

ne pourraient le faire présumer l'étendue considérable de la plaie et la perte de soutien des parties molles.

Dans quelques cas, le bord alvéolaire est seul malade : il faut alors n'enlever que lui et conserver l'os maxillaire inférieur. On peut pour cela se servir de tenailles incisives ou d'une scie à main. S'il est possible de pratiquer l'opération sans intéresser la lèvre, ce mode opératoire est préférable ; mais si c'est impossible, il ne faut pas hésiter à l'inciser, et quand l'opération sera terminée, on réunira les lèvres de la plaie par la suture entortillée. Des opérations de ce genre ont été pratiquées plusieurs fois.

CHAPITRE XXXIII.

Maladies du cou.

Les maladies du cou sont ou communes ou spéciales. Les premières sont l'inflammation, les plaies, les tumeurs, etc. ; les autres le torticolis, l'engorgement de la glande thyroïde, les affections du larynx et de la trachée-artère, celles du pharynx et de l'œsophage.

ARTICLE PREMIER.

Des plaies et des tumeurs du cou.

De toutes les maladies auxquelles le cou est exposé, aussi bien que les autres parties du corps, les plaies et les tumeurs sont les seules qui exigent une attention et des soins particuliers.

§ 1. — Des plaies du cou.

Les plaies du cou diffèrent entre elles par rapport à l'instrument qui les a faites, aux régions qu'elles occupent, aux parties qu'elles intéressent, aux circonstances qui les accompagnent.

1^o Plaies par instruments piquants.

Les plaies que font les instruments piquants peuvent être simples ou compliquées. Simples, elles n'exigent aucun soin particulier ; quand elles sont compliquées, leur traitement est subordonné au genre de complication qui les suit. Or, ces plaies peuvent être compliquées de corps étranger, d'hémorrhagie, d'inflammation, d'emphysème et d'accidents causés par la lésion des nerfs ou de la moelle de l'épine.

Des corps étrangers compliquent rarement les piqûres du cou ; cependant, si un instrument pointu, mince, étroit, si une épée à carrellet, par exemple, enfoncée profondément dans le cou, rencontrait la colonne vertébrale, sa pointe pourrait se casser et rester dans la plaie. Le corps étranger étant reconnu, on doit en faire l'extraction après avoir agrandi la plaie si cela est nécessaire. Cependant si ce débris d'épée s'était arrêté près de la moelle de l'épine, il serait plus prudent d'attendre que la suppuration l'entraînât au dehors ; l'expérience a appris que l'extraction d'un corps enfoncé dans la moelle épinière a été suivie d'une mort prompte.

Les plaies par instrument piquant à la partie postérieure du cou sont rarement compliquées d'hémorrhagie, parce que l'artère cervicale postérieure, la seule qui se trouve dans cette région, est située à une profondeur qui l'expose peu à être blessée ; d'ailleurs, si elle était ouverte, il est probable que la résistance des muscles épais et nombreux qui la couvrent opposerait à la sortie du sang un obstacle qui empêcherait l'hémorrhagie de devenir considérable et dangereuse.

Il n'en est pas ainsi des plaies de la partie antérieure du cou ; il y a un si grand nombre d'artères dans cette région, qu'il est surprenant que la pointe d'un instrument, quelque mince qu'il soit, puisse y pénétrer profondément sans en ouvrir quelqu'une. Lorsque cet accident a lieu, l'hémorrhagie qui en résulte est plus ou moins fâcheuse selon la grosseur, la situation de l'artère ouverte et l'étendue de l'ouverture. Si l'artère blessée est très-petite, située peu profondément, on peut espérer d'arrêter le sang par la compression ; mais comme on ne peut impunément serrer fortement le cou, il faut disposer sur la plaie des compresses graduées de manière à former une pyramide assez élevée pour empêcher l'action du bandage sur la trachée-artère et le larynx. Pour assurer l'effet de la compression, on fait appliquer la main d'un

