

Droits de traduction et de reproduction réservés

MANUEL

DE

PATHOLOGIE EXTERNE

MALADIES DES RÉGIONS

COU

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Sept vertèbres forment la charpente du cou chez l'homme comme chez tous les mammifères, à de rares exceptions près. Cette colonne osseuse, sur le squelette, est libre en arrière dans toute étendue; en avant les os de la face recouvrent sa partie supérieure. Une ligne horizontale menée d'avant en arrière par le bord inférieur de la symphyse du menton rencontre la colonne vertébrale au niveau du bord supérieur de la 5^e vertèbre cervicale.

Les parties molles présentent une disposition bien différente en avant et en arrière. La partie postérieure est essentiellement musculaire, compacte et, quoique des plis visibles ne la bornent pas, elle constitue, dans les limites qu'on lui assigne en anatomie topographique, un véritable tout. La moitié antérieure est au contraire très complexe. Sous la peau, une paroi musculo-aponévrotique dont les éléments sont multiples recouvre des organes très importants et très divers : gros vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, nerfs, larynx, trachée, œsophage, corps thyroïde, ganglions lymphatiques, etc. A sa partie inférieure cette paroi dépasse latéralement les limites que l'anatomie des formes assignerait au cou et entre dans la constitu-

tion de la région sus-claviculaire, que l'on rattache un peu pour cela à la grande région cervicale antérieure.

Par sa partie supérieure le cou se continue et se confond quelque peu avec la face. Le pharynx dans ses portions buccale et nasale est indivis entre eux. Les régions parotidienne et sus-hyoïdienne, qui font plutôt partie de la face, sont généralement décrites avec le cou dans les traités d'anatomie chirurgicale.

Comme nous n'avons pas l'intention de suivre ici un ordre topographique, nous n'entrerons pas dans la description des régions secondaires qui s'inscrivent dans la moitié antérieure du cou. Chemin faisant, nous rappellerons les notions d'anatomie indispensables à l'intelligence de notre exposé pathologique.

PREMIÈRE PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

CHAPITRE PREMIER

CONTUSIONS ET FRACTURES

Nous n'avons pas à revenir sur les fractures qui atteignent les vertèbres de la région cervicale; elles ont été étudiées précédemment avec toutes les autres fractures de la colonne vertébrale. Nous ne nous arrêterons pas non plus aux contusions de la région postérieure du cou; elles sont rares et n'offrent rien de spécial. Notre description ne visera donc que la région antéro-latérale.

I

CONTUSIONS DU COU

Les contusions du cou empruntent une gravité spéciale à la présence des organes et des vaisseaux que contient la région. Elles sont souvent compliquées de fractures de l'os hyoïde, du larynx ou de la trachée; elles peuvent s'accompagner d'épanchements sanguins et de

gonflements inflammatoires capables de mettre obstacle au libre jeu de la respiration et de la déglutition. Brown Sequard a montré, en 1887, que les contusions superficielles pouvaient au cou acquérir une gravité tout spéciale. Des violences légères portant sur les téguments seuls ou sur le larynx et la trachée provoquent parfois la syncope cardiaque ou respiratoire, la perte de connaissance, la mort même. Ces faits trouvent leur explication dans la théorie de l'inhibition.

Aux causes ordinaires des contusions s'ajoutent, dans cette région, des causes spéciales : la pendaison et la strangulation, soit au moyen des mains, soit à l'aide d'un lien serré autour du cou. Ces violences sont surtout étudiées dans les traités de médecine légale. Elles intéressent aussi le chirurgien, qui peut avoir à intervenir, et d'une façon fort utile, dans certaines tentatives de suicide ou de meurtre.

Dans la *pendaison* volontaire, judiciaire, ou criminelle, l'observation a montré que le lien suspenseur se place cinq fois contre une au-dessus du larynx, de telle façon que la compression porte sur la base de la langue et non sur les voies respiratoires proprement dites.

