

sonneuve (1), Huguier et Richard (2), Lebert (3), ont rapporté des exemples de fibromes du cou.

Trélat (4) rapporte également une belle observation d'*enchondrome* des parties latérales de la colonne cervicale à développement très-rapide. La tumeur, qui soulevait le trapèze et le sterno-mastoïdien, s'étendait de la région parotidienne à la clavicule en confinant à la plèvre d'une part, et d'autre part de la ligne des apophyses transverses au pharynx. La plupart des organes importants du cou étaient déplacés ou comprimés. Les vaisseaux et nerfs du membre supérieur subissaient surtout les effets de cette compression. L'extirpation, quoique faite avec l'habileté bien connue de l'opérateur, fut suivie de pleurésie purulente avec fusées du côté du médiastin, et la mort survint rapidement à la suite d'une hématomérose, dont la cause se lie peut-être à la blessure du grand sympathique, rendue évidente par d'autres signes du côté de la pupille.

Enfin Holmes Coote (5) a observé chez une jeune fille de vingt-six ans une exostose située sur le côté gauche du cou, déterminant des douleurs dans les branches du plexus brachial, avec refroidissement et diminution de la sensibilité du bras, et disparition des battements dans les artères humérale, radiale et cubitale. L'extirpation montra qu'il s'agissait d'une exostose tenant à la fois à l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale et à la première côte. La guérison fut rapide; les douleurs cessèrent, mais les battements artériels ne reparurent pas

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU COU

1° Torticolis.

On désigne sous ce nom une difformité congénitale ou accidentelle, caractérisée par l'inclinaison vicieuse de la tête s'accompagnant presque toujours d'un certain degré de torsion du cou.

Les causes multiples du torticolis résident soit dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les muscles, soit dans les os, soit enfin dans les articulations; d'où la distinction du torticolis en *cutané*, *musculaire*, *osseux* et *articulaire*. Nous nous occuperons seulement ici du torticolis de cause musculaire, car les déviations de la tête résultant de lé-

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1854, p. 62.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1862, p. 531.

(3) *Physiologie pathol.*, t. II, p. 170-173.

(4) *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 254.

(5) *Med. Times and Gazette*, 1861, t. II, p. 108.

sions osseuses ou articulaires, ont été déjà étudiées à l'occasion des maladies de la colonne vertébrale, et nous décrirons plus loin les cicatrices vicieuses du cou qui répondent au torticolis cutané.

MAUCHART, *Dissert. sistens caput obstipum*. Tubing., 1737. — J. GUÉRIN, *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 209). — L. FLEURY, *Mémoire sur un cas de torticolis* (*Arch. gén. de méd.*, 1838, 3^e série, t. II, p. 78). — DIEFFENBACH, *Mémoire sur la section du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis* (*Expérience* 1838, t. II, p. 273). — DEPAUL, *Du torticolis*, thèse de concours. Paris, 1844. — BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858, p. 85 et suiv. — MALGAIGNE, *Leçons d'orthopédie*. Paris, 1862, p. 291. — COUILLARD-LABONNOTE, *Du torticolis*. Thèse de Paris, 1869.

La plupart des auteurs admettent avec Fleury que le torticolis musculaire se produit dans deux conditions opposées entraînant la rupture de l'équilibre qui doit exister normalement entre les puissances musculaires placées de chaque côté du cou. Tantôt, en effet, l'une des puissances étant diminuée, celle du côté opposé devient prédominante; tel est le cas de la paralysie de l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens; tantôt l'une des puissances est augmentée, tandis que l'autre reste normale, c'est ce que l'on observe dans le cas de contracture, de spasme, de rétraction de l'un des muscles sterno-mastoïdiens.

Le *torticolis par paralysie* est loin d'être démontré et a été plutôt admis théoriquement et par analogie avec ce qui se passe pour le pied bot. Nous décrirons donc seulement le *torticolis spasmodique*, ou *par contracture* et le *torticolis par rétraction*.

ÉTILOGIE. — Les causes du torticolis musculaire sont nombreuses et variées. Les unes agissent directement sur le muscle; tels sont les traumatismes, les lésions inflammatoires, le rhumatisme, les attitudes vicieuses d'abord volontaires et qui finissent par persister en dehors de la volonté. D'autres causes agissent indirectement et par l'intermédiaire du système nerveux: les affections inflammatoires du cerveau et de la moelle, les tumeurs encéphaliques, peuvent déterminer des contractures des muscles du cou. Mais c'est surtout à la suite des névroses convulsives (éclampsie, chorée, hystérie) que l'on voit se développer le torticolis.