aide sur l'appareil pendant quelques heures. Mais la compression est trop précaire pour qu'on puisse y compter quand l'artère est d'un calibre médiocre, et surtout lorsqu'elle est d'un volume un peu considérable. Le seul moyen efficace alors est la ligature de l'artère, qu'on découvre par une incision d'une étendue suffisante. Ce serait encore le seul moyen convenable si l'une des carotides était ouverte; mais son application présente de grandes difficultés, surtout lorsqu'il s'agit de la carotide primitive. Quant à la carotide externe, il n'est pas absolument impossible de la mettre à nu vers sa partie inférieure où elle n'est couverte que par la peau et le muscle peaucier; en cet endroit cependant on est exposé à lier ou à piquer la carotide interne qui est collée contre l'externe, et ce danger est très-grave. Plus haut, ces deux artères sont séparées; mais la carotide externe est trop profondément enfoncée pour qu'il soit facile de la serrer dans une ligature. L'artère carotide primitive est si grosse, si voisine du cœur, que lorsqu'elle est blessée, le malade périt ordinairement d'hémorrhagie avant de pouvoir être secouru; s'il était assez heureux pour ne pas succomber et pour recevoir les soins d'un chirurgien habile, le devoir de celui-ci serait de faire la ligature de l'artère. Pour cela il faudrait qu'il découvrit la carotide par une longue incision dans laquelle un aide introduirait aussitôt le doigt pour comprimer le vaisseau à l'endroit où il est ouvert; ensuite, au moyen d'une aiguille courbe conduite de dedans en dehors, il passerait un fil ciré autour de l'artère au-dessous de l'endroit où elle est blessée, et après avoir serré ce fil par deux nœuds simples l'un sur l'autre, il lierait l'artère de la même manière au-dessus de l'ouverture. Cette opération présente de si grandes difficultés, que le danger imminent qui menace le malade peut seul la justifier. Ces difficultés naissent de l'impossibilité de suspendre le cours du sang durant l'opération, des rapports de la carotide avec les nerfs de la huitième paire et grand sympathique. Ces nerfs étant unis avec l'artère par une sorte de gaine cellulaire, il est presque impossible de les isoler de manière à ne pas les blesser ou à ne pas les étreindre dans la ligature: cet inconvénient, dont on conçoit aisément la gravité, est d'autant plus à craindre que le sang qui coule sans cesse de la plaie empêche de distinguer les parties, et que le chirurgien est obligé de mettre la plus grande célérité dans l'opération, dans la crainte de voir périr le malade entre ses mains. Enfin, le voisinage de la veine jugulaire interne qu'on peut blesser ajoute encore aux autres embarras de

l'opération. D'après toutes ces considérations, et en supposant même les circonstances les plus favorables à la ligature de l'artère carotide primitive, je pense que cette opération est une des plus hasardeuses de la chirurgie, et qu'elle ne sera peut-être jamais pratiquée avec succès. La situation des artères vertébrale et carotide interne les met à l'abri de l'action des instruments vulnérants, et je ne connais point d'exemple de plaie du cou compliquée de la lésion de l'une ou de l'autre de ces artères. Au reste, on conçoit sans peine que si cette lésion avait lieu, elle serait tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

Comme toutes les autres plaies par instrument piquant, celles du cou peuvent causer un engorgement inflammatoire. On le combat par la saignée, la diète, les boissons délayantes et rafraichissantes, les topiques émollients et anodins. S'il se forme un abcès, on l'ouvre.

Les plaies par instruments piquants dans lesquelles la trachée-artère ou le larynx est intéressé, sont souvent compliquées d'emphysème. Cette complication arrive d'autant plus facilement que le tissu cellulaire dont ces parties sont environnées est lâche, et que les mouvements qu'elles exécutent dans la respiration empêchent que l'ouverture des téguments reste longtemps parallèle à celle du larynx ou de la trachée. C'est le défaut de parallélisme qui donne lieu à l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire du cou, et de proche en proche dans celui des autres parties, en sorte que l'emphysème peut devenir universel. Ambroise Paré (1) rapporte qu'un homme fut blessé à la gorge d'un coup d'épée qui lui coupa une partie de la trachée-artère et l'une des veines jugulaires (probablement l'externe): la plaie extérieure fut réunie par la suture, et bientôt après il survint un emphysème qui gagna tout le corps, en sorte, dit Paré, qu'il était comme un mouton qu'on a soufflé pour l'écorcher. On pratiqua dans différentes parties du corps des scarifications profondes par lesquelles l'air s'échappa; le malade guérit. Lorsque l'emphysème est médiocre, il se dissipe de lui-même à mesure que la plaie de la trachée-artère se cicatrise. S'il continue à faire des progrès, on les arrête en agrandissant la plaie jusqu'au larynx ou à la trachée. Enfin, lorsqu'il est devenu universel, on fait des scarifications profondes en plusieurs parties du corps. Si la blessure de la trachée-artère par un instrument piquant a une certaine

(1) Liv. x, chap. 30.

