

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.*

découverte; vicieuses, elles entraînent des troubles fonctionnels qui nécessitent souvent une intervention opératoire.

Étiologie. — Toutes les cicatrices du cou, quelle que soit leur cause, plaie contuse avec perte de substance étendue, plaies opératoires, abcès, anthrax, ulcérations diverses, etc., peuvent devenir difformes et quelquefois vicieuses. Les cicatrices vicieuses succèdent beaucoup plus souvent à des brûlures étendues, brûlures par le feu, les charbons ardents, les liquides bouillants; aussi les observe-t-on d'ordinaire chez les enfants, les épileptiques, les alcooliques. La projection de liquides caustiques, d'acide sulfurique surtout, est devenue, depuis quelques années, une cause fréquente de brûlures étendues de la face et du cou.

Symptômes. — Nous n'avons rien à dire des cicatrices difformes qui ont déjà été étudiées dans cet ouvrage (voy. t. I, p. 288); seules les cicatrices vicieuses doivent nous arrêter, parce que les accidents qu'elles provoquent sont particuliers à la région.

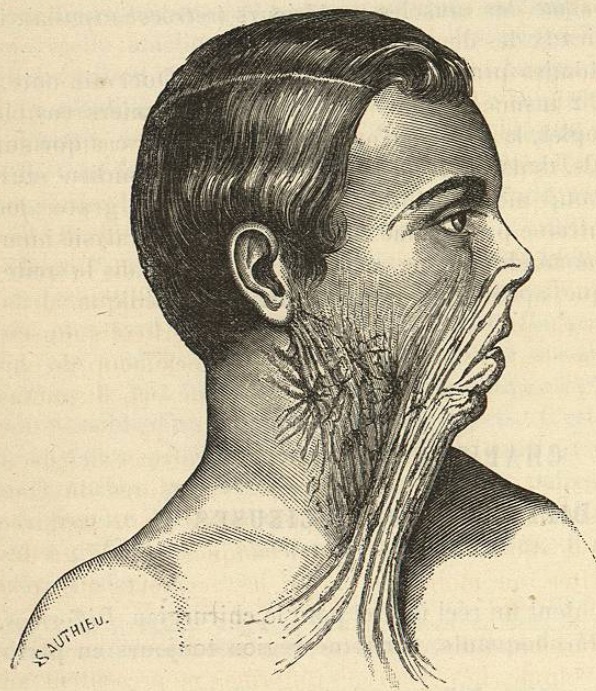


FIG. 145. — Cicatrice vicieuse à la suite d'une brûlure. (D'après Gillette.)

Rarement, une seule bride cicatricielle, de largeur variable, s'étend sur une plus ou moins grande hauteur; ordinairement plusieurs brides saillantes sont groupées irrégulièrement en un faisceau saillant, ou bien se dessinent à la surface d'une large nappe de tissu cicatriciel.

Rien n'est évidemment plus variable que le siège et l'étendue de ces lésions; toute la partie antérieure du cou peut être ainsi transformée en une large

cicatrice; d'autres fois les cicatrices n'occupent qu'un côté du cou, produisant alors un torticolis spécial. Un point important pour le traitement est que, très souvent, les brûlures ne sont pas limitées au cou, que les cicatrices empiètent plus ou moins loin sur la face ou le thorax.

de dermatol., 1889, n° 2, p. 110. — TRIPPIER, Dépression cicatricielle en forme d'amphore de la fossette sus-sternale. Observation recueillie et publiée par Dalard et Tellier. Progrès médical, 1889, n° 15, p. 229. — CROFT, Opérations plastiques sur le cou et les bras pour difformités cicatricielles par brûlures. Med. Times Transact., 1889, t. LXXII, p. 549. — BERGER, Sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate). Bull. de la Soc. de chir., 1890, t. XVI, p. 170.

Les brides qui siègent sur la partie antérieure du cou provoquent souvent des désordres très accentués. La tête est fléchie en avant, la saillie du menton plus ou moins effacée, la lèvre inférieure, attirée en bas et renversée, découvre les dents qui s'altèrent; il résulte de ces déformations un écoulement incessant de la salive, une grande gêne dans les mouvements de mastication, de déglutition, dans la parole; la limitation des mouvements de la mâchoire inférieure peut être assez prononcée pour entraver l'alimentation.

Lorsque les brûlures, plus profondes, ont en partie détruit des muscles, des nerfs, etc., on observe des troubles particuliers de l'innervation, de la circulation, etc. (Gross). Les adhérences à l'os hyoïde, au cartilage thyroïde, à la trachée, qu'on rencontre parfois dans ces cicatrices de brûlures profondes, provoquent des troubles plus ou moins graves de la phonation et de la respiration.