Relativement au *torticolis congénital*, on possède des données très-incertaines sur ses véritables causes. Il peut survenir au moment de la naissance et être dû à une déchirure du sterno-mastoïdien produite par une application maladroite du forceps, comme Stromeyer en a rapporté un exemple. Dans d'autres cas, il paraît être antérieur à la naissance et s'être développé dans le cours de la vie intra-utérine. On est alors réduit à invoquer diverses hypothèses, telles que la position vicieuse du fœtus dans la matrice, les convulsions intra-utérines, les maladies des centres nerveux entraînant des contractures ou des paralysies. Bouvier a décrit

une variété de torticolis congénital tenant à un arrêt de développement dans un côté de la tête et de la face; le sterno-mastoïdien n'était ni contracturé, ni rétracté, mais congénitalement plus court. Enfin, le torticolis congénital peut aussi tenir à une inflammation du muscle, ainsi que le professeur Dolbeau(1) l'a constaté dans un cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'agent le plus ordinaire du torticolis est le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et ainsi qu'il résulte des observations de Dieffenbach et de Bouvier, le sterno-cléido-mastoïdien droit est beaucoup plus souvent atteint que le gauche, sans que l'on connaisse exactement la raison de cette disproportion.

On a beaucoup discuté pour savoir si la contracture ou la rétraction affecte simultanément les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien ou exclusivement l'un ou l'autre. D'après la statistique de Bouvier, la rétraction seule du faisceau claviculaire s'observe moins souvent que la rétraction isolée du faisceau sternal, et cela dans la proportion de un à quatre. Dans la moitié des cas à peu près, il y a rétraction des deux portions des muscles, mais à des degrés différents.

Le peaucier, le splénius, l'angulaire de l'omoplate, la portion claviculaire du trapèze ont été, dans quelques cas exceptionnels, les agents de la déviation de la tête.

Dans les rares autopsies que l'on a eu l'occasion de faire, on a constaté les lésions suivantes. Le muscle affecté est plus court, plus large, plus consistant qu'à l'état normal; il résiste aux tractions faites dans le but de l'allonger et de faire disparaître l'attitude vicieuse. La fibre musculaire a perdu ses caractères normaux; elle est devenue blanchâtre, nacrée, soit qu'elle ait subi la transformation fibreuse, ou qu'elle ait disparu par suite d'une véritable atrophie, résultat de l'hypergénèse du tissu conjonctif.

Relativement à l'état du squelette dans le torticolis, on s'accorde généralement aujourd'hui à reconnaître, contrairement à l'opinion de Boyer, que les lésions du rachis sont très-rares, même à la suite de torticolis très-anciens. Ainsi Bouvier cite le cas d'une jeune fille qui était affectée d'un torticolis par rétraction depuis son enfance, et qui mourut d'une affection accidentelle. On constata à l'autopsie que toutes les vertèbres étaient intactes, sauf le corps de l'axis qui avait éprouvé un léger degré de déplacement. Aussi la tête put-elle être ramenée à son attitude normale après la section du sterno-mastoïdien qui fut faite sur le cadavre.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au point de vue symptomatologique on doit distinguer le torticolis en *aigu* et *chronique*, *intermittent* et *permanent*.

Le torticolis *aigu* est ordinairement dû au rhumatisme et ne doit pas nous occuper ici. Il est caractérisé par un début brusque, une douleur vive, surtout lorsque le malade cherche à faire certains mouvements,

(1) *Gaz. des hôp.*, 1860.

et enfin par l'attitude particulière de la tête. En passant à l'état chronique, il peut devenir le point de départ du torticolis permanent.

Quant au torticolis *par contracture*, il s'accompagne, indépendamment de l'attitude vicieuse de la tête, des symptômes propres aux différents états morbides qui sont cause de la contracture et que nous n'avons pas à étudier ici. Nous signalerons seulement une variété de torticolis caractérisée par l'intermittence. Ce torticolis, résultat de contractions involontaires, constitue une véritable crampe qui se développe dans certaines affections douloureuses du cou, principalement dans les affections du système nerveux et dans toutes les maladies convulsives. Ces contractions involontaires surviennent tantôt et le plus souvent d'une manière irrégulière, tantôt d'une manière intermittente; parfois elles sont provoquées par certains actes ou certains mouvements volontaires ou instinctifs; dans d'autres cas, elles se montrent spontanément.