étendue, et qu'elle soit accompagnée de l'ouverture d'un vaisseau un peu gros, le sang peut s'introduire dans les conduits aériens et causer la suffocation. Un homme eut le cou traversé dans sa partie inférieure par un instrument piquant, dont l'entrée et la sortie n'étaient pas à plus d'un pouce de distance l'une de l'autre : le blessé mourut suffoqué à l'instant même. A l'ouverture du corps, Morgagni trouva la trachée-artère ouverte entre deux cerceaux cartilagineux, et ce canal, ainsi que les bronches et leurs divisions, remplis de sang (1).

Les instruments piquants, en pénétrant dans le cou, peuvent léser quelqu'un des nerfs qui s'y rencontrent en grand nombre, et la moelle épinière elle-même. Les effets de la lésion de cette dernière partie sont différents selon qu'elle a été blessée plus ou moins haut, et que l'instrument est entré plus ou moins profondément dans sa substance. Lorsque la blessure est profonde et située très-près de l'origine de la moelle de l'épine, le malade périt sur-le-champ, ou du moins en très-peu de temps. Quand elle est située plus bas et qu'elle pénètre moins avant dans la moelle épinière, le blessé peut survivre quelque temps; mais la plupart des parties dont les nerfs sortent de ce prolongement médullaire au-dessous de l'endroit où il est blessé sont privées du sentiment et du mouvement. Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, reçut un coup de poignard quadrangulaire à la partie latérale gauche du cou, à environ trois travers de doigt au-dessous de l'oreille. L'instrument fut dirigé obliquement vers le commencement de la moelle épinière. La blessure rendit très-peu de sang. Cependant le malade tomba privé du mouvement et du sentiment dans toutes les parties situées au-dessous de la tête. Ayant été porté chez lui et placé dans son lit, il se plaignit, d'une voix faible et entrecoupée, d'avoir froid. Pour le réchauffer, on approcha imprudemment de ses cuisses, de ses jambes et de ses pieds, une bassinoire pleine de braise, qui produisit, sans qu'il s'en aperçût, une brûlure profonde. Pendant les premiers jours l'urine et les matières fécales ne furent point rendues; mais bientôt après l'urine coula involontairement. Le dix-septième jour, le sentiment se réveilla un peu du côté gauche; le vingt-septième, les doigts et les orteils de ce même côté commencèrent à avoir quelques mouvements, et jusqu'au trentième

(1) *De Sed. et caus. morb.*, epist. LII, art. 21.

jour, le sentiment et le mouvement augmentèrent de plus en plus. Dans le côté droit, qui était opposé à la blessure, le sentiment ne commença à se manifester que le trente-deuxième jour, et le mouvement quelques jours plus tard. Ces deux facultés firent chaque jour un peu de progrès. Cependant au quarantième jour, quoiqu'elles fussent revenues, le malade ne pouvait ni marcher ni se tenir debout. Quatre mois après sa blessure, il pouvait à peine sortir de son lit; ses membres inférieurs étaient atrophiés et comme desséchés; il marchait en chancelant, comme un enfant qui commence ses premiers pas: le mouvement et le sentiment restèrent plus faibles dans le côté droit du corps que dans le côté gauche. Morgagni (1), qui rapporte cette observation, ne dit pas si le malade vécut longtemps dans cet état. S'il n'a pas succombé aux suites de la blessure, il faut croire que la moelle épinière n'avait pas été blessée profondément; car il n'y a pas d'exemple qu'on ait survécu à une lésion profonde de la partie supérieure de cette moelle.