La situation vicieuse permanente de la tête entraîne, chez les enfants, des atrophies, des déformations secondaires de la face, variables suivant le sens de l'inclinaison et analogues à celles qui surviennent dans le torticolis musculaire.

Traitement. — Le traitement peut être préventif ou curatif.

Le traitement préventif a ici la plus grande importance. Le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit que toute cicatrice du cou peut devenir difforme; aussi devra-t-on toujours, à moins d'indications pressantes, et cela surtout chez les femmes, chercher le procédé qui laisse la cicatrice la plus petite; pour les abcès par exemple, éviter l'ouverture spontanée, faire de petites incisions, une simple ponction même; dans les larges incisions pour ablation de tumeurs faire avec le plus grand soin la réunion pour obtenir une simple cicatrice linéaire, etc. Nous avons déjà vu que, dans le traitement du torticolis musculaire, cette seule crainte de la cicatrice faisait préférer, par beaucoup de chirurgiens, la ténotomie sous-cutanée à la ténotomie à ciel ouvert, au moins chez les filles.

Bien plus important encore est le traitement préventif des cicatrices vicieuses. Par le soin qu'on apportera dans les pansements des vastes brûlures du cou, par l'immobilisation de la tête dans une bonne position pendant toute la durée de la cicatrisation, par l'application de greffes épidermiques, ou de greffes cutanées, etc., on pourra éviter, au moins en partie, les accidents dus à la rétraction.

Traitement curatif. — Le traitement des cicatrices en général a été complètement exposé dans le premier volume. Les cicatrices difformes ne présentent au cou aucune indication thérapeutique spéciale.

Le traitement des cicatrices vicieuses mérite au contraire quelques détails; non pas que nous voulions revenir ici sur l'étude des différentes méthodes si clairement décrites par Reclus, mais nous devons montrer dans quelles conditions ces méthodes sont applicables aux cicatrices du cou.

Lorsque les cicatrices sont récentes, en voie de rétraction, l'emploi d'appareils redresseurs, de minerves, pourra rendre de grands services. Les frictions, les massages, les douches aideront en même temps à combattre la rétraction. Ce traitement devra être très longtemps prolongé et la tête sera maintenue en bonne position jusqu'à ce que la rétractilité de la cicatrice soit épuisée.

Lorsque les cicatrices sont anciennes, dures, fibreuses, complètement rétractées, le redressement n'est plus d'aucune utilité et la difformité ne peut être corrigée que par une opération.

L'incision simple, applicable aux brides peu étendues, ne donne de résultat que si la tête est maintenue ensuite par un appareil extenseur. Les incisions multiples, employées quelquefois dans les cicatrices plus larges, n'ont guère donné de succès et elles exposent à la formation de cicatrices plus vicieuses encore (Gross).

Les *coupes ondulées* (Decès, Skey), incisions en zigzag de la bride, doivent être suivies de la suture des bords de la plaie, après allongement de la cicatrice.

L'excision a surtout été employée pour les brides isolées; après l'excision de la bride, les deux lèvres de la plaie sont suturées. L'application des greffes dermo-épidermiques par la méthode de Thiersh-Ollier permet aujourd'hui d'exciser des cicatrices plus larges, la perte de substance pouvant être comblée par ces greffes. Mais si les lésions sont très étendues, c'est à l'autoplastie qu'on aura recours.

L'autoplastie a été appliquée dans ses différentes formes à cette réparation. La méthode par glissement, qui consiste simplement à circonscrire la cicatrice par une incision et à mobiliser le lambeau ainsi tracé, a donné quelques beaux résultats. La forme, la disposition des incisions ont varié, de façon à

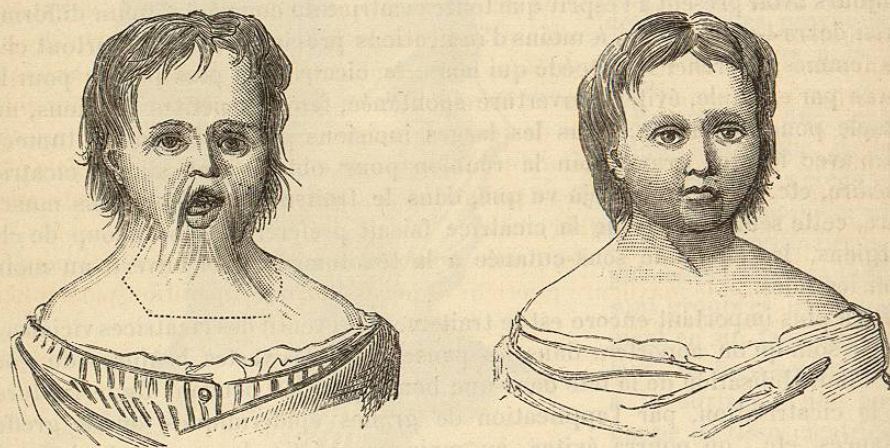


FIG. 146. — Cicatrice vicieuse. — Opération. (D'après Rynd.)

