

tion et lambeaux qu'on ne peut rapprocher ni fixer au moyen des emplâtres agglutinatifs et du bandage, on fait quelques points de suture simple. On combat les accidents inflammatoires dont ces plaies sont quelquefois accompagnées, par des saignées, la diète, les topiques émollients et anodins. Lorsque la plaie pénètre jusque dans le pharynx et que la boisson qu'on veut faire prendre au malade tombe dans la trachée-artère, on peut se servir d'une sonde de gomme élastique pour conduire les liquides dans l'œsophage; mais si l'usage de cet instrument causait trop d'irritation et de douleur, on y renoncerait et on soutiendrait les forces du malade avec des lavements nourrissants.

Les plaies de la trachée-artère diffèrent entre elles à raison de leur direction et de leur étendue. Il est rare que ce canal soit coupé en long ou obliquement; presque toujours sa division est transversale. La plaie peut ne comprendre qu'une partie de la circonférence de la trachée, ou bien intéresser la totalité de cette circonférence: dans ce dernier cas, l'œsophage peut rester intact derrière le conduit aérien; mais le plus souvent il est coupé dans une partie et quelquefois même dans la totalité de son diamètre. Il est presque impossible que cette espèce de plaie ne soit pas accompagnée de l'ouverture des gros vaisseaux du cou, tels que les artères carotides primitives et les veines jugulaires internes, et par conséquent qu'elle ne fasse pas périr le malade sur-le-champ. Cependant on a vu des plaies dans lesquelles étaient comprises toute la circonférence de la trachée-artère et la plus grande partie de celle de l'œsophage, et qui n'intéressaient en aucune manière les vaisseaux dont nous venons de parler; en sorte que les malades qui ont succombé à ces plaies ne sont pas morts d'hémorrhagie.

Lorsque la trachée-artère n'est divisée que dans une partie de sa circonférence, les bords de la plaie s'écartent peu l'un de l'autre; il est facile de les mettre en contact par la flexion de la tête, et si cette plaie n'est accompagnée de l'ouverture d'aucun gros vaisseau, la guérison est prompte, ainsi que le prouvent un grand nombre d'observations. Mais lorsque la trachée-artère est entièrement coupée, les deux bouts s'écartent l'un de l'autre: l'inférieur se cache sous les parties voisines, et n'est plus en état de recevoir l'air, en sorte que la respiration ne se faisant plus ou ne se faisant que très-difficilement, le malade ne tarde pas à périr, comme le montrent encore beaucoup d'observations.

L'entrée et la sortie de l'air par la plaie dans les mouvements de la

respiration, la perte de la voix lorsque la blessure du conduit de l'air est très-considérable, sont, comme nous l'avons dit précédemment, des phénomènes communs aux plaies du larynx et à celles de la trachée-artère. La perte de la voix vient de ce que, dans l'expiration, l'air s'échappe par la plaie au lieu de sortir par la glotte: aussi la voix se rétablit-elle avec le passage de l'air par cette partie, lorsque la réunion de la plaie l'empêche de sortir par la voie accidentelle. A. Paré est le premier qui ait fait cette observation: en réunissant les plaies de la trachée-artère, il a mis des blessés en état de parler, de nommer leurs assassins, ou de déclarer qu'ils avaient eux-mêmes attenté à leur propre vie, ce qui a sauvé des innocents sur lesquels le hasard des circonstances laissait planer les soupçons affreux du crime.

Il faut réunir les plaies de la trachée-artère; mais avant tout on doit arrêter le sang, prévenir son entrée dans ce canal et en faire sortir celui qui peut s'y être introduit. La première indication est donc d'arrêter l'hémorrhagie lorsqu'elle existe, car cet accident des plaies de la trachée est mortel, si l'on n'y remédie promptement. Il faut bien se garder alors de procéder à la réunion de la plaie; on doit au contraire la tenir ouverte afin que le sang qui peut s'être introduit dans les voies aériennes en sorte plus librement; et dans le cas même où la plaie ne serait pas assez grande pour lui laisser une issue facile, il conviendrait de l'agrandir et de mettre le malade dans une situation favorable à l'écoulement de ce liquide.