Enfin dans le torticolis *chronique* et *permanent* les symptômes se bornent à l'attitude vicieuse de la tête et du cou qu'il nous reste à décrire. La tête est inclinée sur l'épaule et le plus souvent sur l'épaule

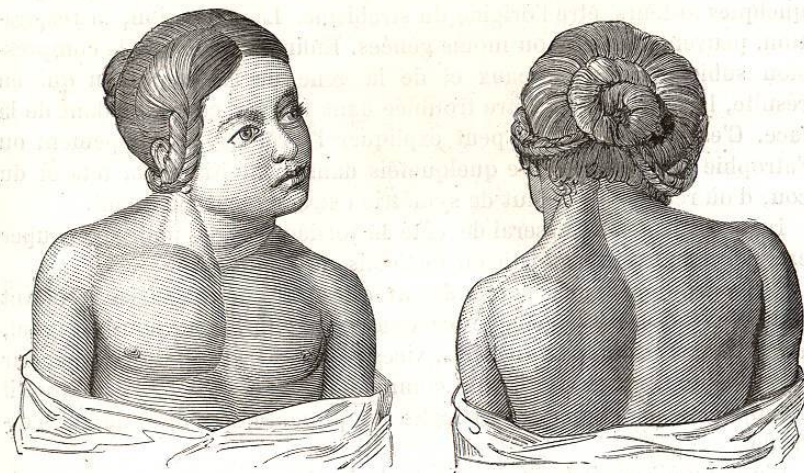


FIG. 5. — Attitude de la tête et du cou dans le torticolis.

droite, et cette inclinaison peut être portée au point que l'oreille vient toucher l'épaule. En même temps la tête a éprouvé un certain degré de rotation, en vertu duquel la face regarde à gauche et en haut, et un mouvement de bascule en arrière qui porte le menton en avant et à gauche.

De cette inclinaison vicieuse résulte un défaut de symétrie de la face : les deux yeux, les deux commissures labiales, ne sont plus sur le même niveau; la pommette du côté gauche fait saillie en avant.

Les épaules elles-mêmes ne sont plus sur le même plan : l'une est élevée et l'autre abaissée, ce qui tient à la déviation que subit le rachis. En effet, par suite de l'inclinaison de la tête sur le côté droit, la partie supérieure de la colonne cervicale s'incurve de manière à présenter une convexité à gauche, laquelle tendant à déplacer le centre de gravité est compensée par une courbure en sens inverse à l'union de la portion cervicale et de la portion dorsale du rachis. On peut constater cette déviation en palpant la série des apophyses épineuses.

Le sterno-mastoïdien du côté affecté se dessine sous la peau comme une corde dure et inextensible. De ce côté le cou est raccourci, concave, et souvent, entre la tête et l'extrémité supérieure du tronc, il n'y a qu'un sillon profond où la peau forme plusieurs plis. Du côté sain le cou est large, convexe, et paraît plus long qu'à l'état normal; la peau est tendue et appliquée sur les muscles aplatis et à peine perceptibles au toucher.

Indépendamment de ces symptômes qui appartiennent en propre à l'attitude vicieuse, celle-ci détermine par sa persistance un certain nombre de troubles fonctionnels. Le changement dans la direction des axes oculaires détermine des troubles de la vue, et pourrait même, d'après quelques auteurs, être l'origine du strabisme. La phonation, la respiration, peuvent être plus ou moins gênées. Enfin, par suite de la compression subie par les vaisseaux et de la gêne de la circulation qui en résulte, la nutrition doit être troublée dans le côté correspondant de la face. C'est ainsi que l'on peut expliquer l'arrêt de développement ou l'atrophie que l'on observe quelquefois dans la moitié de la tête et du cou, d'où résulte un défaut de symétrie extrêmement choquant.

DIAGNOSTIC. — Je laisserai de côté le torticolis aigu, pour m'occuper exclusivement du diagnostic du torticolis chronique.

On pourrait surtout le confondre avec les attitudes vicieuses résultant de lésions osseuses (arthrite cervicale, mal de Pott sous-occipital, ankylose des vertèbres cervicales, vices de conformation du rachis); car il sera toujours possible, par les commémoratifs et par l'examen attentif du sujet, de distinguer le torticolis symptomatique d'une tumeur cervicale.

D'une manière générale, l'attitude de la tête et du cou dans le torticolis osseux est différente de celle qui caractérise le torticolis musculaire. Ainsi l'inclinaison de la tête se fait le plus souvent en avant ou en arrière, et si elle a lieu latéralement, la rotation de la face se fait du même côté, tandis que dans le torticolis musculaire la rotation de la face se fait du côté opposé. En outre, l'étude des commémoratifs, des signes actuels du côté du rachis permettra le plus souvent de reconnaître l'arthrite sous-occipitale et cervicale, cause la plus ordinaire du torticolis osseux.

