

mière enfance, que l'obliquité persistante de la tête aura pour conséquence une altération de forme des articulations entre l'axis et l'atlas et entre l'atlas et l'occipital du côté malade. Les surfaces articulaires entre l'atlas et l'axis étant soumises à une pression plus forte, deviendront plus grandes et plus inclinées. Par contre l'articulation atloïdo-axoïdienne du côté opposé n'est plus soumise à aucune pression ; ses surfaces articulaires devront donc devenir plus petites, et même dégénérer en tissu conjonctif, car toute articulation qui ne fonctionne pas est fatalement vouée à une destruction lente. Chez plusieurs de mes opérés, les mouvements dans la direction opposée étaient si limités après l'opération, que j'ai été conduit à admettre l'existence de semblables altérations, bien qu'elles n'aient pas encore été démontrées à l'autopsie. Par contre, il est facile de constater, sans le secours de la dissection, les changements de forme des os du crâne et de la face. Du côté malade ces os se développent beaucoup moins que du côté sain ; le résultat de cette inégalité de développement est une asymétrie considérable de la face, asymétrie qui, dans les cas graves, peut même devenir plus choquante que l'obliquité de la tête.

Chez les personnes âgées on observe quelquefois un torticolis provenant de contractions cloniques d'un sterno-mastoïdien ; la tête est animée d'oscillations continuelles dans le sens des mouvements que produit la contraction physiologique de ce muscle. Il s'agit là évidemment d'une forme nerveuse du torticolis : mais la pathogénie de ces contractions cloniques est encore plongée dans une profonde obscurité.

§ 5. — Le **traitement** du torticolis ne peut être très efficace que dans le premier stade de la maladie, alors qu'elle n'a pas encore donné lieu à la scoliose compensatrice, aux altérations probables des surfaces articulaires, à l'asymétrie de la face, telle que nous l'avons décrite plus haut.

Nous ne parlerons pas ici du traitement purement orthopédique. Nous ne voulons pas nier la possibilité d'une correction définitive de la déviation par une extension de la tête continuée avec persévérance. Il n'en est pas moins vrai que la **ténotomie** conservera toujours ses droits dans le traitement de la rétraction musculaire. C'est à DUPUYTREN que nous devons la première **section sous-cutanée** du sterno-mastoïdien. DIEFFENBACH en devint un chaud partisan, et c'est grâce à ce dernier, ainsi qu'aux efforts de STROMEYER, que cette opération fut définitivement introduite dans la pratique. Il ne faut pas demander à la **ténotomie** plus qu'elle ne peut donner ; elle produit simplement une perte de substance destinée à compenser le raccourcissement du muscle ; elle permet d'allonger ultérieurement, par des tractions méthodiques, le tissu conjonctif qui réunit les deux parties du muscle sectionné. On peut ainsi obtenir la guérison avec les réserves formulées plus haut.

Opération. En général il suffit de sectionner la **portion sternale**

du muscle. Dans les opérations pratiquées jusqu'ici, l'incision a porté sur les points les plus divers, tantôt près de l'insertion supérieure, tantôt à une distance variable de l'insertion inférieure.

Actuellement on est plus ou moins d'accord de faire l'incision à un ou deux centimètres au-dessus de la tête de la clavicule. L'opération est plus facile à cet endroit à cause de la forte saillie du muscle. En outre, au point de vue anatomique, c'est le lieu d'élection, car une lésion de la jugulaire externe est impossible à ce niveau, et, avec un peu de précaution, on évitera facilement les gros vaisseaux situés au-dessous du sterno-mastoïdien, à savoir la sous-clavière et la carotide, d'autant plus que le muscle tendu fait une forte saillie en avant, tandis que les vaisseaux sont situés plus profondément¹. Dans la règle on fait pénétrer le bistouri sur la face postérieure du muscle que l'on sectionne d'arrière en avant, ce qui permet déjà d'éviter une lésion des vaisseaux. Du reste un pareil accident ne paraît pas avoir été observé une seule fois jusqu'à présent.

Avant de procéder à la **ténotomie**, on lavera soigneusement la peau du cou avec de l'eau et du savon, puis avec une solution phéniquée. Le malade étant chloroformé, un aide maintient la tête fixée de façon à tendre le muscle. On se servira d'un bistouri pointu et concave sur le tranchant. Lorsqu'on n'est pas ambidextre, on plonge le bistouri en dehors du muscle, s'il s'agit du côté gauche, et en dedans s'il s'agit du côté droit ; puis on glisse l'instrument à plat en arrière du muscle et l'on dirige ensuite le tranchant en avant ; avec le doigt placé sur la peau on contrôle les mouvements de la pointe du bistouri. Si l'opérateur n'a pas la main bien sûre, il peut, après avoir ponctionné la peau, introduire un bistouri boutonné étroit, et inciser le muscle de dehors en dedans. Une espèce de craquement indique que le tendon est coupé.

Si l'insertion claviculaire est tendue, on la sectionnera de la même manière, en ayant soin d'éviter la veine jugulaire. Dans l'un et l'autre cas on aura plus de certitude d'épargner les vaisseaux en faisant la section de dedans en dehors, que dans la direction opposée.