Lorsque rien ne contre-indique la réunion des plaies de la trachée-artère, on doit y procéder sur-le-champ. Pour cela, il suffit de fléchir la tête sur le cou à un degré convenable et de la maintenir dans cette position au moyen des bandages dont nous avons parlé précédemment. Si la position ne suffit pas pour mettre en contact les bords de la division de la peau, on aura recours aux emplâtres agglutinatifs. Il faudrait même pratiquer un ou deux points de suture pour mettre les bords dans un parfait niveau, si la peau était lâche, ridée, comme chez les vieillards et les personnes très-maigres, et qu'elle se repliât en dedans faute d'un point d'appui suffisant. Quelques points de suture sont encore nécessaires lorsque les plaies sont multipliées, avec dilacération, et à lambeaux qu'on ne peut fixer ni par les bandages ni par les emplâtres.

Les anciens pratiquaient toujours la suture sur la trachée-artère elle-même, et quelques modernes ont donné le conseil de faire cette

opération lorsque ce conduit a été divisé transversalement dans la plus grande partie de son diamètre. Mais dans ce cas, la suture a presque toujours causé des accidents graves, tels que la toux, la difficulté de respirer, déterminée par l'irritation et la tuméfaction inflammatoire de la membrane muqueuse de ce canal. D'ailleurs, les fils peuvent user lentement les anneaux cartilagineux de la trachée-artère, sans que la plaie se cicatrise, et on a vu des fistules survenir après l'exfoliation de ces cartilages.

Lorsqu'on a réuni la plaie par les moyens dont nous venons de parler, on la couvre d'un linge fin, par dessus lequel on met de la charpie, et on soutient le tout avec une compresse et un bandage circulaire très-peu serré. On prévient les accidents inflammatoires ou on les combat s'ils sont survenus, avec la saignée, les boissons rafraîchissantes et la diète la plus sévère.

Quoique mis en contact immédiat, les bords des plaies de la trachée-artère et du larynx ne se réunissent pas toujours par première intention, c'est-à-dire sans suppuration. Il arrive souvent que leurs lèvres s'enflamment, suppurent, se couvrent de bourgeons charnus et ne se réunissent qu'au bout de quinze, vingt, trente jours. Après la guérison, la voix reste longtemps faible et rauque.

Quelquefois ces plaies sont longtemps fistuleuses : on pourrait croire au premier coup d'œil que cet état fistuleux dépend du passage continu de l'air ; mais on l'observe encore quoiqu'on ait eu l'attention de tenir les plaies toujours couvertes et d'empêcher l'air d'y passer. L'engorgement et l'endurcissement des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, le décollement de la peau à la suite d'un abcès dont la plaie a été suivie, qui s'est ouvert de lui-même, ou qu'on n'a pas ouvert dans une étendue convenable, la dénudation d'un ou de plusieurs cerceaux cartilagineux, peuvent rendre fistuleuses les plaies de la trachée-artère ; mais la cause la plus ordinaire des fistules de ce conduit est la perte de substance de ses parois : aussi remarque-t-on que dans presque toutes les observations de fistules de cette espèce citées par les auteurs, la fistule a succédé à une plaie par arme à feu qui a détruit une portion de la trachée-artère.

Lorsqu'une plaie de ce canal est devenue fistuleuse parce que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont engorgés et endurcis, on a recours aux cataplasmes et aux emplâtres émollients : ces topiques ramollissent les parties engorgées, font naître une suppuration abon-

dante qui amène le dégorgeement de ces parties et la cicatrisation de la plaie. Si la plaie est devenue fistuleuse à la suite d'un abcès qui a décollé les parties, on appliquera sur le trajet de la fistule un emplâtre de diapalme ou de Nuremberg, et des compresses graduées pressées par un bandage circulaire. Si ce moyen ne suffit pas, on agrandira l'ouverture par une incision dont l'étendue sera proportionnée à la longueur du sinus fistuleux. Lorsque la fistule est entretenue par la dénudation d'un cartilage, sa guérison dépend de l'exfoliation de la portion cartilagineuse dénudée : cette exfoliation est l'ouvrage de la nature ; mais on peut la prévenir et favoriser le développement des bourgeons nécessaires pour la guérison de la fistule, en raclant le cartilage avec une ruginé ou tout autre instrument convenable, et en détruisant ainsi toute la portion qui est affectée. Les fistules de la trachée-artère qui dépendent d'une perte un peu considérable de sa substance, sont absolument incurables. Les inconvénients de ces fistules sont l'entrée et la sortie de l'air par la fistule même, le bruit incommode et désagréable qu'il fait en la traversant, la perte de la voix et de la parole. On remédie à ces inconvénients en fermant cette ouverture avec une éponge, ou avec une pelote de charpie mollette enfermée dans du linge très-fin et trempée dans un mélange de cire et de blanc de baleine fondus ensemble. On assujettit cette espèce d'obturateur avec une bande de linge qui fait le tour du cou, ou avec un emplâtre de diachylon gommé (a).