Cependant lorsque la lésion osseuse remonte à une époque éloignée, il peut y avoir de grandes difficultés à reconnaître la véritable nature

du mal. Ainsi Bouvier a rapporté un cas très-instructif où une erreur de diagnostic a été commise par lui-même. Chez une petite fille, atteinte vers l'âge de cinq mois d'un spasme musculaire général, on s'aperçut d'une déviation de la tête à droite, qui persista. Bouvier, l'examinant à l'âge de huit ans, constata cette inclinaison de la tête à droite, accompagnée d'une rotation de la face à gauche, diagnostiqua un torticolis musculaire, et s'appretait à entreprendre le traitement, lorsque l'enfant mourut de fièvre typhoïde. A l'autopsie on constata que le condyle droit de l'atlas avait glissé en avant de l'axis, de manière à imprimer à la tête un mouvement de rotation de vingt-cinq degrés. De fortes ankyloses réunissaient l'occipital et les trois premières vertèbres, et, sous la pression de la tête à droite, les os étaient tellement affaiblis que l'apophyse transverse droite de l'atlas descendait au niveau de celle de la troisième vertèbre. Peut-être eût-on évité l'erreur en examinant avec soin les rapports de la saillie de l'apophyse épineuse de l'axis et de la protubérance occipitale.

Le torticolis musculaire étant reconnu, il importe de déterminer exactement quels sont les agents de la déviation.

Le plus ordinairement, ainsi que nous l'avons dit, c'est le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et la description symptomatique que nous avons donnée se rapporte exclusivement au torticolis par contracture ou rétraction de ce muscle.

Si à la contracture du sterno-mastoïdien se joint celle de la portion claviculaire du trapèze, on observe, outre la rigidité du bord antérieur de ce muscle, une inclinaison, un renversement en arrière et un mouvement de rotation plus prononcés de la tête.

Si la contracture du splénius accompagne celle du sterno-mastoïdien du même côté, on observe, en même temps qu'une forte inclinaison de la tête, une rotation peu marquée.

On aurait vu le torticolis déterminé par la contracture du sterno-mastoïdien d'un côté et du splénius du côté opposé; l'action de ces deux muscles s'ajoutant, l'inclinaison et surtout la rotation de la tête deviennent très-accusées. Dans quelques cas, on a aussi mentionné la contracture de l'angulaire de l'omoplate, accompagnant celle du sterno-mastoïdien, et augmentant l'inclinaison latérale et surtout l'extension de la tête en arrière.

Enfin, je signalerai la contracture du peucier qui paraît très-rare, et qui aurait pour effet d'incliner la tête en avant et en bas, lorsque les deux muscles sont atteints, ou latéralement, si un seul muscle est rétracté. Dans quelques faits on signale un froncement particulier de la peau, et l'on pourrait se demander avec Malgaigne si l'attitude vicieuse n'est pas plutôt le résultat d'une rétraction du fascia du cou.

Signalons en terminant le diagnostic du torticolis simulé qui se reconnaît à ce signe que le sterno-mastoïdien du côté opposé à la déviation est contracturé.

PRONOSTIC. — Il diffère notablement suivant la nature de la cause qui a produit la déviation, et suivant que les muscles sont simplement contracturés ou ont subi les altérations anatomiques qui caractérisent la rétraction. On pourra acquérir à cet égard de précieux renseignements par l'usage du chloroforme qui fera disparaître entièrement le torticollis par simple contracture, tandis que le torticollis par rétraction ne pourra être corrigé.

TRAITEMENT. — Nous laisserons de côté le torticollis intermittent qui constitue une véritable névrose et exige un traitement purement médical, car ce n'est que tout à fait exceptionnellement que les moyens chirurgicaux ont pu l'améliorer ou le guérir.

Le traitement du torticollis musculaire aigu ne devra pas nous arrêter davantage, car il s'applique surtout à la cause qui produit la contracture; les antiphlogistiques, les révulsifs, les frictions calmantes, conviennent au torticollis aigu.

Lorsque la période d'acuité est passée ou lorsqu'il s'agit d'un torticollis chronique d'emblée, on devra tenter de corriger la déviation, soit en modifiant l'état anatomo-physiologique du muscle contracturé, soit en cherchant à l'allonger par des manipulations, des tractions en sens inverse.

Les frictions excitantes, le massage du muscle, mais surtout l'électrisation, remplissent la première indication. On devra donc avoir recours à ces divers moyens, en donnant la préférence à l'électrisation, à l'aide des courants continus ou des courants induits.

Le traitement orthopédique, qui a surtout pour but d'agir en sens inverse du muscle contracturé, offre une très-grande valeur et peut réussir complètement. Cependant, pour peu que la déviation soit ancienne, il est rare que l'on obtienne des succès par l'emploi des moyens mécaniques et des machines, et, dans ces cas, il faut procéder d'abord à la ténotomie ou à la myotomie des muscles contracturés.