L'observation suivante a beaucoup d'analogie avec celle qui précède. Un tambour de la garde nationale de Paris était en rixe avec un de ses camarades ivre; celui-ci, ne pouvant l'atteindre, lui lança son sabre à une assez grande distance, et au moment où, voulant se retirer, il présentait le dos. La pointe de l'instrument atteignit la partie supérieure et postérieure du cou. Le blessé sentit aussitôt ses jambes ployer sous lui et tomba; il fut apporté le lendemain à l'hôpital de la Charité. La plaie, dont les bords étaient un peu contus, avait environ deux pouces; elle était placée à la partie postérieure, supérieure et latérale droite du cou, immédiatement au-dessous de l'occipital. Mon doigt ne put ni en mesurer la profondeur, ni pénétrer jusqu'à la colonne vertébrale. Le membre supérieur droit avait perdu ses mouvements, mais il conservait toute sa sensibilité. Le membre inférieur droit semblait un peu affaibli, mais il était tout aussi sensible qu'à l'ordinaire. Une gêne légère se faisait sentir dans la respiration; le pouls était fréquent, fort et plein. On pratiqua une saignée du bras; on pansa la plaie avec de la charpie et un cataplasme émollient; le malade fut mis à la diète et à l'usage des boissons délayantes. Le quatrième jour, la faiblesse du membre inférieur avait tout à fait disparu; le malade

(1) *De Sed. et caus. morb.*, epist. LIII, art. 23.

pouvait imprimer à l'avant-bras quelques légers mouvements d'extension; mais il lui était impossible de le ramener ensuite spontanément dans la flexion.

Le treizième jour, le malade avait recouvré ses forces et son appétit, il se levait, marchait, mais la paralysie de l'extrémité supérieure était la même. En badinant avec un infirmier qui le pinçait, il s'aperçut que le côté gauche du corps était insensible. Il m'en avertit le lendemain, et j'observai les phénomènes suivants : le membre inférieur gauche et la partie gauche du tronc avaient leur volume, leurs mouvements, leur agilité ordinaires; mais on pouvait pincer, piquer, couper même la peau de toutes ces parties sans que le malade ressentit et témoignât la moindre douleur; des épingles furent enfoncées à la profondeur de trois à quatre lignes, et cet homme, qui avait la tête tournée de l'autre côté, ne s'en aperçut pas. Cependant, des attouchements étendus, comme l'application de la main posée à plat et promenée sur la peau, faisaient éprouver une sorte de sensation, mais extrêmement obscure et légère. Cette insensibilité existait dans toute l'étendue du pied, de la jambe et de la cuisse gauches; elle était également complète sur le côté gauche de l'abdomen; mais elle cessait brusquement en avant et en arrière de la ligne médiane, avec cette particularité remarquable que dans cette partie, si l'on pinçait le malade du côté gauche, il assurait en éprouver la sensation affaiblie au point correspondant du côté droit. Une semblable démarcation entre le côté droit et le côté gauche s'étendait à la peau de la verge et du scrotum. L'insensibilité était même complète au côté gauche de la base de la poitrine; mais un peu plus haut une sensation obtuse commençait à être perçue, et devenait plus manifeste à mesure qu'on explorait en montant; de telle sorte que, au niveau de la quatrième côte, la peau avait une sensibilité égale à celle du reste du corps. Le membre gauche était dans un état parfaitement naturel.

Vingt jours après son accident, cet homme sortit de l'hôpital, guéri de la plaie du cou, et n'éprouvant dans cette partie aucune douleur, aucune gêne; mais le bras, l'avant-bras, la main droits étaient presque complètement paralysés, et la partie gauche du corps, moins le membre supérieur, était dans l'état d'insensibilité que nous venons de décrire.

Quelques mois après il vint nous voir : son état n'avait presque point changé. La situation de cette blessure et les symptômes dont

elle a été accompagnée portent à croire que la moelle de l'épine a été intéressée; mais elle n'a dû l'être que superficiellement.