(a) — Je crois devoir joindre aux principes posés par Boyer sur les sutures dans les plaies du cou, quelques réflexions tirées de la pratique, et j'ajouterai une note relative à la guérison des fistules des voies aériennes.

La suture ne doit pas être employée dans les plaies de la région sus-hyoïdienne, parce que le passage des mucosités de la gorge et celui des boissons s'opposent à la réunion des parties. J'avais vu plusieurs cas de plaies de cette région par des instruments tranchants, et j'avais suivi les préceptes donnés par Boyer ; j'avais maintenu la tête fléchie au moyen de bandages, et je n'avais jamais songé à faire la suture des lèvres de la plaie. Tantôt les blessés avaient guéri, tantôt ils avaient succombé aux accidents survenus. Mais ayant eu à soigner une jeune fille qui s'était fait une plaie de la région sus-hyoïdienne en

tombant sur un morceau de verre, je crus devoir pratiquer la suture à cause du peu d'étendue de la plaie, à cause de sa netteté et à cause de l'adhérence de la peau aux parties sous-jacentes. Je fis quatre points de suture, et je tins la tête fléchie au moyen d'un bandage. Quoique les lèvres de la plaie fussent parfaitement en contact, les boissons passèrent en très-grande partie par la plaie, et le troisième jour j'ôtai les fils parce qu'ils commençaient à couper la peau. La malade n'a été guérie qu'au bout de huit semaines.

Boyer dit que, dans les plaies du cou avec lésion du larynx ou de la trachée-artère, « il faudrait même pratiquer un ou deux points de suture pour mettre les bords dans un niveau parfait, si la peau était lâche, ridée comme chez les vieillards et les personnes très-maigres, et qu'elle se repliât en dedans faute d'un point d'appui suffisant. » Je n'ai suivi qu'une seule fois ce conseil, et je n'ai pas réussi. Un homme âgé de quarante-quatre ans, atteint d'une aliénation mentale légère, se coupa le cou avec un rasoir. Il intéressa la peau, toutes les parties qui la séparent du cartilage thyroïde, ce cartilage et les bords antérieurs des deux muscles sterno-mastoldiens. Cet homme était très-maigre, et, comme dit Boyer, la peau du cou se repliait en dedans faute d'un point d'appui suffisant. De plus, le milieu de la lèvre inférieure de la plaie était tombée jusque dans la fossette sus-sternale, de sorte que cette plaie avait pris une forme triangulaire et était d'une grandeur effrayante. Je mis sept points de suture, et j'appliquai un bandage très-serré pour tenir la tête du blessé fléchie : ce bandage fut surveillé avec soin à cause de l'indocilité du malade. Les sept points de suture déchirèrent la peau, et le troisième jour tout était revenu à son premier état. La plaie suppura, et le pus s'amassait en assez grande quantité derrière la peau dans la fossette sus-sternale. A chaque pansement, il y avait dans cet endroit plus d'une cuillerée à bouche de pus, indépendamment de celui qui imbibait l'appareil, et deux pansements étaient faits par jour. Je fis exercer une douce compression avec une boulette de charpie; elle fut tout à fait inutile. Je me contentai donc de panser la plaie à plat. La plaie du cartilage thyroïde se ferma progressivement; les lèvres de la plaie de la peau se rapprochèrent l'une de l'autre, et à mesure que la cicatrice se formait, le milieu de la lèvre inférieure de la plaie remontait; et quoiqu'il y eut entre ce point et le point correspondant de la lèvre supérieure de la plaie un intervalle de trois centimètres, les deux lè-

vres arrivèrent au point de contact, de sorte qu'après la cicatrisation complète il existait au cou une cicatrice linéaire, transversale, présentant de chaque côté des cicatrices verticales, résultat de la déchirure de la peau par les points de suture. La guérison fut achevée en cinq semaines.

