

La forme de l'accès est très variable suivant les cas; tantôt il y a un véritable spasme, une contraction régulière, graduelle, persistant plus ou moins longtemps, tantôt plusieurs secousses répétées coup sur coup et s'accompagnant d'une douleur fort vive.

Le spasme est, dans certains cas, limité au sterno-mastoïdien; d'autres fois le trapèze, plus rarement le splénius ou d'autres muscles participent à la convulsion ou à la contracture.

Rien n'est plus variable que la manière dont apparaissent les accès (tantôt à heure fixe, tantôt à l'occasion d'un mouvement déterminé, d'une position particulière, d'une émotion, etc.), ou que la durée et la forme de ces accès chez les différents malades.

Le *torticolis par action dynamique* a une physionomie toute spéciale. Nous

(1) VULPIAN, cité par Tillaux, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 810.

(2) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, fasc. 2, p. 516.

(3) BENEDIKT, *Torticolis tonico-clonique*. Coll. méd. de Vienne. *Semaine médicale*, 1888, n° 48, p. 455.

ne pouvons mieux faire que de reproduire la description donnée par Tillaux, d'après le cas qu'il a observé : « Voici comment se produisent les phénomènes chez un sujet type. Le malade est, je suppose, couché, et la tête repose à plat sur l'oreiller; il n'existe alors aucune déviation; Vient-il à s'asseoir de telle sorte que la tête ne soit plus soutenue, celle-ci perd aussitôt son équilibre; on la voit d'abord s'incliner latéralement et se porter ensuite en rotation. Ces mouvements s'exécutent d'une manière lente et graduelle, sans secousse. L'attitude vicieuse persiste tant que la tête n'est pas ramenée à sa position normale, et on l'y ramène facilement, sans effort, pour la voir retomber aussitôt qu'on l'abandonne. Il s'agit donc bien là d'un défaut de synergie musculaire. »

L'étude de la pathogénie de ces diverses formes de torticolis intermittents appartient tout entière à la neuropathologie et ne doit pas nous arrêter ici. Dans une excellente thèse, Camille Isidor⁽¹⁾ a étudié avec beaucoup de soin les formes cliniques diverses du torticolis spasmodique et a bien montré l'hésitation des théories pathogéniques s'adressant successivement aux muscles, aux nerfs, aux centres nerveux, puis enfin à une véritable psychose.

Beaucoup plus importante pour nous est la question du traitement, car, depuis quelques années, des interventions chirurgicales ont été pratiquées, souvent avec succès, dans ces cas.

Le traitement doit consister tout d'abord dans l'administration des antispasmodiques, des altérants, des hyposthénisants, dans l'emploi de l'électricité, du massage, d'appareils. Il doit être varié suivant la cause présumée de l'affection. Si tous les moyens employés restent impuissants, l'intervention est indiquée et on peut faire alors soit l'*élongation*, soit la *résection du nerf spinal*, soit la *résection des branches postérieures des nerfs cervicaux*, soit enfin la *section des muscles atteints*, opération autrefois proposée par J. Guérin pour le sterno-mastoïdien, puis abandonnée et aujourd'hui défendue par Kocher.

Campbell de Morgan⁽²⁾ est regardé comme ayant fait le premier, en 1861, la résection du spinal. L'opération, répétée à de rares intervalles à l'étranger, fut pratiquée pour la première fois en France en 1882, par Tillaux⁽³⁾, qui donna, à ce sujet, un manuel opératoire devenu classique⁽⁴⁾.

Schwartz⁽⁵⁾, dans un intéressant mémoire, réunissait en 1886 les 9 faits connus d'élongation ou de résection du spinal⁽⁶⁾. Sur ces 9 faits, 5 résections

(1) CAMILLE ISIDOR, *Étude du torticolis spasmodique et de son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1895, n° 182.

(2) Isidor, cependant, rapporte, d'après Stromeyer, un cas de section des spinaux pratiquée en 1854 par Bujalski.

(3) TILLAUX, *Torticolis fonctionnel, résection du nerf spinal*. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 31 janv. 1882, p. 84.

(4) Voici le manuel opératoire conseillé par Tillaux : faire le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien une incision de 6 centimètres environ, comprise entre deux lignes horizontales passant l'une par l'angle de la mâchoire, l'autre par le bord supérieur du cartilage thyroïde; après section de la peau, du peaucier et de la gaine du sterno-mastoïdien, dégager et soulever le bord postérieur du muscle; le spinal alors mis à nu doit être coupé le plus haut possible, afin qu'on puisse être certain d'atteindre la branche du trapèze.