Les effets de la lésion des nerfs du cou par un instrument piquant, doivent nécessairement varier selon que le nerf a été seulement piqué, ou qu'il a été coupé en travers. La simple piqure est accompagnée de douleurs aiguës, de mouvements convulsifs, de tétanos et quelquefois d'un engorgement inflammatoire qui s'étend au loin dans les parties auxquelles le nerf piqué se distribue. Il est à remarquer cependant que ce dernier accident peut être l'effet d'une disposition cachée qui s'est développée à l'occasion de la plaie. On combat ces accidents par la saignée, les boissons adoucissantes et rafraîchissantes, les antispasmodiques, et les topiques émollients, anodins et narcotiques. Lorsque ces moyens ne suffisent pas, et que la situation du nerf le permet, on le coupe en travers, ou bien on le détruit avec un caustique. Dans le cas où un nerf est coupé en totalité, les parties auxquelles il se distribue perdent le mouvement et le sentiment. On lit dans Paré, qu'un jeune homme de vingt-cinq ans fut blessé à la gorge, d'un coup d'épée passant près de la trachée-artère. Entre autres accidents dont la plaie fut accompagnée, le bras fut aussitôt paralysé, la voix altérée et le cou un peu tors. Au premier abord, cette blessure fut déclarée mortelle; néanmoins le malade guérit, mais le bras resta paralysé, la voix altérée et le cou de travers. A. Paré attribue l'altération de la voix à la section du nerf récurrent qu'il appelle un des nerfs *vocales*, et la paralysie du bras à la lésion des nerfs qui vont de la moelle de l'épine au membre supérieur. On conçoit aisément, d'après les expériences faites sur les animaux vivants, comment la section du nerf récurrent a pu produire l'altération de la voix; mais comme l'épée qui a fait la blessure, quelque largeur qu'on lui suppose, n'a pu intéresser que quelques-unes des paires cervicales qui se réunissent pour former le plexus brachial, il n'est pas aussi facile de comprendre comment cette lésion a pu être suivie de la paralysie de tout le membre supérieur. Dans le traitement des plaies du cou par instrument piquant avec division transversale d'un ou de plusieurs nerfs, on doit s'attacher à combattre les accidents inflammatoires et spasmodiques, par les moyens dont nous avons parlé plus haut : quant à la paralysie des parties auxquelles les nerfs se distribuent, la chirurgie ne peut rien contre elle.

2° Des plaies du cou par instruments tranchants.

Ces plaies diffèrent entre elles selon leur situation, leur direction et les parties qu'elles intéressent. Les plaies longitudinales, quelle que soit la région du cou qu'elles occupent, doivent être réunies au moyen des emplâtres agglutinatifs. Les bandages unissants, si efficaces en général dans le traitement des plaies longitudinales des autres parties du corps, ne sont point applicables ici, à cause de la trachée-artère et du larynx, qui ne peuvent être comprimés sans danger.

Les plaies transversales de la région postérieure du cou peuvent être réunies avec les emplâtres agglutinatifs, et en faisant tenir la tête droite, lorsque la peau seulement est intéressée; mais quand les muscles sont divisés, on doit mettre la tête dans l'extension et la maintenir dans cette position. On a imaginé plusieurs bandages pour tenir la tête inclinée en arrière; mais le plus simple et le meilleur est le suivant. On assujettit le bonnet du malade avec des tours circulaires d'une bande et une mentonnière; on place sur la poitrine un bandage de corps étroit que l'on fixe en bas avec deux sous-cuisses; on attache ensuite avec des épingles, à la partie antérieure et un peu latérale du bonnet, deux bandelettes larges de trois travers de doigt, et assez longues pour descendre jusqu'à la partie inférieure du tronc; on conduit ces bandelettes au sommet de la tête, où elles s'entre-croisent et sont fixées ensemble avec une épingle; on les porte un peu obliquement en bas et de dedans en dehors, le long de la partie postérieure du cou; on les engage sous le bandage de corps, en les tirant plus ou moins, selon le degré d'extension que l'on veut donner à la tête; puis on les dirige en haut et en dedans jusqu'au sommet de la tête, où leurs extrémités se croisent et doivent être arrêtées. Si la plaie pénétrait dans le canal vertébral, au lieu de la réunir, il faudrait en tenir les lèvres écartées avec de la charpie, afin d'assurer l'écoulement des humeurs et d'en prévenir l'épanchement dans ce canal.

Les plaies transversales des parties latérales du cou, exigent pour être réunies qu'on incline la tête sur l'épaule, et qu'on la maintienne dans cette position au moyen du bandage précédent modifié: les bandelettes doivent être fixées au bonnet, au-dessus de l'oreille, du côté opposé à la blessure, croisées sur le sommet de la tête, et amenées le

long du cou jusqu'au bandage de corps en passant l'une devant, et l'autre derrière l'épaule correspondante.