Boyer dit que la suture de la trachée-artère elle-même était pratiquée par les anciens chirurgiens, et qu'elle peut donner lieu à l'usure et à l'exfoliation des cartilages, et occasionner des fistules. J'ai vu un cas de ce genre. Une jeune fille, âgée de quinze ans, dont le père était boucher, voulut se suicider, et pour mettre son projet à exécution, elle prit dans l'étal de son père un couteau triangulaire très-tranchant et elle monta à sa chambre. On l'appela dans ce moment; alors elle se porta plusieurs coups de couteau au cou sur les cartilages thyroïde et cricoïde, en faisant agir successivement l'instrument de droite à gauche et de gauche à droite. Il résulta de cette manœuvre une plaie mâchée de la peau et des cartilages. Un des chirurgiens des hôpitaux de Paris ayant été appelé, il appliqua plusieurs points de suture dans lesquels furent compris les cartilages du larynx. Il survint une nécrose de plusieurs portions de ces cartilages, puis une fistule. Celle-ci se rétrécissait de jour en jour, et on espérait une guérison complète, lorsqu'on s'aperçut que cette diminution de l'orifice fistuleux était accompagnée d'un rétrécissement du larynx et d'une difficulté très-grande de la respiration. Ce fut à ce moment qu'on confia la malade à mes soins; il y avait deux mois que l'accident était arrivé. L'état de la jeune fille ne permettait de tenter aucun moyen de fermer la fistule à cause de ce rétrécissement progressif du larynx; je me trouvai donc dans la nécessité de rester spectateur du travail de la nature. La diminution de la fistule et celle du diamètre du larynx devinrent telles, que la malade fut menacée de suffocation, et qu'un matin je me vis dans la nécessité d'introduire une sonde cannelée dans la fistule, d'inciser en bas et en haut le larynx et la trachée-artère, et de mettre dans cette dernière une canule d'argent. Alors la respiration se fit bien. La malade resta encore confiée à mes soins pendant deux mois, portant toujours la canule. Au bout de ce temps, ses parents la placèrent dans une pension hors de Paris, et je ne l'ai plus revue, quoique j'aie cherché à plusieurs reprises les moyens de la voir; je n'ai pas même pu savoir ce qu'était devenue sa fistule.

Je n'ai jamais vu à la suite des plaies de la partie antérieure du cou

le pus fuser derrière le sternum , comme quelques praticiens disent l'avoir observé.

Lorsque les fistules des voies aériennes et surtout du larynx existent depuis longtemps et qu'on n'a plus rien à attendre des forces de la nature , l'art peut les guérir. Plusieurs moyens se présentent : l'avivement des bords de la solution de continuité , l'autoplastie par glissement , l'autoplastie par lambeau. Dans la première opération , on incise la fistule en bas et en haut , on avive les bords de la solution de continuité , et on réunit soit par des emplâtres agglutinatifs , soit par la suture entortillée : ce dernier moyen est préférable. Dans la deuxième opération , on incise la peau au-dessous et au-dessus de la fistule , on détache des parties sous-jacentes la peau de chacune des lèvres , on régularise celles-ci et on les réunit par la suture entortillée ou la suture simple. Dans la troisième opération , on prend un lambeau aux dépens de la peau voisine de la fistule , on le roule sur lui-même , on avive les bords de la fistule , on introduit entre eux le lambeau et on passe une aiguille en travers dans les lèvres de la plaie et le lambeau. Ces diverses opérations comptent des succès et des insuccès , et malgré ceux-ci , elles doivent toujours être mises en usage , parce qu'elles n'offrent aucun danger. On conçoit qu'il n'est pas possible d'indiquer pour chaque cas particulier le choix que l'on doit faire de l'une ou de l'autre , et que ce choix est subordonné à l'état de la fistule.

3° Des plaies du cou par des instruments contondants.

Comme celles de toutes les autres parties du corps , ces plaies peuvent être faites par un corps contondant ordinaire , ou par un corps poussé par la poudre à canon. Les premières sont simples ordinairement , et doivent être réunies au moyen des emplâtres agglutinatifs. Les secondes diffèrent beaucoup entre elles à raison de la grosseur et de la forme des instruments qui les ont faites , et surtout à raison des parties qu'elles intéressent.