La section du sterno-mastoïdien fut faite pour la première fois par Roonhuysen en 1670, mais c'est à Dupuytren (1822) que revient l'honneur d'avoir introduit dans le traitement du torticollis la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Son procédé encore imparfait a été perfectionné et régularisé par Stromeyer, Dieffenbach, Bouvier et J. Guérin.

Quoique le ténotome ait été porté sur d'autres muscles, c'est presque exclusivement la section du sterno-mastoïdien que l'on pratique aujourd'hui, et cette section porte plus souvent sur le faisceau sternal que sur le faisceau claviculaire. Voici comment se pratique la ténotomie du faisceau sternal.

Le malade étant couché horizontalement, la tête maintenue immobile et dans une direction opposée à celle de la déviation, de manière à faire saillir sous la peau le tendon du sterno-mastoïdien, le chirurgien fait à la peau, sur le bord externe du muscle et à 15 ou 20 millimètres

du sternum, un pli parallèle à la direction des fibres musculaires, plonge à la base de ce pli un ténotome légèrement concave sur le tranchant, glisse l'instrument à plat entre la peau et la face antérieure du muscle, puis abandonnant le pli cutané, dirige en arrière le tranchant du ténotome perpendiculairement au muscle et coupe celui-ci par un mouvement combiné de pression et de scie. Un défaut de résistance indique que le tendon est coupé.

On peut aussi procéder à l'opération en pratiquant la section de la face profonde vers la face cutanée du muscle. Le ténotome est introduit de la même façon, en ayant la précaution de placer au côté interne le doigt médius, qui, refoulant la peau au-dessous du muscle rétracté, protège les parties profondes et sert

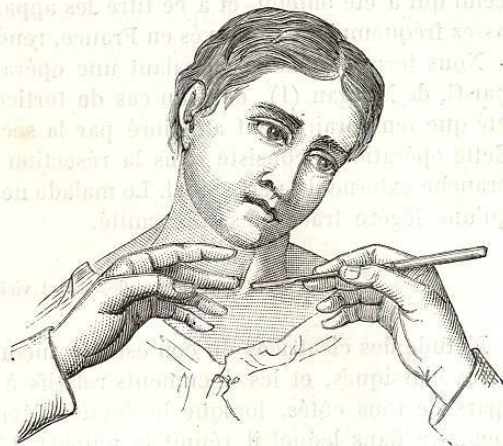


FIG. 6. — Ténotomie du faisceau sternal du sterno-mastoïdien.

de guide à l'extrémité du ténotome (fig. 6). Lorsque l'extrémité de celui-ci est parvenue au bord interne du muscle, on tourne le tranchant en avant et l'on pratique la section.

Si la portion claviculaire était fortement tendue, on pourrait la sectionner en pénétrant par une piqûre faite à son bord postérieur.

L'opération terminée, on ferme soigneusement la petite plaie, et l'on assure l'immobilité de la tête à l'aide d'un bonnet bien attaché sur lequel est fixé une bande ou un mouchoir passant sous l'aisselle du côté opposé. C'est seulement vers le troisième ou le quatrième jour, si toutefois il persiste un certain degré de déviation, que le redressement doit être tenté à l'aide des appareils orthopédiques.



FIG. 7. — Appareil en cuir moulé pour le torticollis.

Ceux-ci consistent en *colliers* prenant leur point d'appui sur les épaules, ou en *minerves* composées de deux parties, l'une cervicale et céphalique pouvant imprimer à l'aide de vis des mouvements gradués à la tête, l'autre thoracique et pelvienne, servant de point d'appui. On trouvera

dans les livres spéciaux la description de ces appareils plus ou moins compliqués.

D'une manière générale, on doit procéder au redressement avec une sage lenteur; dans un certain nombre de cas même, le rôle des appareils est moins d'opérer un redressement véritable que de maintenir celui qui a été obtenu, et à ce titre les appareils en cuir moulé (fig. 7), assez fréquemment employés en France, rendent de grands services.

Nous terminerons en signalant une opération pratiquée avec succès par G. de Morgan (1), dans un cas de torticolis invétéré et qui n'avait été que temporairement amélioré par la section du sterno-mastoïdien. Cette opération a consisté dans la résection d'un quart de pouce de la branche externe du nerf spinal. Le malade ne conservait, deux ans après, qu'une légère trace de sa difformité.

2° Cicatrices difformes et vicieuses.