Les plaies transversales à la partie antérieure du cou, sont en général beaucoup plus dangereuses que celles des autres régions, à cause des gros vaisseaux, et des voies aériennes et alimentaires qui se trouvent là. Ces plaies, qui sont presque toujours faites avec des instruments très-tranchants par des hommes qui veulent se détruire, diffèrent beaucoup entre elles, à raison de leur situation et de leur profondeur.

Lorsqu'elles sont situées au-dessus de l'os hyoïde et qu'elles pénètrent jusque dans la bouche, elles comprennent la peau, les muscles peauciers, les digastriques, les milo et génio-hyoïdiens, les génio et hyoglosses, les nerfs de la neuvième paire, les vaisseaux linguaux, les conduits des glandes maxillaires, les glandes sublinguales, les muscles linguaux et quelquefois même les artères labiales, le rameau lingual de la cinquième paire de nerfs, l'épiglotte. Le danger de l'hémorrhagie est proportionné à la grosseur des vaisseaux divisés. Le bord supérieur de la plaie est porté en haut et en devant par les muscles qui s'attachent à la mâchoire; l'inférieur est tiré en bas et en arrière par les muscles sterno et omoplat-hyoïdiens et par les constricteurs du pharynx: un espace triangulaire assez large sépare alors les deux lèvres de la plaie; mais il est rare qu'elle ait une profondeur aussi considérable: la douleur arrête la main qui conduit l'instrument, et le plus souvent la peau et les muscles superficiels sont seuls divisés. Dans le cas contraire, je veux dire lorsque la plaie pénètre profondément jusque dans la bouche, si la tête est droite, on voit le fond de cette cavité; la salive et les boissons sortent par la plaie. Si la tête est au contraire trop fléchie, les liquides passent difficilement dans le pharynx, tombent en partie dans le larynx, et causent un toux convulsive, de la difficulté pour respirer et pour articuler les sons, de la faiblesse dans la voix, l'engorgement des poumons et quelquefois la mort. Lorsque la plaie pénètre à la profondeur dont nous venons de parler, le pronostic est grave; il est au contraire favorable lorsque la plaie est superficielle. Dans ce dernier cas, des bandelettes agglutinatives et une position convenable suffisent pour rapprocher les bords de la plaie et en rendre la réunion facile et prompte. Mais quand la plaie s'étend jusqu'à la bouche, il se présente plusieurs indications: 1° d'ar-

rêter le sang, en liant les vaisseaux ouverts, lorsqu'on peut les saisir, en les froissant ou les comprimant lorsque leurs orifices échappent à la vue; 2° d'empêcher que les boissons ne sortent par la plaie et ne pénètrent dans le larynx, en introduisant par la bouche, ou mieux encore par les narines, une sonde de gomme élastique assez longue pour descendre jusque dans l'œsophage, et par laquelle on injecte avec une seringue la tisane et des aliments liquides; 3° enfin, de tenir la tête dans un degré de flexion favorable au contact des bords de la plaie. On remplit cette indication au moyen d'un bandage qui ne diffère de celui que nous avons décrit en parlant des plaies transversales de la région postérieure du cou, qu'en ce que les deux bandelettes destinées à fixer la tête sont attachées à la partie postérieure du bonnet et descendent devant le cou. Cependant on couvre la plaie extérieurement avec un linge fin par dessus lequel on met de la charpie mollette et des compresses qu'on soutient avec une bande. Le bandage dont il vient d'être parlé est suffisant pour tenir la tête fléchie, lorsque le malade est docile et seconde les intentions du chirurgien; mais si le dérangement d'esprit qui le porte au suicide continuait, et lui faisait faire des mouvements pour s'opposer à sa guérison, ce bandage serait insuffisant pour l'empêcher de porter sa tête en arrière. On placerait des gardes auprès de lui et on se servirait d'un bandage que Sabatier employa avec succès sur une femme dont l'agitation était extrême. Ce bandage était fait avec une bande d'acier, longue et légèrement courbée, à l'extrémité supérieure de laquelle était fixé un demi-cercle de même métal, qui embrassait la partie postérieure de la tête et qui tenait, par son extrémité inférieure, à une autre bande d'acier, placée en travers, laquelle était aussi garnie à ses deux bouts de deux demi-cercles. Le tout était matelassé et garni comme les bandages mécaniques pour les hernies; on y avait attaché des courroies qui faisaient le tour de la tête et des épaules, et que l'on fixait avec des boucles. Quel que soit le moyen employé pour réunir les bords de la plaie dont il s'agit, la consolidation en est longue, difficile, et n'a lieu qu'à l'extérieur, en sorte que la base de la langue est unie à la peau du cou.