tailler un lambeau arrondi, carré, triangulaire, etc. Duplay en rapporte un très bel exemple emprunté à Rynd⁽¹⁾. Mais, dans certains cas, on n'a pu éviter la récurrence, malgré l'usage de l'extension.

Aussi est-il d'un usage général de combler la large perte de substance qui résulte de la dissection des cicatrices étendues, avec un lambeau emprunté aux régions voisines, soit au thorax, comme l'a fait Teale⁽²⁾ dans plusieurs cas, soit aux parties latérales du cou, procédé employé pour la première fois par Carden⁽³⁾, soit même à la face⁽⁴⁾. Enfin la peau peut être prise encore plus loin, au bras par exemple.

⁽¹⁾ RYND, *The Dublin quart. Journal*, 1866, t. XXII.

⁽²⁾ TEALE, *Med. Times and Gaz.*, 1857, p. 561.

⁽³⁾ CARDEN (de Worcester), *Opérations des cicatrices du cou. Transact. of the provincial med. and surg. Assoc.*, vol. XII, 1859 (cité par Merle).

⁽⁴⁾ Un cas de Richet cité par Gillette, *loco citato*, p. 566.

Berger a récemment présenté à la Société de chirurgie⁽¹⁾ les remarquables résultats que lui a donnés l'emprunt d'un lambeau à la partie postérieure du cou. Dans ce procédé, les brides cicatricielles sont divisées transversalement à la partie moyenne du cou par une incision demi-circulaire; puis chaque lèvre de l'incision est soigneusement et lentement disséquée jusqu'aux tissus normaux sur lesquels empiète la dissection; la mobilisation, la dissection de ces deux valves de la cicatrice a été facilitée par deux petits débridements perpendiculaires aux extrémités (incision en H). On taille alors un vaste lambeau quadrilatère, allongé, partant de la nuque et descendant obliquement en bas et en dehors sur la région scapulaire. Ce lambeau, disséqué et maintenu seulement par le pédicule que forme son extrémité postéro-supérieure, est ramené en manière de demi-cravate sur la perte de substance à combler, *autoplastie en cravate*. Lorsque ce lambeau n'est pas suffisant, Berger lui ajoute d'autres lambeaux empruntés au thorax ou au bras. L'irrégularité de la surface et la mobilité de la région nécessitent une application très minutieuse du lambeau et un pansement très bien fait, car il faut absolument rechercher et obtenir l'adhésion en surface encore plus que la réunion des bords (Berger).

Mutter⁽²⁾, dans les cas de flexion très prononcée de la tête, faisait une incision du tissu de cicatrice près du sternum, puis coupait les muscles sternomastoïdiens jusqu'au redressement complet de la tête. La large perte de substance due à l'écartement des tissus était comblée par un lambeau thoracique. Malgré le succès qu'il a donné à Hancock⁽³⁾, ce procédé est aujourd'hui abandonné et la dissection large de toute la nappe cicatricielle permet presque toujours le redressement sans qu'il soit besoin de couper de muscle; si cela était nécessaire, en cas de cicatrices profondes, les muscles seraient divisés après dissection des couches superficielles.

Enfin, dans certains cas, des brides adhérentes remontant à la face peuvent avoir immobilisé le maxillaire inférieur et nécessiter une opération particulière pour cette complication.

CHAPITRE VI

ANÉVRYSMES

I

ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE PRIMITIVE

Ces anévrismes peuvent être *traumatiques* ou *spontanés*. Les anévrismes traumatiques circonscrits (anévrismes faux consécutifs) doivent seuls être étudiés ici; leurs caractères cliniques sont en tout semblables à ceux des anévrismes

⁽¹⁾ BERGER, *Procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate)*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 170.

⁽²⁾ MUTTER, *British and foreign med. chir. rev.*, 1845, t. XIX.

⁽³⁾ HANCOCK, *Lancet*, 1865, t. I, p. 608.