

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.

Il n'en est pas de même des abcès *froids*, qui le plus souvent d'origine osseuse, résultent d'une lésion des os de la base du crâne ou de la colonne vertébrale (suppuration des cellules mastoïdiennes, ostéite, carie, nécrose du temporal, de l'occipital, des vertèbres cervicales, mal de Pott cervical).

2° Tumeurs.

Les *lipomes* de la nuque s'observent assez fréquemment et se montrent avec leurs caractères habituels. On a pu, dans un cas (1), croire à l'existence d'un lipome alors qu'il s'agissait d'une *tumeur érectile veineuse*.

Les *kystes congénitaux* de la nuque se rencontrent le plus souvent chez des enfants nés avant terme et s'accompagnent généralement d'autres vices de conformation. Moins fréquents que ceux de la région cervicale antérieure, ces kystes siègent de préférence sur la ligne médiane; parfois ils partent de la ligne médiane pour aller jusqu'à l'acromion et au sterno-mastoïdien. Lorsqu'ils siègent sur la ligne médiane, ils ont généralement pour limite supérieure la ligne courbe occipitale supérieure; dans un cas même, la tumeur partait de la fontanelle postérieure; quant à la limite inférieure, elle dépasse rarement la deuxième ou la troisième vertèbre cervicale. Souvent un sillon médian partage la tumeur en deux parties égales et symétriques.

On pourrait confondre les kystes congénitaux de la nuque avec le *spina bifida* et l'*encéphalocèle*. La hernie congénitale du cerveau forme une tumeur plus ou moins complètement réductible par la pression, susceptible de se gonfler sous l'influence des efforts et des cris; on y constate en outre des battements isochrones à ceux du pouls; enfin il est souvent possible de sentir l'ouverture du crâne qui a donné passage aux parties herniées.

Il en est de même pour le diagnostic du *spina bifida*, auquel on ne pourrait d'ailleurs songer qu'en présence d'un kyste médian. La tumeur formée par le *spina bifida* est réductible, se gonfle pendant l'expiration et s'affaisse pendant l'inspiration; sa compression entraîne des accidents de paralysie.

On a signalé à la région de la nuque quelques cas de *kystes hydatiques* ayant acquis un énorme développement.

(1) Maisonneuve, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. I, p. 585.

§ II. — Maladies de la région parotidienne.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

1° Plaies.

Les lésions traumatiques de la région parotidienne sont surtout graves en raison de la présence de nerfs et de vaisseaux importants; en outre, les blessures de la parotide peuvent donner lieu à la formation de fistules salivaires.

Les nerfs qui peuvent être intéressés dans les plaies de cette région sont le nerf facial, l'auriculo-temporal, ou les branches du plexus cervical superficiel. La lésion du premier détermine soit une paralysie totale des muscles de la face du même côté, soit seulement la chute de la paupière ou la paralysie des muscles éleveurs de la commissure labiale, selon que le tronc même du nerf a été sectionné ou que quelques-unes de ses branches ont seulement été atteintes.

La blessure des autres branches nerveuses (nerf auriculo-temporal et plexus cervical superficiel) n'a pour effet que de produire des zones plus ou moins étendues d'anesthésie. D'ailleurs, ni la paralysie, ni l'anesthésie ne sont permanentes; car, à moins de plaies très-étendues, la continuité se rétablit entre les deux bouts sectionnés, et les tubes nerveux se régénèrent. L'atrophie des muscles de la face consécutive à la section du facial est beaucoup plus rare qu'à la suite des paralysies par compression, par dégénérescence, ou par cause centrale ou rhumatismale.

Les plaies de la région parotidienne, avec lésion d'une des branches artérielles principales, donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et rebelles. En effet, si le vaisseau qui donne du sang est situé profondément, il est très-difficile de pratiquer la ligature de ses deux bouts, et cependant la ligature du bout inférieur ne saurait suffire en raison des nombreuses anastomoses qu'ont entre elles les artères de la face. D'autre part, la compression n'est efficace que s'il s'agit de la transversale de la face qui peut être aplatée sur la branche montante du maxillaire, mais elle est absolument inutile quand le sang provient des artères qui occupent le creux parotidien (artères auriculaire, temporale, maxillaire interne et occipitale à leur origine, carotide externe). Dans ce cas, malgré la compression la plus habilement faite, il est rare que l'hémorrhagie ne se renouvelle pas et ne nécessite par une intervention plus efficace de la part du chirurgien. La ligature de la carotide externe à son origine paraît de prime abord très-rationnelle; mais, ainsi que nous l'avons dit en traitant des plaies de la carotide, cette opération est loin de