La petite incision cutanée donne en général fort peu de sang ; on fera sortir par la pression le sang accumulé dans la plaie. On appliquera un petit pansement de Lister, et l'on fera garder le lit à l'opéré. Le lendemain de l'opération on exercera sur la tête une traction dans une direction opposée à l'action du muscle rétracté, selon le procédé d'extension

1. Près de son insertion inférieure, le sterno-mastoïdien est séparé des gros vaisseaux du cou par les muscles sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien. Quant à la jugulaire externe, sa situation superficielle le long du bord externe du muscle permet de l'éviter facilement. De son côté la jugulaire antérieure, située plus près de la ligne médiane que du bord interne du muscle, se coude à angle droit dans le voisinage du sternum et passe en arrière du muscle pour se jeter dans la jugulaire externe ; on l'évitera en faisant la section à 2 centim. au-dessus du sternum.

(Note du traducteur).

recommandé par VOLKMANN. A la portion céphalique de la minerve de GLISSON¹ est fixée une courroie, qui passe sur une poulie fixée à la tête du lit, et à laquelle on suspend un poids de 5 à 8 livres suivant les circonstances. Depuis quelque temps je me sers toujours de l'appareil à extension pendant les huit premiers jours qui succèdent à l'opération, lorsque la déviation est très prononcée, et j'en ai obtenu de bons résul-

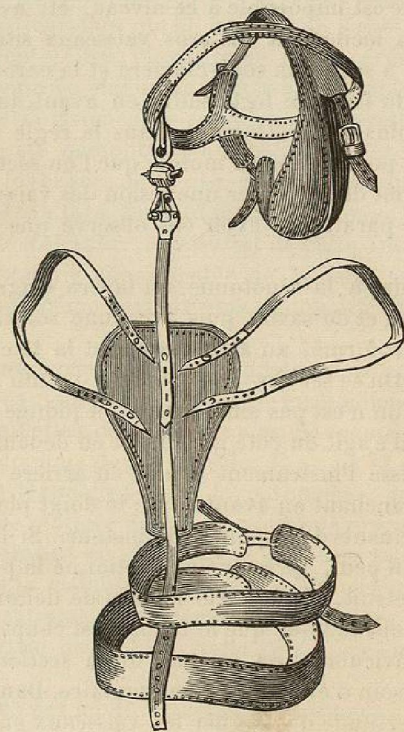


Fig. 98. — Appareil pour le traitement consécutif du torticolis.

tats. En outre, le plus souvent, je fais suivre le même traitement pendant longtemps, une fois que le malade est rentré dans son domicile. En raccourcissant d'un côté l'embrace céphalique sous-mentonnière de l'ap-

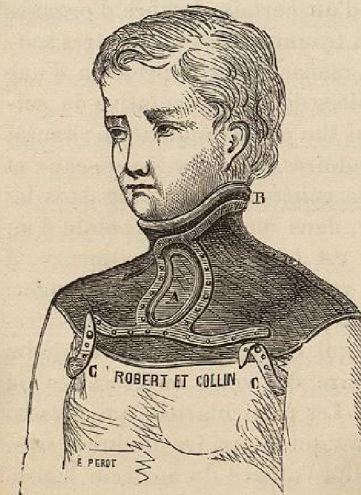
1. La minerve de GLISSON consiste en une ceinture pelvienne d'acier bien rembourrée, à laquelle sont adaptés deux montants latéraux mobiles et terminés par des crosses à la hauteur des aisselles, et deux autres montants postérieurs auxquels peut être fixée par des vis à la hauteur voulue une tige cervico-céphalique bifurquée inférieurement. A l'extrémité supérieure de cette tige qui se recourbe au-dessus du vertex, est adaptée la partie de l'appareil destinée à saisir la tête et consistant en deux embrasses dont l'une passe sous le menton et l'autre entoure l'occiput.
(Note du traducteur).

pareil de GLISSON, on peut attirer la tête dans la direction opposée au côté qui se trouve être le siège de la rétraction.

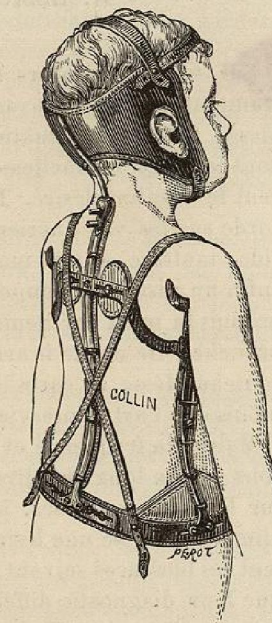
Il est plus efficace que l'appareil de DIEFFENBACH consistant en une cravate, plus haute du côté malade que du côté sain.

Plus tard on fera bien d'insister, au moins de temps en temps, sur le traitement par l'extension.

Il nous reste à mentionner certains appareils portatifs, fort bien conçus, et qui tendent à ramener définitivement la tête dans sa position normale en lui imprimant un mouvement de rotation dans le sens de



* Fig. 99. — Collier de Charrière.



* Fig. 100. — Minerve de Collin.

l'action physiologique du sterno-mastoidien. Un appareil ingénieux, qui m'a rendu les meilleurs services, est celui dont je donne ici le dessin (fig. 48, page 115 du catalogue de Schmidt-Lutter). Il se compose d'une partie pelvienne et d'une partie dorsale, auxquelles est fixée une tige rigide ; au niveau des premières vertèbres cervicales cette tige présente des articulations correspondant à l'élévation du menton, ainsi qu'à son inclinaison latérale et sa rotation autour de l'axe vertical. La tête est fixée à cette tige au moyen d'une courroie frontale et d'une mentonnière. (L'inventeur de cet appareil m'est inconnu). Du reste j'admets volontiers que le même but peut être atteint à l'aide des divers autres appareils qui ont été imaginés pour le traitement du torticolis. Celui d'EULENBURG est aussi très estimé.