On a longtemps, sur la foi de J.-L. Petit, admis que la mort chez les pendus était ordinairement le résultat de la luxation de l'atlas sur l'axis. Cette opinion, contestée par Duverney, a été complètement infirmée par l'expérience et l'observation. Une semblable lésion peut à la rigueur se produire, mais elle est extrêmement rare. La mort arrive surtout *par l'interruption de la circulation encéphalique*, du fait de la striction des gros vaisseaux, *par l'arrêt de la respiration*, peut-être aussi *par la compression des gros troncs nerveux du cou*.

Les phénomènes sont à peu près les mêmes dans la *strangulation*, mais là, les mains ou le lien agissant directement sur le larynx ou la trachée, produisent souvent des désordres anatomiques plus sérieux.

Dans les deux cas, les *lésions anatomiques* les plus constantes se voient du côté de la peau. C'est un sillon ecchymotique tracé par le lien constricteur ou bien des traces de doigts et d'ongles, imprimées par les mains qui ont opéré la strangulation.

Des ruptures musculaires, des fractures de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée, la déchirure de la membrane thyro-hyoïdienne, sont des complications communes dans la pendaison (Lesser), plus communes dans la strangulation. Il faut signaler aussi une lésion qu'Amussat a le premier fait connaître en 1828, et qui est loin d'être rare : la rupture des tuniques interne et moyenne de la carotide.

Lorsqu'on arrive près d'un pendu, on doit, après avoir débarrassé le cou du lien constricteur, s'efforcer de rétablir la respiration. La langue étant tirée au dehors, la respiration artificielle sera pratiquée immédiatement sur le bord d'une table par l'élévation et l'abaissement régulier des épaules; on pourra essayer de la méthode de Laborde : traction et propulsion rythmique de la langue; on fera contracter le diaphragme au moyen d'un appareil à induction; enfin on cherchera, en excitant la peau et les muqueuses nasale et pharyngée, à provoquer des réflexes respiratoires. Il faut quelquefois prolonger ces manœuvres pendant un quart d'heure, une demi-heure, avant d'obtenir des mouvements respiratoires spontanés. Lorsque la pendaison ne remonte qu'à quelques minutes, ces efforts seront souvent couronnés de succès. La strangulation demande les mêmes soins; mais ici les lésions du larynx ou de la trachée compliquent fréquemment les choses, produisent une mort rapide ou s'opposent au retour de la respiration. La trachéotomie pourrait trouver dans ce cas son indication.

Lorsque les patients ont pu être rappelés à la vie, ils restent encore en danger pour longtemps. Ils sont exposés à mourir soit à la suite d'inflammations locales, soit par œdème du poumon, soit encore par le fait d'accidents cérébraux divers, dont quelques-uns peuvent tenir à l'oblitération des vaisseaux artériels consécutive à la rupture de leurs membranes internes. L'étude de ces accidents sera faite plus loin, à propos des plaies des artères du cou.

II

FRACTURES DE L'OS HYOÏDE

Notions anatomiques. — L'os hyoïde représente un demi-cerceau, adhérent par sa partie moyenne, antérieure et convexe, à la base de la langue, ouvert du côté du pharynx dont il occupe les parois latérales. Il donne attache à une partie des muscles de la langue, aux muscles qui président aux mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, et au constricteur moyen du pharynx. Son intégrité est indispensable au libre exercice de la déglutition, de la phonation et de la mastication. Par sa face postérieure il répond

directement à la muqueuse du pharynx, sauf vers sa partie moyenne, où l'épiglotte le recouvre.

Anatomie pathologique. — Les fractures de l'os hyoïde se font toujours à l'union de la grande corne avec le corps, ou tout près de ce point. On ne peut pas dire que la grande corne se luxe. Cette apophyse est réunie au corps de l'os non par une articulation, mais par une simple lame cartilagineuse qui est envahie par l'ossification entre quarante et cinquante ans. Il y a quelques exemples de fractures des deux grandes cornes. Les petites cornes ne sont jamais atteintes. On ne connaît qu'une seule fracture du corps.