L'étude des cicatrices du cou est très-incomplètement faite dans nos livres classiques, et les documents relatifs à cette étude se trouvaient épars de tous côtés, lorsque le docteur Merle (2) publia un excellent mémoire dans lequel il réunit la plupart des faits se rapportant à la question.

Parmi les cicatrices du cou qui intéressent le chirurgien, les unes sont *difformes*, c'est-à-dire que sans déterminer des troubles fonctionnels elles défigurent le malade par les irrégularités de leur surface et par leur coloration anormale; les autres, dites *vicieuses*, altèrent notablement l'aspect de la région, déterminent une déviation permanente du cou ou de la tête et gênent plus ou moins le jeu des fonctions.

ÉTILOGIE. — Les cicatrices difformes et vicieuses peuvent être d'origine traumatique et succéder à des blessures produites par des instruments piquants, tranchants, contondants, ou par des projectiles de guerre. Les brûlures au troisième et au quatrième degré sont les causes les plus habituelles des cicatrices vicieuses du cou, et comme, dans la majorité des cas, la brûlure ne reste pas localisée au cou, et s'étend à une partie de la face et de la poitrine, les cicatrices qui en résultent présentent une étendue considérable.

On peut rapprocher des cicatrices vicieuses, suites de brûlures, celles qui succèdent aux érysipèles et aux phlegmons gangréneux du cou, accompagnés de larges pertes de substance.

Enfin, parmi les causes des cicatrices difformes, il faut signaler tout particulièrement les lésions de nature scrofuleuse ou syphilitique.

Les cicatrices *scrofuleuses* résultent d'ulcérations du derme, de fistules ayant leur point de départ dans les ganglions lymphatiques ou les os.

(1) *British and Foreign Med. Chir. Review.*, July 1866.

(2) *Des cicatrices du cou et de leur traitement.* Thèse de Paris, 1869.

Les cicatrices *syphilitiques* proviennent de syphilides ulcéreuses ou non ulcéreuses.

SYMPTOMATOLOGIE. — a. *Cicatrices difformes*. — Ce sont surtout des cicatrices scrofuleuses ou syphilitiques. Laissant de côté pour le moment celles qui sont seulement difformes par leur coloration, nous dirons d'une manière générale que les cicatrices difformes du cou sont constituées tantôt par des cordons, des saillies, des mamelons, tantôt par des cicatrices enfoncées et adhérentes. Ces caractères diffèrent d'ailleurs suivant qu'il s'agit de cicatrices scrofuleuses ou syphilitiques.

Les cicatrices scrofuleuses difformes, provenant d'ulcérations du derme, sont le plus souvent formées par plusieurs petites cicatrices superposées, accolées ou enchâssées les unes dans les autres. Tantôt elles représentent des brides adhérentes par leurs extrémités, libres dans le reste de leur étendue, disposées comme les colonnes charnues du cœur de la troisième espèce (fig. 8); tantôt elles sont enroulées sur elles-mêmes et appliquées sur une autre cicatrice située plus profondément; tantôt, enfin, on trouve sur une large cicatrice des portions saillantes, irrégulières, comparables à des sortes de végétations. Il est encore une autre forme de cicatrice scrofuleuse, caractérisée par la production de crêtes saillantes et désignée vulgairement sous le nom de *coutures*. Ces cicatrices difformes se rencontrent d'ailleurs quelquefois à la suite de brûlures ayant intéressé le derme profondément.

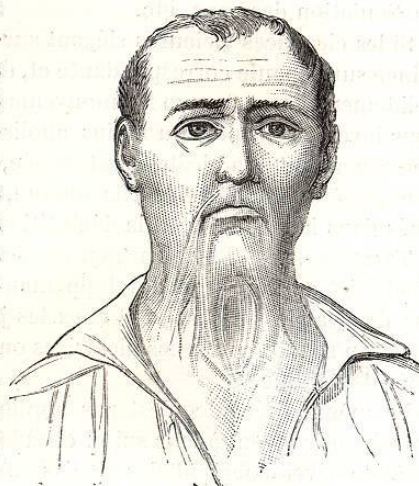


FIG. 8. — Cicatrices scrofuleuses du cou.

Les cicatrices scrofuleuses provenant d'ulcération du derme sont remarquables par leur vascularisation, leur couleur rouge, jaunâtre, leur aspect luisant, comme vernissé, enfin par une sorte de rénitence spéciale qu'elles offrent à la pression.

Les cicatrices scrofuleuses qui résultent d'affections ganglionnaires sont peu étendues et se présentent sous forme de brides profondes, indurées, avec enfoncement de la peau.

Enfin les cicatrices d'origine osseuse sont enfoncées, offrant l'aspect d'un entonnoir entouré de plis radiés et de brides cicatricielles, et sont fortement adhérentes aux os sous-jacents.