Lorsque dans une plaie d'arme à feu , la peau et les muscles sont seuls atteints , pour prévenir ou arrêter les accidents inflammatoires , on emploie la dilatation par incision , les saignées , les topiques émollients ; on agit comme dans les plaies des autres parties où la balle n'a divisé que des parties charnues. Mais les balles qui frappent le cou ne

bornent pas toujours leur action à la peau et aux muscles : elles intéressent quelquefois les vertèbres , la moelle de l'épine , les nerfs , le larynx , la trachée-artère , le pharynx , l'œsophage. Ces sortes de plaies sont toujours très-graves et souvent mortelles. Leur danger est plus ou moins grand , selon la nature , l'importance et le degré de lésion des parties intéressées.

La fracture des vertèbres n'est pas toujours également dangereuse. Bornée aux apophyses épineuses et transverses , et surtout aux premières , elle n'ajoute pas beaucoup à la gravité de la blessure , si l'on a la précaution d'agrandir suffisamment la plaie , pour pouvoir extraire avec facilité les esquilles entièrement séparées ou qui ne tiennent qu'aux parties molles , et pour faciliter la sortie de celles qui se détacheront par la suite ; si l'on emploie les moyens propres à prévenir une trop grande inflammation ou à l'éteindre si elle est survenue. Lorsque le corps des vertèbres , leurs lames et leurs apophyses articulaires sont brisés , la fracture est presque toujours mortelle , ou au moins très-grave. Le danger de ces espèces de fractures vient surtout de la lésion de la moelle de l'épine , soit par la balle qui a brisé les os , soit par les esquilles enfoncées dans le canal vertébral , ou de sa compression par des sucs épanchés dans ce canal. Cette lésion de la moelle de l'épine , pour peu qu'elle soit considérable , fait promptement périr le malade. On lit cependant dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* , qu'un homme a pu survivre pendant dix-neuf jours à la fracture des six dernières vertèbres du cou , accompagnée de la rupture des ligaments , et à la luxation incomplète de la première vertèbre sur la seconde , quoiqu'il y eût paralysie de toutes les parties qui étaient au-dessous.

Les plaies du cou par arme à feu , dans lesquelles les nerfs qui viennent de la moelle de l'épine sont intéressés , sans être nécessairement mortelles , sont toujours très-graves , parce qu'elles entraînent la paralysie des parties auxquelles les nerfs blessés se distribuent. Je ne sache pas qu'il existe d'exemple de plaie du cou par une balle qui ait été mortelle par cela seul que le nerf de la huitième paire et le grand sympathique étaient lésés : la situation de ces nerfs est telle , qu'il est impossible qu'une balle les atteigne , sans altérer d'autres parties dont la lésion est elle-même mortelle ; mais l'on conçoit que la blessure seule de ces nerfs , si elle avait lieu , causerait la mort.

La lésion des grosses artères , telles que les carotides et les verté-

brales, est nécessairement mortelle sur-le-champ, lorsque les parois de l'artère sont déchirées. Si ces parois étaient désorganisées par la contusion, sans être rompues, le malade ne périrait qu'à la chute de l'eschare, qui a lieu ordinairement du neuvième au douzième jour.