Étiologie. — Ces lésions sont rares, grâce à la mobilité de l'os hyoïde, grâce surtout à la protection que lui fournit la saillie de la mâchoire inférieure. G. Fischer a fait leur histoire d'après 29 cas, dont 6 étaient compliqués de lésions de la trachée et du larynx. Les blessés sont en majorité des gens âgés.

La pendaison, les tentatives de strangulation, des coups portés directement sur la région cervicale, par exemple un coup de talon de botte, des chutes sur des corps durs et saillants, en sont les causes ordinaires. On peut citer à titre exceptionnel l'action musculaire, qui a été invoquée deux fois. Dans un de ces cas, la malade, une vieille femme, avait simplement, dans un faux pas, rejeté vivement la tête en arrière.

Ces diverses causes semblent agir tantôt en exagérant la courbure naturelle de l'os hyoïde, tantôt en la redressant avec excès.

Symptômes. — On pourrait retrouver dans les fractures de ce petit os tous les signes physiques et fonctionnels des fractures en général : crépitation, mobilité anormale, déformation, douleur, gonflement, ecchymose, gêne des mouvements et jusqu'au bruit de rupture perçu par le malade au moment de l'accident; il a été noté plusieurs fois.

Les *phénomènes immédiats* consistent dans ce craquement, dans une douleur subite au niveau de la région, avec gêne de la respiration de la phonation et de la déglutition, et dans un crachement de sang, rencontré une fois sur quatre, qui tient évidemment à la déchirure de la muqueuse du pharynx par un des fragments.

La *palpation* permet ensuite de constater la mobilité anormale de la grande corne, quelquefois son éloignement du corps de l'os hyoïde, quelquefois, au contraire, un véritable chevauchement. Lorsque les

deux fragments sont restés au contact, on obtient de la crépitation soit par la pression, soit en faisant exécuter au malade des mouvements de déglutition. Toutes ces constatations peuvent être faites de l'extérieur; on les obtiendra plus aisément encore en portant l'index d'une main dans la bouche, jusqu'à la base de la langue, et l'autre main à l'extérieur au niveau de la fracture. On a pu s'assurer directement dans un cas qu'une pointe du fragment formé par la grande corne avait traversé la muqueuse du pharynx.

La **marche** de l'affection est quelquefois des plus simples, la fracture se consolidant en trois ou quatre semaines, comme une fracture ordinaire, avec un cal plus ou moins facile à sentir. Il est beaucoup plus commun de voir se produire un gonflement considérable de la région et une fièvre vive. On a affaire à une fracture ouverte du côté du pharynx, qui peut suppurer et s'accompagner de la nécrose d'un fragment. Dans ces conditions, les troubles fonctionnels s'aggravent naturellement. Il ne semble pas que la dyspnée soit pourtant jamais devenue bien menaçante, car jamais, dans le cas de simple fracture, non accompagnée de lésions du larynx ou de la trachée, on n'a pratiqué la trachéotomie.

Le **pronostic** est cependant sérieux. Sur les 25 faits connus de fractures sans lésion simultanée des organes voisins, 12 ont entraîné la mort (G. Fischer). La terminaison fatale a été amenée dans la majorité des cas par la difficulté de nourrir les malades et par des accidents d'infection du côté de l'appareil respiratoire à la suite desquels les blessés, gens fort âgés, tombaient dans le marasme. Après la guérison, persistent souvent, pendant un temps fort long, une véritable dysphagie et une altération légère de la voix.

Le **diagnostic** est très facile si le blessé est examiné avant qu'il ne se soit produit du gonflement. Il est au contraire d'une extrême difficulté, impossible même, lorsqu'on ne peut aborder l'os hyoïde qu'à travers des tissus épaissis.