Chipault, après avoir passé en revue les différents procédés employés pour atteindre le spinal, donne la préférence à la voie prémastoïdienne, c'est-à-dire à l'incision faite sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. (*Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. II, p. 294.)

(5) SCHWARTZ, *De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 811.

(6) Voici les observations rapportées par Schwartz : MORGAN, *British and Foreign medico-chirurg. Review*, juillet 1861, et *Lancet*, 5 août 1867 (2 cas). — RIVINGTON, *Lancet*, 1879, vol. I, p. 215. — ANNANDALE, *Lancet*, 1879, vol. I, p. 556. — MOSETIG MOORHOF, *Wiener med. Presse*.

du nerf fournirent 2 guérisons et 3 améliorations; 2 élongations donnèrent 1 guérison et 1 insuccès complet; enfin la résection fut pratiquée 2 fois après l'élongation, dans un cas avec un succès complet, dans l'autre avec une très notable amélioration.

Nous ajoutons en 1891 à la statistique de Schwartz : 6 cas de résection (Sands⁽¹⁾, Ballance⁽²⁾, Southam⁽³⁾), avec 5 succès, 1 cas d'élongation (Benedikt⁽⁴⁾), avec amélioration; ensuite guérison par l'électrisation; enfin 1 cas de ligature (Collier⁽⁵⁾) qui donna aussi un bon résultat.

Isidor⁽⁶⁾, en 1895, a pu réunir 42 cas de résection simple du nerf spinal avec 6 guérisons, 14 améliorations et 22 insuccès (7 de ces derniers malades ont été plus tard opérés par la section des branches postérieures des nerfs cervicaux). Dans 6 autres cas, la résection fut faite en même temps que l'élongation; il y eut 2 guérisons, 3 améliorations et 1 insuccès.

Il est du reste difficile d'apprécier dans une statistique les résultats de ces opérations, car ce n'est souvent qu'après un temps assez long que se manifeste une réelle amélioration, tandis que des malades d'abord considérés comme guéris ont eu une récurrence à plus ou moins longue échéance.

La récurrence après la résection du spinal a conduit les chirurgiens à s'attaquer à d'autres nerfs. Déjà Terrillon⁽⁷⁾ avait sectionné, pour compléter l'opération, le filet du facial qui se distribue au premier; il avait même eu l'intention de couper les branches du plexus cervical profond, mais y renonça devant la difficulté de découvrir les troncs nerveux.

Keen⁽⁸⁾, le premier, conseilla la section des branches postérieures cervicales. Gardner et Gilles⁽⁹⁾ pratiquèrent cette opération dont ils ne firent connaître que plus tard les résultats : Keen, Smith, Barker, Powers, publièrent bientôt des cas analogues et Isidor a rassemblé 8 observations de cette opération. Comme le fait très justement observer Chipault⁽¹⁰⁾, il n'y a pas ici de description possible d'un manuel opératoire précis. C'est par une véritable dissection de la région profonde de la nuque qu'on peut arriver à découvrir et à réséquer les branches postérieures des 3 premières paires cervicales. Il est facile de comprendre l'extrême complexité de cette opération. Les résultats obtenus ont été 2 guérisons, 2 améliorations, 2 insuccès, 1 résultat douteux, 1 cas non suivi (Isidor).

1881, n° 27, p. 855. — TILLAUX, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 31 janvier 1882, p. 84. — NICOLADONI, *Wiener med. Presse*, 1882, n° 29, p. 921. — TERRILLON, cas inédit. — SCHWARTZ, observation personnelle.

(1) SANDS, *Résection du spinal pour torticolis. Annals of anat. and surg.*, vol. VIII, 1885, p. 276. 2 cas, 1 succès.

(2) BALLANCE, *Torticolis spasmodique. Résection du nerf spinal accessoire. Saint-Thomas hosp. reports*, XIV, p. 95.

(3) SOUTHAM, *Traitement du torticolis spasmodique par la section du spinal. British med. Journal*, 31 janvier 1891, p. 222. — 5 cas, 2 succès complets confirmés, 1 succès encore trop récent pour pouvoir être affirmé.

(4) BENEDIKT, *Pathologie et traitement du torticolis. Wiener med. Presse*, 1889, n° 4, p. 129. — 1 cas d'élongation.

(5) COLLIER, *Torticolis spasmodique traité par la ligature du nerf; guérison. Lancet*, 21 juin 1890, p. 1554.