Les plaies du larynx et de la trachée-artère que font les armes à feu sont accompagnées de phénomènes différents, selon que la balle a divisé l'un ou l'autre dans tout son diamètre, et a détruit en quelque sorte une partie de sa longueur, ou bien qu'elle n'a enlevé qu'une portion de sa circonférence. Dans le premier cas, le malade court risque d'être suffoqué par le sang qui tombe dans les bronches, par la rétraction du bout inférieur du conduit aérien qui se cache derrière les parties qui le couvrent, et par le gonflement de ces parties. Dans le second cas, le sang qui coule dans la trachée-artère apporte un obstacle plus ou moins grand à la respiration, et le malade est encore menacé de suffocation. Mais cet accident n'est jamais aussi imminent que dans le premier cas, et la toux continuelle excitée par la présence du sang en détermine la sortie tout à la fois par la plaie et par la glotte. Dans ces sortes de plaies, le gonflement des parties environnantes peut devenir assez considérable pour mettre le malade en danger de suffoquer, malgré la grandeur de l'ouverture faite par la balle au larynx ou à la trachée-artère. Habicot en cite un exemple. Le voici : « Une fille d'environ vingt-cinq ans, inclinée pour ouvrir une basse porte à son maître poursuivi par des assassins, reçut d'un arme à feu le coup de balle qui lui fractura le larynx, et spécialement toute la partie gauche du cartilage thyroïde; le corps étranger passa du côté opposé, où il resta sous la peau du dos après avoir brisé l'angle inférieur de l'omoplate droite. Les secours qu'on crut convenables furent administrés suivant l'exigence du cas. Il survint à la gorge une telle tumeur inflammatoire, que la malade eût étouffé, sans un tuyau de plomb introduit en la trachée-artère, pour faire voie à la respiration. » L'auteur ajoute que cette canule y demeura environ trois semaines, tant que durèrent l'inflammation et la suppuration. Le succès couronna les soins de l'habile chirurgien. On doit considérer ici, comme Louis en fait la remarque, que la canule qu'on dit avoir été placée dans la trachée-artère ne devait servir qu'au passage de l'air entre les parties molles tuméfiées; car le désordre des cartilages était assez considérable pour ne pas craindre un obstacle de leur part. Lorsque les malades survivent à une blessure du larynx ou de la trachée-artère par

arme à feu, si la plaie est sans perte de substance, elle peut se cicatriser entièrement; mais lorsqu'il y a perte de substance, il reste une fistule incurable, et cela a lieu plus particulièrement à la trachée-artère qu'au larynx. Van Swieten dit avoir vu un soldat qui, demandant l'aumône de porte en porte, faisait voir une large ouverture qu'il avait à la trachée-artère, et qu'il bouchait avec une éponge: alors il pouvait parler facilement; mais aussitôt que le trou était ouvert, il perdait la voix. Il avait eu, dans un combat, plusieurs années auparavant, un morceau de la trachée-artère emporté par une balle, ce qui empêcha les bords de la plaie de se rapprocher et de se réunir.

Dans les plaies par arme à feu au cou, le pharynx et l'œsophage peuvent être intéressés; mais la situation de ces organes est telle qu'il est presque impossible qu'une balle les atteigne sans blesser en même temps quelqu'une des parties qui les environnent; or, la lésion de ces parties est souvent plus grave que celle du pharynx ou de l'œsophage. La sortie par la plaie d'une partie du liquide que le malade avale ne laisse aucun doute sur la blessure de l'un ou de l'autre de ces conduits. Lorsque l'œsophage n'est divisé que dans une portion de son diamètre et qu'il n'a point éprouvé de perte de substance, la plaie peut se cicatriser complètement; dans le cas contraire elle reste fistuleuse, et la fistule peut être assez large pour laisser sortir presque tous les aliments que le malade avale, en sorte qu'il ne peut-être nourri qu'en portant avec un entonnoir les matières alimentaires dans l'œsophage. Trioen en rapporte un exemple. Il dit qu'un soldat reçut immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde un coup de fusil dont la balle détruisit toute la partie supérieure de la trachée-artère et la moitié du diamètre de l'œsophage. La déglutition devint impossible. Cette plaie avec perte de substance ne put se cicatriser, et il resta une large ouverture fistuleuse. On voyait dans le fond de cette ouverture l'œsophage ouvert dans lequel le malheureux soldat introduisait un entonnoir pour faire passer dans l'estomac du pain et d'autres aliments solides divisés en très-petits morceaux et mêlés avec un liquide. S'il les mettait dans la bouche comme pour les avaler, ils sortaient aussitôt par l'œsophage; aussi était-il privé du plaisir de les goûter et d'en apprécier la saveur (1). Trioen ne dit point comment s'était terminée

(1) Trioen, *Obs. méd.-chirurg.*, p. 40.

la plaie de la trachée-artère; mais il est probable qu'elle était restée fistuleuse aussi.

La balle peut avoir entraîné dans la plaie qu'elle a faite des corps étrangers, et y être restée elle-même. Les accidents qui doivent résulter de cette complication sont subordonnés à la nature des fonctions que le corps étranger opprime.

Les règles relatives au traitement des plaies d'armes à feu, en général, sont applicables aux plaies du cou en particulier, mais avec les modifications que réclame la structure de cette partie.