Le **traitement** comporte, d'après les auteurs, la réduction de la fracture. Elle a été faite souvent avec succès entre les doigts placés dans le fond de la bouche et la main qui agit à l'extérieur; mais il est inutile de songer à maintenir les fragments en place. Aucun appareil ne saurait y parvenir. On a conseillé la position comme moyen de contention; mais tandis que Malgaigne recommandait la flexion du cou, d'autres regardaient comme préférable de laisser prendre

au malade la position dans laquelle il se trouve le mieux. On peut recommander contre l'inflammation locale les révulsifs, les applications froides, les sangsues: on évitera de faire parler le malade; on lui ménagera les boissons, qui sont dégluties avec plus de peine que les solides. Au besoin on emploiera pour le nourrir la sonde œsophagienne.

La gravité du pronostic me semble autoriser pleinement une intervention plus active, au moins pour les cas qui s'accompagnent d'un déplacement permanent. Il serait facile, je pense, de rattacher par la suture osseuse la grande corne au corps de l'hyoïde. On remédierait ainsi à la plupart des accidents fonctionnels.

III

FRACTURES DU LARYNX

Ces fractures ont été pour la première fois l'objet d'un travail d'ensemble dans le *Traité des fractures* de Malgaigne. Plusieurs grands recueils leur ont depuis consacré des articles importants. Notons spécialement le *Traité des fractures* de Gurlt (1864) et la *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Luecke sous la signature de G. Fischer (1880). Plusieurs thèses de la Faculté de Paris ont à différentes époques apporté des faits nouveaux et résumé la question telle qu'elle apparaissait au moment de leur publication.

La fracture siège sur le cartilage thyroïde ou sur le cartilage cricoïde. Les cartilages aryténoïdes ne sont point fracturés; mais souvent dans les grands traumatismes du larynx ils sont luxés, disloqués.

Le cartilage thyroïde est de beaucoup le plus souvent atteint, ce qu'il doit évidemment à son volume plus considérable. G. Fischer a trouvé pour 29 fractures du thyroïde isolé 11 fractures du cricoïde seul; 9 fois les deux cartilages étaient fracturés simultanément. Il est vrai qu'à la fin du tableau de Fischer se trouvent 14 cas mal déterminés et désignés simplement sous le nom de fractures du larynx, qui étaient pour la plupart bien certainement des fractures isolées du cartilage thyroïde.

Étiologie. — Les fractures du cartilage thyroïde sont produites de deux façons différentes: 1° par une double pression latérale, le

larynx étant saisi entre des doigts vigoureux; 2° par une pression directe sur sa face antérieure. Les lames du cartilage sont rapprochées avec excès dans le premier cas, écartées outre mesure dans le second. La pression d'avant en arrière sur le larynx s'opère de bien des façons. Ce sont le plus souvent des coups : coups de poing et coups de pied, des chutes sur des corps durs, etc. Ces violences agissent surtout efficacement lorsque le larynx est fixé par la contraction des muscles extrinsèques, condition qui se réalise fréquemment dans les rixes et dans tous les efforts violents. La strangulation et la pendaison n'ont fourni que bien peu de cas. Nous ne pouvons omettre de citer le mécanisme singulier observé par Langlet chez cinq aliénés agités. La fracture semblait s'être faite par pression sur le bord dur et tendu de la chemise de force. Il n'y a pas d'exemple de fracture de cause musculaire. Le cartilage cricoïde est toujours écrasé entre un corps contondant et la colonne vertébrale. Les fractures par balles appartiennent aux plaies du larynx.

Les hommes y sont un peu plus exposés que les femmes. Tous les âges sont atteints; après trente ans la fracture est un peu plus commune, mais dans une assez faible proportion; il n'y a pas, par conséquent, à faire jouer un rôle important à l'état sénile (incrustation calcaire) des cartilages.

