

apercevait nettement le bulbe dans la hauteur de l'espace occipito-atloïdien. Or, ce malade ne présentait aucun des phénomènes décrits par Longet. Il succomba brusquement quelques heures après son entrée à l'hôpital. Les muscles du triangle sous-occipital étaient divisés : l'artère vertébrale, découverte au fond de la plaie, avait été respectée.

Les muscles de la nuque, et principalement le trapèze et le complexus, sont susceptibles de se rétracter et de déterminer un torticolis étudié, en 1878, par M. Delore (de Lyon) sous le nom de *torticolis postérieur*. D'après cet auteur, il serait même beaucoup plus fréquent que le torticolis dû à la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La déviation est, d'ailleurs, la même dans les deux cas, c'est-à-dire que la tête est inclinée du côté malade et la face tournée du côté opposé. La colonne cervicale est concave du côté rétracté ; elle est convexe du côté opposé, d'où l'existence d'une saillie considérable des muscles et des apophyses transverses. Dans le cas de rétraction du splénius, la tête serait inclinée et tournée du même côté, mais il ne semble pas qu'on ait, jusqu'à présent, observé la rétraction isolée de ce muscle.

La ténotomie, qui réussit généralement bien dans la rétraction du sterno-mastoïdien, n'offre que peu de ressource dans le torticolis postérieur et n'est même presque jamais applicable. Le meilleur traitement, et c'est celui que préconise M. Delore, consiste à endormir le malade et à opérer des manœuvres de redressement. On applique immédiatement un appareil inamovible pour fixer la position conquise. Les divers colliers orthopédiques remplissent moins bien l'indication et sont plus difficilement supportés. M. Delore se sert d'un appareil silicaté ; je préfère la tarlatane plâtrée telle que nous l'employons pour les fractures de jambe.

L'existence d'une arthrite cervicale ne doit pas être un obstacle au redressement.

L'arthrite rhumatismale joue-t-elle le rôle principal, unique même pour quelques auteurs (Marfan), dans la production du torticolis postérieur, ou bien ce dernier est-il dû à un rhumatisme musculaire simple primitif avec déformations parfois articulaires consécutives ? Il me paraît difficile de résoudre cliniquement cette question, qui n'a d'ailleurs aucun intérêt pratique.

Les plaies de la nuque, même celles qui intéressent les muscles, donnent peu de sang et ne sont, en général, graves que si elles atteignent une grande profondeur. Larrey cite, dans sa *Clinique*, le fait curieux d'un chasseur à cheval atteint, en Égypte, d'un coup de sabre qui divisa les parties molles de la région, y compris les muscles, depuis la protubérance occipitale jusqu'à la sixième vertèbre cervicale, dont l'apophyse épineuse fut rompue. Larrey releva et sutura ce vaste lambeau, après avoir établi une contre-ouverture à sa base. Deux mois après, le chasseur rentra au régiment, mais privé de ses facultés génésiques.

Le grand complexus est séparé de la couche sous-jacente par du tissu cellulaire non serré comme dans les autres points de la région.

Le muscle enlevé, on rencontre la partie la plus importante de la nuque, celle que j'ai représentée figure 161. On pourrait la décrire à part sous le nom de *région sous-occipitale*. On y trouve tout d'abord un triangle dont les bords sont formés par les grand et petit obliques et par le grand droit postérieur. En