Les incisions, si utiles en général, ne doivent être pratiquées sur cette partie qu'avec la plus grande circonspection : elles ne peuvent guère s'étendre au delà de la peau à cause des gros vaisseaux qui s'y trouvent; et dont l'ouverture donnerait lieu à une hémorrhagie qu'il serait difficile et peut-être impossible d'arrêter.

Lorsque la balle est restée dans le cou, il est sans doute désirable de pouvoir l'ôter; mais son extraction est d'autant plus difficile que, comme nous venons de le dire, les incisions sont moins permises ici. Après avoir agrandi la plaie avec la circonspection convenable, si on ne rencontre pas la balle, ou si, après l'avoir rencontrée, on éprouve de la difficulté à l'extraire, il faut l'abandonner, à moins cependant qu'elle ne soit placée de manière à empêcher la déglutition, ou à gêner considérablement la respiration, car alors elle doit être promptement retirée, dût-on molester quelques parties importantes.

L'engorgement inflammatoire qui accompagne toutes les plaies d'armes à feu est d'autant plus à craindre dans celles du cou, que la prudence ne permet guère d'étendre les incisions au delà de la peau, et qu'il y a beaucoup de nerfs et de tissu cellulaire dans cette partie. Cet engorgement est très-fâcheux; lorsqu'il est porté à un degré considérable, il peut empêcher la déglutition et rendre la respiration très-difficile. Pour le prévenir, ou pour le combattre lorsqu'il est survenu, il faut avoir recours aux saignées, aux boissons délayantes et rafraîchissantes, à une diète sévère, aux topiques émollients et anodins.

Les plaies du cou par armes à feu, comme celles de toutes les autres parties du corps, peuvent être suivies d'hémorrhagie consécutive, c'est-à-dire de celle qui arrive à la chute des eschares, lesquelles se détachent du neuvième au douzième jour. Cet accident est d'autant plus à craindre au cou, qu'il y a dans cette partie un grand nombre

d'artères; c'est pourquoi le chirurgien ne doit pas perdre le malade de vue, parce que là on ne pourrait mettre, comme aux membres, un tourniquet prêt à être serré en cas d'hémorrhagie. S'il survient donc une hémorrhagie, il faut faire en sorte de connaître le point d'où le sang sort, et lier le vaisseau s'il est possible. Si l'on ne peut absolument faire la ligature de l'artère, il faut porter sur son ouverture un bourdonnet imbibé d'eau de Rabel, et l'y soutenir avec le doigt pendant dix minutes, après quoi on pourra probablement panser la plaie sans être obligé d'y faire d'autre compression.

§ 2. — Des tumeurs du cou.

Toutes les tumeurs auxquelles sont sujettes les autres parties du corps peuvent attaquer le cou.

— L'*érysipèle* du cou est ordinairement joint à celui de la face; on le traite comme les érysipèles des autres régions du corps. Quelquefois il est parsemé de petites vésicules transparentes; il cause une démangeaison très-vive, et occupe ordinairement un des côtés du cou: c'est alors une variété du zona.

— Le *phlegmon* du cou, comme celui des autres parties, se termine presque toujours par suppuration. L'abcès qui en résulte mérite une attention particulière. Lorsqu'il est petit et superficiel, et que sa marche est rapide, il vaut mieux le laisser s'ouvrir de lui-même que d'en faire l'ouverture avec l'instrument tranchant. L'ouverture spontanée ne laisse presque aucune trace, au lieu que de l'incision résulte toujours une cicatrice apparente: c'est particulièrement chez les femmes qu'il importe de prévenir la difformité. Dans le cas au contraire où l'abcès, quoique petit et superficiel, a une marche lente, il faut l'ouvrir de bonne heure pour empêcher le décollement et la désorganisation de la peau, dont l'excision deviendrait alors indispensable. Il est important de ne pas différer l'ouverture des grands abcès du cou, et surtout lorsqu'ils sont placés près de la poitrine, pour empêcher que le pus, par sa seule pesanteur, ne fuse dans cette cavité, à travers le tissu cellulaire qui entoure la trachée-artère, l'œsophage et les gros vaisseaux, accident qui pourrait rendre ces abcès mortels ou amener des fistules incurables. Lorsque ces abcès sont situés profondément, pour les faire prononcer au dehors, on a recours aux cataplasmes ou