Anatomie pathologique. — Le cartilage thyroïde présente souvent une fracture unique, voisine de sa partie moyenne, verticale ou légèrement sinueuse. C'est la fracture type, celle qui succède à la pression bilatérale. On l'obtient facilement dans les expériences sur le cadavre. Parfois la solution de continuité siège sur les faces latérales plus ou moins loin de la ligne médiane; elle peut être multiple avec des traits irréguliers dont les uns vont d'un bord à l'autre du cartilage et détachent des fragments mobiles, tandis que d'autres, simples fentes, découpent un de ses bords sans atteindre celui du côté opposé. Les grandes cornes du cartilage thyroïde se trouvent parfois détachées.

Les fractures du cartilage cricoïde, verticales ou légèrement obliques, s'étendent du bord supérieur à l'inférieur. Tantôt il n'existe qu'un seul trait de fracture, tantôt il y en a deux. On en a trouvé trois, un médian et deux latéraux.

Quelques fractures multiples, irrégulières, véritables écrasements du larynx, échappent à toute description.

Le périchondre est souvent conservé sur une des faces du cartilage; mais il est parfois déchiré complètement, témoin certains cas où les fragments chevauchent ou s'écartent. On pouvait, chez un blessé, introduire le bout du pouce dans leur intervalle.

La muqueuse du larynx peut être déchirée par les fragments. Elle est au moins décollée, ecchymosée. Les cordes vocales, les muscles du larynx, les membranes thyro-hyôidienne et crico-thyroïdienne sont plus ou moins entamés.

Les fractures des cartilages du larynx s'accompagnent souvent de fractures de voisinage : fracture de l'os hyôïde et fracture de la trachée.

Dans des cas où la violence était extrême, il s'est produit des complications plus étonnantes : une plaie de l'œsophage, une rupture de la veine jugulaire, des fractures du maxillaire inférieur et de la clavicule.

Symptômes. — *Signes physiques.* — La région cervicale antérieure est dans certains cas déformée, aplatie; la saillie du cartilage thyroïde s'efface. On constate avec le doigt l'existence d'un trait de fracture. On imprime aux ailes du cartilage thyroïde une mobilité anormale. On perçoit, lorsqu'on presse sur le larynx, ou bien lorsque le malade exécute des mouvements de déglutition, une grosse crépitation (crépitation cartilagineuse) qu'il ne faut pas confondre avec la crépitation fournie normalement par le frottement des cornes du cartilage thyroïde contre la colonne vertébrale. L'air s'infiltrant à travers la plaie de la muqueuse laryngienne, l'emphysème se montre souvent; il peut prendre des proportions effrayantes, s'étendre à tout le tissu cellulaire sous-cutané, au tissu cellulaire intermusculaire et au médiastin.

Symptômes fonctionnels. — Parfois légers, réduits à peu de chose, presque toujours graves, ce sont : une douleur qu'aggravent tous les mouvements du larynx et de la langue, de la dyspnée, des troubles de la phonation et de la déglutition, de la toux parfois convulsive, et fréquemment des crachements de sang.

Le trouble dominant, c'est la dyspnée. Elle manque bien rarement et prend, dès le premier moment, lorsque le larynx a perdu sa solidité, un caractère menaçant. Le malade a le visage cyanosé, la peau froide, le pouls petit, la respiration fréquente. Il asphyxie. La voix est, suivant les cas, éteinte, impossible ou seulement basse, rauque.

Marche et terminaison. — Le blessé peut succomber, dès les premiers moments, à l'asphyxie que détermine l'oblitération du conduit laryngien par les fragments déplacés, ou bien l'introduction du sang dans les voies respiratoires. Une dyspnée, marquée dès le premier moment, indique nécessairement de graves désordres anatomiques; elle va toujours en s'aggravant; si la dyspnée est légère au début, il y a beaucoup de chances pour qu'elle augmente bientôt sous l'influence du gonflement inflammatoire, de l'emphysème, de l'œdème du larynx. Souvent des accidents de suffocation se produisent avec une extrême rapidité, au milieu d'un état qui semblait satisfaisant, et le malade succombe avant qu'on ait pu lui porter secours. Il faut accuser ici ou bien l'œdème rapide de la glotte, ou bien un déplacement subit des fragments, par exemple la chute d'un cartilage aryténoïde dans la fente glottique. — Un certain nombre de malades guérissent sans avoir présenté à aucun moment le moindre phénomène inquiétant.