Les cicatrices syphilitiques ne deviennent réellement difformes que par suite d'un état pathologique, et elles présentent alors l'aspect de la

chéloïde cicatricielle; elles sont plus ou moins saillantes, irrégulières et parsemées de brides inodulaires.

b. Cicatrices vicieuses. — Lorsqu'elles existent à la partie antérieures du cou et qu'elles occupent une large étendue, les cicatrices vicieuses constituent des brides tendues, saillantes, qui attirent la tête en bas et empêchent les mouvements d'extension et de latéralité. La saillie du menton est effacée, la lèvre inférieure plus ou moins renversée, la mâchoire abaissée, les dents projetées en avant. Dans ces conditions, indépendamment de la difformité repoussante qu'elles produisent, les cicatrices vicieuses du cou entraînent à leur suite des troubles fonctionnels graves qui peuvent retentir sur la santé générale, tels sont : l'écoulement incessant de la salive, la gêne de la déglutition, de la mastication, de l'articulation des sons, etc.

Si les cicatrices vicieuses siègent sur les parties latérales, la tête est inclinée sur l'épaule correspondante et, dans certains cas même, lui adhère solidement, en sorte que les mouvements de rotation ou d'inclinaison en sens inverse sont plus ou moins abolis. La commissure labiale du côté correspondant à la cicatrice est déviée, le maxillaire inférieur, les dents, sont également déformés à la longue, d'où résultent des troubles marqués dans la mastication, la déglutition et l'articulation des sons.

TRAITEMENT. — Le chirurgien ne doit intervenir que lorsque le tissu cicatriciel a atteint son développement complet. C'est surtout dans les cas de cicatrices *difformes* et chez les jeunes sujets qu'il convient de ne pas trop se hâter, car ces cicatrices ont une tendance marquée à diminuer de volume.

Le même précepte n'est pas applicable aux cicatrices *vicieuses* qui entraînent souvent à leur suite, chez les jeunes sujets, une atrophie, un arrêt de développement des parties affectées. Aussi ne doit-on pas temporiser trop longtemps lorsque les cicatrices vicieuses existent chez un enfant.

Dans le traitement des cicatrices *difformes* et *saillantes*, on a employé la *compression*, la *cautérisation*, l'*excision*.

La compression se fait avec des bandages, des lamelles de plomb, des colliers appropriés. Pour la cautérisation, on fait usage du nitrate d'argent, du nitrate acide de mercure, de l'iode caustique. Ces deux moyens peuvent d'ailleurs être employés simultanément.

L'excision, enfin, se pratique avec des ciseaux ou un bistouri, mais il faut avoir soin de procéder graduellement et de surveiller avec soin la cicatrisation de la nouvelle plaie, afin de combattre la tendance à la reproduction de la difformité.

Le traitement des cicatrices *vicieuses* comprend divers procédés opératoires : l'*extension*, l'*incision*, l'*autoplastie*.

a. Extension. — Ce procédé mériterait peut-être d'être mis en pratique plus souvent qu'on ne le fait, surtout lorsque la difformité n'est pas trop considérable.

On pourrait dans ce but employer les tractions manuelles ou faire usage d'appareils mécaniques, mais on devra toujours pratiquer l'extension avec la plus grande circonspection et en la graduant convenablement de manière à prévenir la rupture de la cicatrice. Coote (1) a dû à ce moyen un beau succès, dans un cas de cicatrice vicieuse du cou, suite de brûlure, accompagnée de traction en bas de la lèvre et de la bouche, chez un enfant de neuf ans.

L'extension constitue d'ailleurs un moyen thérapeutique complémentaire des autres procédés de traitement des cicatrices vicieuses.

b. Incision. — Ce procédé consiste à pratiquer une ou plusieurs incisions transversales sur la bride cicatricielle. On pourrait appliquer ici le *procédé des coupes ondulées* (incisions en zigzag), préconisé par Decès. Les incisions faites, on pratiquera l'extension et l'on surveillera avec soin la cicatrisation ultérieure. La méthode de l'incision compte de nombreux succès, cependant il n'est pas rare de constater après son emploi des récidives qui exigent d'avoir recours à une opération plus radicale.

c. Autoplastie. — Les procédés autoplastiques appliqués aux cicatrices du cou se rapportent presque tous à la méthode de Celse, et le procédé par glissement est celui que l'on a le plus souvent pratiqué.



FIG. 9. — Cicatrice vicieuse du cou. — Opération.



FIG. 10. — Après l'opération.

