

l'espace rétro-viscéral s'était propagé jusque dans le médiastin, et y avait provoqué une pleurésie bilatérale.

Dans certains cas l'incision de l'abcès est impossible, et l'on peut se trouver obligé de nourrir le malade avec la sonde œsophagienne ou de faire la trachéotomie pour écarter le danger d'asphyxie.

Phénomènes cicatriciels du cou

§ 43. — Dans les mouvements de la tête la face antérieure du cou subit un raccourcissement ou un allongement considérable suivant que le menton se rapproche ou s'éloigne du thorax. C'est pourquoi la peau est très abondante et extensible dans la direction longitudinale; elle forme des plis dans les mouvements qui tendent à rapprocher le menton de la poitrine, et, chez les individus maigres, ces plis transversaux persistent même dans la position droite de la tête. C'est pourquoi aussi les plaies transversales ne sont béantes que lorsque le menton s'élève, tandis que leurs bords se rapprochent lorsque le menton s'abaisse. Dans les plaies longitudinales les bords ont plus de tendance à s'écarter, car dans le sens transversal la peau n'a pas besoin d'une aussi grande extensibilité. Ce fait nous indique la direction que nous devons donner à l'incision dans les opérations sur le cou; lorsqu'on a la liberté du choix, on fera l'incision dans la direction transversale, surtout si l'excision d'une portion des téguments est jugée nécessaire. La manière dont les blessures accidentelles se cicatrisent, diffère aussi suivant qu'il s'agit d'une plaie transversale ou longitudinale. Les plaies transversales, surtout lorsqu'elles sont cachées par un repli de la peau, se réunissent facilement et laissent une cicatrice linéaire, tandis que les plaies longitudinales béantes guérissent avec une large cicatrice, et, par conséquent, ces dernières surtout doivent être réunies exactement lorsqu'une suture est indiquée.

Des brûlures étendues détruisent quelquefois une grande partie des téguments du cou; ceux-ci peuvent ainsi perdre complètement leur mobilité. Le menton est abaissé et maintenu dans l'immobilité par le tissu cicatriciel inextensible. Tantôt la tête reste bien droite, tantôt elle est inclinée latéralement, la face dirigée du côté opposé à la cicatrice. L'enveloppe cicatricielle présente habituellement un certain nombre de portions saillantes, en forme de cordons d'une consistance particulièrement dure; elle est unie aux parties profondes par un tissu conjonctif dense, et les muscles superficiels, tels que le sterno-cleido-mastoïdien, ne peuvent plus fonctionner; si ce muscle pouvait se contracter il produirait une élongation de la cicatrice, et le mal serait susceptible d'amélioration. Le malheureux ainsi atteint voit encore ses souffrances et la difformité s'aggraver lorsque la cicatrice, avec toutes ses conséquences, s'étend aussi sur la

face; les lèvres détruites sur une étendue plus ou moins grande sont renversées en dehors; la lèvre inférieure surtout est assez souvent complètement attirée en bas et laisse à nu les dents, qui habituellement sont fortement inclinées en dehors. De même le nez et les yeux peuvent être intéressés dans la cicatrice (*Voir la figure que donne V. BRUNS dans le traité de PITHA et BILLROTH, vol. I, 2^e partie, fig. 1, page 9*).

Dans ces vastes plaies par brûlure, telles qu'on les observe assez souvent chez les enfants, le traitement le plus convenable ne peut empêcher complètement la rétraction cicatricielle, mais au moins il peut diminuer dans une certaine mesure le degré de cette rétraction.

Si possible, pendant la guérison, on maintiendra la tête de l'enfant dans l'extension, ce qu'on obtiendra le mieux par des poids. Il est vrai qu'il n'est pas facile de maintenir cette position parce que les points sur lesquels doit agir l'appareil à extension, c'est-à-dire la région du menton et du maxillaire, sont malades eux-mêmes. En outre on fera le plus tôt possible un grand nombre de greffes cutanées, et l'on cherchera à élargir la cicatrice à l'aide de bandelettes de sparadrap placées circulairement, la tête étant dans l'extension.

Lorsque la rétraction existant déjà, la cicatrice est encore jeune, on peut obtenir quelque résultat de la simple extension, aussi de préférence avec des poids; ou bien on fera construire dans ce but un appareil particulier. Les plus simples de ces appareils consistent en une tige d'acier fixée à une ceinture pelvienne et à une plaque dorsale maintenue elle-même par des courroies passant sous les aisselles; la tige est recourbée en avant, au-dessus de la tête, et agit à la façon d'un ressort. La tête est fixée contre la tige au moyen d'une ceinture et de deux courroies (*v. LANGENBECK*).

Pour que l'extension soit efficace une intervention opératoire est le plus souvent nécessaire. Tantôt on mobilisera des cordons cicatriciels par une incision sous-cutanée, tantôt on incisera simplement les brides cicatricielles transversalement, tantôt enfin on aura recours à l'incision en **V** dans le sens longitudinal; ce **V** devient alors un **Y** et le lambeau triangulaire est fixé par quelques points de suture. On peut aussi quelquefois obtenir une amélioration par des **opérations plastiques**; tantôt on utilise la peau de la région de la nuque, que l'on fait glisser latéralement, tantôt on taille sur la poitrine ou sur l'épaule un lambeau que l'on amène sur le cou par torsion. Dans les incisions qui portent sur la cicatrice il faut bien se rappeler que les parties profondes ont subi des déplacements, et que des vaisseaux importants peuvent se trouver très près de la surface.