Les fractures du larynx se consolident par un cal cartilagineux, le périchondre jouant le rôle du périoste dans les fractures des os. Lorsque l'ossification du thyroïde s'est produite, les choses se passent alors de la même façon que s'il s'agissait d'un os plat.

Le travail de la cicatrisation peut être troublé par la suppuration du foyer de la fracture. Il se produit alors des abcès laryngiens et périlaryngiens, et l'on peut voir des fragments de cartilage nécrosés s'éliminer. Les choses viennent rarement à ce point, mais la simple suppuration avec ou sans abcès apparent, accompagnée seulement des crachats fétides, purulents, s'observe fréquemment.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fracture du cartilage thyroïde est en général facile. La mobilité anormale des fragments, la crépitation cartilagineuse, se perçoivent au début sans peine. Dans le cas où un extrême gonflement de la région empêcherait de les trouver, le diagnostic se baserait sur les signes de probabilité que nous avons énumérés : commémoratifs apprenant qu'un coup a porté sur le larynx, dyspnée, aphonie, expectoration sanguinolente, emphysème, etc.

La fracture du cartilage cricoïde est plus difficile à reconnaître; la plupart du temps on ne fait le diagnostic qu'à l'autopsie.

Pronostic. — Les fractures du larynx sont toujours très sérieuses. Les blessés succombent, d'après Albert, dans la proportion de 80

pour 100. Mais la gravité est variable suivant le cartilage atteint. Tandis que les fractures du cartilage thyroïde isolé guérissent 1 fois sur 3, d'après les tableaux fournis par les différents auteurs, celles qui atteignent le cartilage cricoïde, et à plus forte raison le cricoïde et le thyroïde simultanément, sont presque constamment mortelles. Cette règle pour les fractures des deux cartilages était autrefois considérée comme absolue. Scheier, dans un mémoire récent, a réuni 3 cas de guérison qui la démentent.

La guérison est obtenue dans la moitié des cas pour le moins, après la trachéotomie, et ici se présente une complication bien fâcheuse. Le larynx ayant été disloqué par la fracture, les fragments se consolident dans une mauvaise position, d'où un rétrécissement permanent du larynx, qui met obstacle à l'ablation de la canule. La plupart des opérés ont dû la garder leur vie durant.

Traitement. — Le danger de suffocation que fait courir aux blessés toute fracture du larynx est tel que plusieurs auteurs, après Gurlt, sont d'avis de pratiquer toujours la trachéotomie, quelle que soit la bénignité apparente des symptômes. Il est certain que, dans beaucoup de cas, la mort s'est produite rapidement, avant qu'on ait pu secourir le malade, alors que rien ne faisait prévoir une terminaison funeste. Pourtant la trachéotomie ne paraît pas devoir être posée comme une règle absolument générale, et qui ne comporte aucune exception.

Dans les fractures du cartilage thyroïde, parfaitement simples, sans déformation, qui ne sont accompagnées ni de crachement de sang, ni de dyspnée, mais seulement d'un léger trouble de la déglutition et d'une altération peu marquée de la voix, la guérison sans accident est de règle. Il n'y a pas à intervenir.

Toutes les fois que la dyspnée est un peu marquée, toutes les fois surtout que le larynx paraît sérieusement atteint, qu'il est aplati, disloqué, il ne faut pas hésiter. Attendre l'apparition d'accidents dont la soudaineté rend souvent tout secours impossible, serait commettre une grave imprudence. Il faut ici ouvrir tout de suite un passage à l'air.