Tantôt à l'aide d'une incision curviligne, on circonscrit toute la cicatrice dans un large lambeau, que l'on dissèque et que l'on mobilise jusqu'à ce que la tête ait repris sa situation normale; tantôt on taille un lambeau quadrilatère à l'aide d'incisions obliques, ou en forme de V à sommet inférieur ou supérieur. Quoique la méthode par glissement ait donné de très-beaux résultats, comme chez la malade opérée par

(1) *The Dublin Quarterly Journ.*, 1861, p. 112.

Rynd (1) et dont nous avons reproduit le dessin (fig. 9 et 10), il est bon de dire que, dans quelques cas aussi, elle a été suivie de récidives, malgré l'usage de l'extension.

La méthode indienne a été également appliquée à la cure des cicatrices vicieuses du cou. Cette méthode consiste : 1° à sectionner largement les brides cicatricielles de manière à libérer entièrement les parties, ce qui détermine, comme on le conçoit, la formation d'une large plaie; 2° à tailler sur une région voisine un ou plusieurs lambeaux, qu'on laisse seulement adhérents par un pédicule et qui, une fois disséqués, peuvent être inclinés sur la surface saignante résultant de la section des brides cicatricielles.

Tantôt ces lambeaux ont été pris sur les parties latérales du cou, comme dans un fait de Garden, rapporté dans la thèse de Merle; tantôt, et le plus souvent on s'est servi d'un seul lambeau emprunté à la partie supérieure du thorax. Teale (2) a publié cinq observations dans lesquelles ce procédé lui a donné de bons résultats.

Enfin nous signalerons un procédé employé par Mutter (3) dans des cas de difformités cicatricielles considérables avec inclinaison très-prononcée de la tête vers le sternum. Ce procédé consiste à inciser la cicatrice à une petite distance du sternum, puis à prolonger la section en profondeur, et à sectionner les muscles sterno-mastoidiens, jusqu'à ce que la tête puisse être replacée dans sa position normale. Cela fait, un lambeau emprunté à la partie supérieure de la poitrine vient combler l'énorme plaie résultant de ces sections. Le procédé de Mutter qui a fourni trois succès à son auteur, a également réussi entre les mains de Hancock (4).

Quel que soit le procédé mis en usage, le lambeau transplanté doit être soigneusement fixé dans sa nouvelle place à l'aide de nombreux points de suture, puis la tête et le cou bien immobilisés à l'aide d'un appareil spécial, plus ou moins analogue aux appareils qui servent dans le traitement du torticolis.

(1) *The Dublin Quarterly Journ.*, 1866, t. XXII.

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

(3) *British and Foreign Med. Chir. Review*, 1845, t. XIX.

(4) *The Lancet*, 1865, t. I, p. 608.

II. — MALADIES DE CHAQUE RÉGION SECONDAIRE DU COU

§ I. — Maladies de la région cervicale postérieure ou région de la nuque.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION CERVICALE POSTÉRIEURE

Tandis que les plaies superficielles ne présentent aucune gravité, les plaies profondes et surtout les plaies par instruments piquants ou contondants se compliquent souvent de lésions du côté de la colonne vertébrale et de la moelle, d'où résultent des accidents graves qui ont été étudiés ailleurs. (Voy. t. III, *Lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière.*)

Dans certaines plaies profondes par instruments tranchants, à direction transversale, la plupart des muscles de la région de la nuque étant largement divisés, on a vu la tête tomber en avant au point que le menton s'applique sur la poitrine. Legouest a observé de semblables blessures en Algérie, à la suite de tentatives de décollation, et ces blessures ont habituellement guéri au prix d'une épaisse et large cicatrice.

Les plaies de la nuque peuvent se compliquer d'hémorrhagie provenant de la blessure des artères occipitale, cervicale profonde et vertébrale.

Il a déjà été question des plaies de ce dernier vaisseau; quant aux plaies des artères occipitale et cervicale profonde, elles sont en général peu graves, et exigent la ligature des deux bouts, autant du moins qu'il est possible de la pratiquer.

Dans les solutions de continuité intéressant profondément les muscles de la nuque, on doit assurer l'immobilité de la tête dans une bonne position, afin d'éviter les cicatrices vicieuses.

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION CERVICALE POSTÉRIEURE

1° Lésions inflammatoires.

Les *furuncles* et *anthrax* de la nuque s'observent assez fréquemment.

Nous rappellerons que les anthrax déterminent souvent des accidents très-graves et même mortels, en produisant la dénudation des vertèbres et du canal rachidien, bientôt suivie de méningite cérébro-spinale, ou en devenant le point de départ des phlébites des veines rachidiennes et des sinus du crâne.

Les *abcès* chauds, si communs à la région antéro-latérale, sont au contraire assez rares à la nuque.