Quand la plaie a son siège entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, et qu'elle pénètre jusque dans le pharynx, elle intéresse la peau, les muscles peuciers, les sterno, omoplat et thyro-hyoïdiens, le ligament

thyro-hyoïdien et l'épiglotte, soit en partie, soit en totalité. Cette plaie est rarement accompagnée d'hémorrhagie, l'écartement de ses bords est médiocre; dans son fond et un peu en haut, est l'épiglotte, mobile, isolée, sans appui. L'air et les mucosités de la bouche sortent par la plaie; la boisson qu'on essaie de faire prendre au malade sort aussi par là, tombe en partie dans le larynx et excite une toux convulsive et suffocante: la déglutition, la respiration et la parole sont très-gênées. L'écoulement continu de la salive et du mucus rend, malgré l'application de l'appareil, le gosier extrêmement sec; la plupart des malades sont tourmentés par une soif dévorante, et quelques-uns meurent en peu de jours avec une disposition gangréneuse du fond de la plaie devenue sèche et aride. Ces phénomènes et cette terminaison ne sont pas particuliers aux plaies qui ont leur siège entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, ils ont aussi lieu quelquefois dans celles qui sont placées au-dessus de l'os hyoïde. Pour réunir celles-là, il faut faire fléchir la tête et la maintenir dans cette position au moyen du bandage dont nous avons parlé plus haut; on combat ensuite les accidents avec les remèdes généraux. Autrefois on pratiquait constamment la suture pour la réunion des plaies dont il s'agit; mais l'expérience en a démontré l'insuffisance et les inconvénients: ce moyen a été abandonné. Les emplâtres agglutinatifs, quoiqu'ils soient exposés à être décollés par l'écoulement continu de la salive, peuvent être employés avec avantage pour tenir les bords de la division de la peau dans un rapport exact. Si les boissons sortent par là, et surtout s'il s'en introduit dans le larynx, malgré l'attention du malade à boire lentement et à incliner la tête de côté, on doit, comme dans les plaies au-dessus de l'os hyoïde, les conduire dans l'œsophage au moyen d'une sonde de gomme élastique introduite par le nez ou par la bouche. Si la présence de la sonde devenait tellement incommode que le malade ne pût pas la supporter, ni en souffrir les fréquentes introductions auxquelles il est besoin d'avoir recours, on donnerait des lavements de bouillon, de lait et de jaunes d'œuf.

Les plaies transversales du cou au-dessous de l'espace compris entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde diffèrent entre elles selon qu'elles intéressent le larynx, la trachée-artère, l'œsophage, les gros vaisseaux, etc.

Le larynx peut être divisé dans un seul endroit ou dans plusieurs;