C'est à la trachéotomie qu'on a le plus souvent recours. Cette opération peut être difficile, à cause de l'emphysème et de la contusion des tissus au milieu desquels le chirurgien doit agir; mais elle est, en somme, très praticable. Par malheur, elle est presque fatale-

ment suivie d'un rétrécissement du larynx, qui rend bientôt l'ablation de la canule impossible. Quoi qu'on fasse, en effet, il est bien difficile, en pareil cas, d'obtenir le redressement des fragments du larynx. On pourrait obtenir ce résultat en introduisant dans le larynx de petits ballons de caoutchouc susceptibles d'être dilatés par l'insufflation (Kœnig), ou en le bourrant de gaze iodoformée (Wagner).

On a conseillé de recourir plutôt à la laryngotomie thyroïdienne qui permettrait de relever directement les fragments avec les doigts ou au moyen d'une pince. La canule introduite dans le conduit laryngien maintiendrait ensuite ces fragments.

Enfin on pourrait combiner les deux opérations et faire avec la trachéotomie une laryngotomie qui permettrait de relever les fragments, de les extraire et de les suturer au besoin. La suture a d'ailleurs été faite déjà avec succès en Amérique par Briddon.

Si l'on pouvait soupçonner une fracture isolée du cartilage cricoïde, on recourrait de préférence à la trachéotomie inter-crico-thyroïdienne, dans laquelle la canule maintiendrait précisément les fragments en place.

IV

FRACTURES DE LA TRACHÉE

Elles méritent à peine une description spéciale. G. Fischer a fait leur histoire d'après 14 cas, dont 7 à l'état d'isolement et 7 avec complications diverses.

Elles se produisent toujours sous l'influence de pressions directes exercées d'avant en arrière. Dans quelques cas, les violences ont été extrêmes. Ainsi des roues de charrettes pesamment chargées passant sur le thorax ont pu aplatir celui-ci, et amener la section de la trachée prise entre le bord supérieur du sternum et la colonne vertébrale.

La solution de continuité siège entre la trachée et le larynx ou entre deux anneaux de la trachée. Rappelons à ce propos que dans les grands traumatismes de la poitrine une bronche peut être rompue près de sa bifurcation et complètement séparée du poumon. Toutes les fois que le conduit aérien est rompu, ses deux bouts s'éloignent l'un et l'autre. L'écartement peut être de plus de 2 centimètres.

Les symptômes d'une pareille lésion sont ceux d'une fracture du larynx, moins les signes physiques. La douleur, le crachement de sang, l'emphysème, la dyspnée, tous les troubles fonctionnels des fractures de l'arbre aérien s'y trouvent au plus haut degré. Il s'y joint, dans le cas où une bronche a été sectionnée plus ou moins près du poumon, du pneumo-thorax. Toute fracture de la trachée est extrêmement grave, cela se comprend aisément. On ne connaît que deux cas de guérison. La mort est le résultat de l'asphyxie déterminée par l'écartement des deux bouts et l'effacement du canal intermédiaire, ou par l'introduction du sang dans les voies respiratoires. La trachéotomie peut trouver ici son indication; un des deux malades guéris l'avait subie.

On connaît quelques cas de *rupture de la trachée* sans violence extérieure sous l'influence de cris, de toux, d'efforts violents. Cette lésion se traduit par l'apparition d'un emphysème généralement limité. Enfin Lang (cité par Fischer) a fait connaître une lésion curieuse, restée unique jusqu'ici. Il s'agissait d'une *intususception* ou *invagination* de la trachée. Elle s'était produite dans un violent effort que faisait pour se dégager un homme qui se trouvait suspendu par les pieds à une branche d'arbre. Le troisième anneau de la trachée était venu se loger dans le second.

CHAPITRE II

BRULURES DU COU

I

BRULURES DES PARTIES EXTERNES

Il faut étudier les brûlures des parties externes et les brûlures des conduits.

Leur principal intérêt se trouve dans les cicatrices vicieuses dont elles sont si souvent l'origine.

Les brûlures du cou reconnaissent deux causes fréquentes : une chute dans le feu, surtout pendant une attaque d'épilepsie, ou la pro-