(6) ISIDOR, *loco citato*, p. 61.

(7) TERRILLON, Observation citée par Schwartz. *Loco citato*.

(8) KEEN, *Nouvelle opération pour le torticolis spasmodique. Journal of the nerv. and ment. dis.*, décembre 1889.

(9) GARDNER et GILLES, *Neurectomie dans le torticolis spasmodique. Austral. med. Journal*, 1892, t. XIV, p. 613, et 1895, t. XV, p. 49.

(10) CHIPAULT, *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. II, p. 595.

Je ne ferai que mentionner ici l'exothyropexie proposée par Pauly⁽¹⁾ pour des malades atteints de goitre avec torticolis spasmodique.

La trépanation proposée par Dercum⁽²⁾ pour atteindre le centre de la rotation de la tête n'a pas été pratiquée.

Au lieu de réséquer les nerfs, Kocher s'est attaqué aux muscles atteints de spasme et de Quervain⁽³⁾ dans une intéressante revue a fait récemment connaître les résultats de cette pratique. Les myotomies portent soit sur le sterno-mastoïdien, soit sur les muscles postérieurs : trapèze, splénius, grand complexus, petit complexus (en ayant bien soin de ménager le grand nerf occipital), oblique inférieur.

Les diverses myotomies sont associées suivant la forme de la déviation spasmodique. C'est ainsi que dans le torticolis rotatoire typique, Kocher coupe le sterno-mastoïdien d'un côté et les muscles postérieurs du côté opposé. Si l'inclinaison latérale prédomine, la section porte sur tous les muscles du même côté. Si enfin il s'agit de spasme des muscles postérieurs (*retrocolis spasm*), il faut couper les muscles cervicaux des deux côtés.

Sur 12 opérations de myotomies pratiquées par Kocher, de Quervain note : 7 guérisons, 5 améliorations, 2 insuccès; mais dans ces deux derniers cas, le traitement était encore incomplet, la section n'ayant porté dans un cas que sur les rotateurs postérieurs seuls, dans l'autre que sur le sterno-mastoïdien seul.

Cette opération est beaucoup moins pénible, beaucoup moins grave que l'opération de Keen, elle n'entraîne pas comme cette dernière de paralysie incurable, et de Quervain la recommande comme méthode de choix dans le traitement du torticolis spasmodique, après éche du traitement orthopédique.

CHAPITRE V

CICATRICES DIFFORMES ET VICIEUSES (4)

Les cicatrices du cou présentent un réel intérêt pour le chirurgien. *Difformes*, elles constituent une infirmité choquante, dans une région toujours en partie

(1) PAULY, *Goitre et torticolis spasmodique. Bulletin médical*, déc. 1894.

(2) DERCUM, *Torticolis spasmodique, etc. Med. and surg. Rep.*, 1894, p. 59.

(3) DE QUERVAIN, *Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique par la méthode de Kocher. Semaine méd.*, 1896, p. 405.

(4) MERLE, *Des cicatrices du cou et de leur traitement. Thèse de doct. de Paris*, 1869. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. V, p. 72. — GILLETTE, art. *Cou* du *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1^{re} série, t. XXI, p. 538. — SPENCER WATSON, *Rétraction cicatricielle après une brûlure du cou. The Practitioner*, déc. 1875, p. 417. — VERNEUIL, *Autoplastie. Mémoires de chir.*, t. I, p. 70, 1877. — CROUZET, *Contribution à l'étude des cicatrices. Thèse de doct. de Paris*, 1879, n° 157. — QUINLAIN, *Procédé à employer pour éviter les cicatrices consécutives aux abcès du cou. Lancet*, 1885, t. I, p. 94. — MONOD, *Chéloïde cicatricielle du cou. Bull. de la Soc. de chir. Paris*, 1885, p. 524. Discussion, suite de l'observation, guérison après extirpation. *Ibid.*, 1885, p. 716. — MORTON, *Chéloïde envahissante amenant une déformation considérable de la face et du cou. Philad. med. Times*, 17 janv. 1885. — GUYARD, *Du traitement des chéloïdes. Thèse de doct. de Paris*, 1886. — VON HACKER, *Manière de combler les vastes pertes de substances de la peau avec des lambeaux frais, à un ou deux pédicules, pris sur des parties éloignées du corps. Arch. für klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, fc. 1, p. 91. — QUINQUAUD, *Chéloïdes datant de dix-huit mois disparues en quinze jours par des douches sulfureuses chaudes. Ann.*