la plaie peut avoir différentes directions et une étendue plus ou moins grande. On a vu des blessures de cet organe dans lesquelles le cartilage thyroïde était coupé en travers; d'autres où la membrane qui unit ce cartilage au cricoïde, était divisée transversalement; d'autres où le cartilage thyroïde était coupé en sept ou huit pièces et dans toutes sortes de directions; d'autres enfin, dans lesquelles la membrane crico-thyroidienne et le cartilage thyroïde, vers sa partie moyenne, étaient divisés en travers, en sorte qu'une portion de ce cartilage, presque entièrement séparée du reste, ballottait en suivant les mouvements que l'air lui imprimait. Au reste, quel que soit l'endroit où le larynx est blessé, il est extrêmement rare que la plaie pénètre dans le pharynx, et par conséquent qu'elle donne passage aux boissons, ou que celles-ci tombent dans le larynx. On en concevra aisément la raison, si l'on se rappelle la disposition anatomique des parties. Inférieurement, la paroi antérieure du pharynx n'existe pas réellement; elle est remplacée par le larynx, aux parties latérales duquel le muscle constricteur inférieur est attaché : or, pour qu'une plaie du larynx pénétrât dans le pharynx, il faudrait, lorsqu'elle intéresse la membrane crico-thyroidienne, que les petites cornes du cartilage thyroïde et la partie postérieure du cartilage cricoïde fussent coupées dans toute leur épaisseur; et lorsqu'elle attaque le cartilage thyroïde, que les cartilages arythénoïdes fussent également coupés dans toute leur épaisseur. Cependant une plaie du cartilage thyroïde peut pénétrer dans le pharynx sans intéresser les cartilages arythénoïdes; c'est lorsqu'elle s'étend jusqu'à la partie postérieure du cartilage thyroïde, dans l'endroit où ce cartilage dépasse un peu le cricoïde et les arythénoïdes, et où sa face postérieure est couverte par la membrane interne du pharynx, qui elle-même est intéressée; mais alors l'ouverture de cette membrane n'est jamais considérable. Tel était sans doute le cas du malade dont M. Fine a fait insérer l'observation dans le tome LXXXIII du *Journal de médecine*, page 64. Ce malade ayant l'esprit aliéné depuis quelque temps se servit, pour se détruire, d'un canif qu'il enfonça dans le larynx, et le portant dans toutes sortes de directions, forma une plaie qui comprenait tout le cartilage thyroïde, était irrégulièrement ronde et avait environ un pouce de diamètre; le cartilage thyroïde était divisé en sept ou huit parties : on découvrait dans la partie postérieure, du côté de la corne

supérieure du cartilage thyroïde, une ouverture à l'*œsophage* (1), de six lignes de longueur sur quatre de largeur. On essaya de faire avaler au blessé un peu de bouillon, mais il pénétra dans le larynx, provoqua la toux et des symptômes de suffocation qui ne cessèrent que lorsqu'il eut été rejeté au dehors. Les boissons continuèrent à tomber dans le larynx et à être rejetées par les efforts de la toux jusqu'au vingt-cinquième jour, où elles passèrent en partie dans l'estomac; mais dès le vingt-troisième, le malade put avaler une feuille de laitue romaine et des épinards entiers apprêtés, sans qu'ils pénétrasent dans le larynx, à l'exception d'une parcelle d'épinards qui tomba dans cet organe et que la toux chassa par la plaie. La guérison fut complète au bout de trente-six jours.

Les plaies du larynx sont presque toujours accompagnées d'hémorrhagie; on en conçoit la raison : les artères du larynx sont grosses et nombreuses; mais en général cette hémorrhagie est moins dangereuse par la quantité de sang que le malade perd, que par l'introduction de ce liquide dans les voies aériennes, accident qui pourrait devenir mortel si l'on n'y remédiait promptement, comme nous le dirons plus bas, en parlant des plaies de la trachée-artère. Ordinairement les bords des plaies du larynx sont peu écartés l'un de l'autre lorsque le cartilage thyroïde est divisé; leur écartement est plus considérable quand la plaie a son siège entre ce cartilage et le cartilage cricoïde. La sortie de l'air par la plaie et la perte de la voix sont des phénomènes communs aux plaies du larynx et à celles de la trachée-artère.

La première indication, dans le traitement des plaies du larynx, est d'arrêter le sang, s'il y a hémorrhagie, en faisant la ligature des vaisseaux ouverts, ou en les comprimant avec les précautions convenables lorsqu'il n'est pas possible de les lier. Ensuite, si le malade n'éprouve aucun symptôme qui annonce que le sang s'est introduit dans la trachée-artère, on procède à la réunion de la plaie. Dans le cas contraire, on doit la tenir ouverte, afin que le sang qui a pénétré dans le canal aérien ait une issue libre au dehors. La position suffit pour mettre en contact les lèvres des plaies du larynx qui n'ont qu'un seul trait de division, mais lorsqu'il y en a plusieurs avec dilacéra-

(1) M. Fine a voulu dire le *pharynx*. L'*œsophage*, ne commençant qu'au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, ne peut être blessé dans une plaie du cartilage thyroïde. (Note de l'auteur.)