

pointe a dépassé le bord interne du muscle, sans avoir traversé la peau du côté opposé à la ponction, ou *tourne le tranchant de la lame en arrière*, c'est-à-dire vers la face antérieure du muscle, on abandonne le pli cutané, et on coupe le tendon *d'avant en arrière*. Malgaigne préfère exécuter cette section *d'arrière en avant*.

Si on veut pratiquer la section du *faisceau externe ou claviculaire*, on suit le même procédé, mais on introduit le bistouri de *dedans en dehors*, c'est-à-dire que la pointe chemine du bord interne vers le bord externe du muscle; celui-ci est coupé *d'avant en arrière*.

Le précepte de faire pénétrer le ténotome sous la peau de *dehors en dedans* pour la section du faisceau sternal, de *dedans en dehors* pour le faisceau claviculaire, a pour but de protéger les vaisseaux sous-jacents (carotide primitive, veine jugulaire interne et thyroïdienne inférieure) contre le tranchant de la pointe de l'instrument.

Après la section du muscle, Bonnet conseille de saisir la tête entre les mains, de l'incliner du côté opposé à la section, assez complètement pour que la distance qui sépare l'oreille de la clavicule soit la même des deux côtés du cou; et d'imprimer à la tête des mouvements de rotation en sens inverse de la difformité, jusqu'à ce que le menton regarde le moignon de l'autre épaule. Ces manœuvres ont pour résultat de déchirer les fibres qui ont échappé au ténotome.

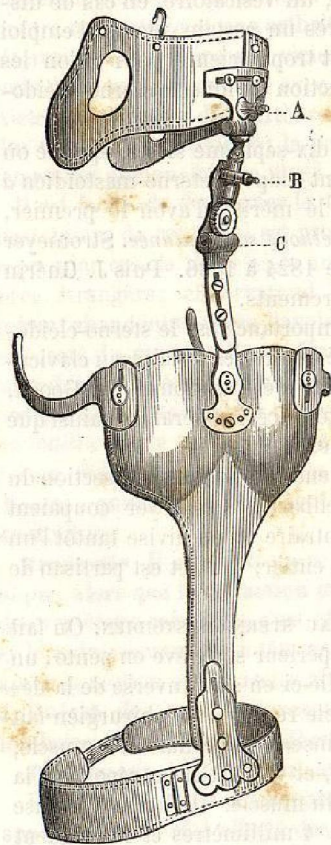


Fig. 217.

Il existe un grand nombre de minerves : celle de J. Guérin (fig. 217) est formée d'une ceinture abdominale, d'une ceinture scapulaire, d'un capuchon constitué par deux larges plaques qui entourent l'occipital et se réunissent en avant au niveau du front, en embrassant les joues et la mâchoire inférieure. Les trois ceintures sont as-

semblées par une tige métallique, composée de plusieurs pièces, placée en arrière et répondant à la colonne vertébrale. Au moyen d'une clef, on imprime une série de mouvements aux pièces dont cet appareil se compose, de façon à augmenter ou à diminuer les diverses inclinaisons latérales, antérieures, etc.

CHAPITRE II.

BLESSURES DU COU.

Le cou est une région pourvue d'un grand nombre d'organes; indépendamment de parties communes aux autres régions du corps : peau, tissu cellulaire, muscles, on y trouve de nombreux vaisseaux artériels et veineux d'un gros calibre, des troncs nerveux très-importants; en avant une portion du canal alimentaire (pharynx et œsophage) et du conduit aérien (larynx et trachée); en arrière la colonne vertébrale avec la portion cervicale de la moelle. On comprend le danger inhérent aux blessures de ces diverses parties. Quelques-unes d'entre elles, en raison de leur situation superficielle, notamment le larynx et la trachée, sont plus facilement atteintes, surtout dans les blessures volontaires, les tentatives de suicide. Mais ce ne sont pas seulement les plaies profondes, celles qui comprennent des organes importants, qui offrent des dangers. Dieffenbach rapporte avoir vu plusieurs fois de simples plaies du cou, n'intéressant que la peau, causer la mort, par l'inflammation et la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané, ou par l'infiltration du pus dans le médiastin antérieur. En tenant compte de la remarque faite par ce chirurgien que les accidents graves sont surtout la conséquence des blessures volontaires, et qu'on ne les observe pas dans les plaies faites par une main étrangère, on ne peut s'empêcher de rapporter les désordres consécutifs à l'état moral des blessés.

Les blessures du cou sont simples ou compliquées : *simples*, lorsqu'elles n'intéressent que les parties superficielles de la région, sans léser aucun organe important; *compliquées*, lorsqu'à la lésion précédente s'ajoute celle d'un de ces organes, vaisseau artériel ou veineux d'un gros calibre, nerf volumineux ou moelle épinière, conduit alimentaire ou aérien. Elles peuvent être compliquées de la présence d'un corps étranger, d'hémorragie grave; suivies d'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse.

Parmi les complications, il en est qui n'offrent pas d'indications différentes de celles que nous avons notées, en faisant l'histoire des accidents des plaies, des blessures des muscles, des lésions des artères, des veines et des nerfs, des fractures des vertèbres, des plaies de la moelle épinière (t. I, p. 29, 226, 241, 288, 303, 352, 699).

Les blessures du canal alimentaire et du conduit aérien motivent une étude spéciale. Bornons-nous à rappeler, pour les plaies *superficielles* du cou, un fait qui ressort des observations de Dieffenbach, à savoir: que la su-

ture est nuisible pour ces sortes de plaies, parce qu'elle augmente l'irritation et l'inflammation ; qu'il est préférable d'en effectuer la réunion par de simples bandelettes agglutinatives.

Les blessures de la *veine jugulaire interne* produisent le plus souvent une mort immédiate, quand la section du vaisseau est complète, ainsi que cela résulte des observations de M. A. Séverin et de Vallée ; la plaie n'intéresse-t-elle qu'une portion de la circonférence de la veine, le blessé peut survivre et succomber à d'autres accidents consécutifs, ainsi que l'a rapporté Tacheron. Dans un fait appartenant à Guthrie, la jugulaire interne ayant été ouverte sur le côté, les lèvres de la division furent attirées avec un ténaculum et entourées d'une ligature ; le malade succomba le huitième jour à une hémorragie *artérielle* ; on trouva la blessure guérie avec conservation du canal du vaisseau. Hodgson rapporte aussi des observations de plaies de la jugulaire interne guéries par la ligature.

ARTICLE I.

Blessures du pharynx et de l'œsophage.

1° Les blessures du PHARYNX ont lieu, dans quelques cas, de dedans en dehors, c'est-à-dire par l'intérieur de la bouche. Alors elles sont généralement produites par une arme à feu, et les lésions s'étendent parfois à la base du crâne, la moelle épinière, la carotide interne (voy. p. 334 de ce volume). Les exemples rapportés par le *Journal universel* et par Wilmer, de blessure de la *partie moyenne de l'œsophage*, par un fleuret ayant pénétré dans la bouche et déchiré le voile du palais, appartiennent probablement à une lésion du pharynx.

Bien plus souvent le pharynx est intéressé par un instrument piquant ou tranchant qui pénètre par la région *sus-hyoïdienne* ou *hyo-thyroïdienne*. Si c'est un instrument tranchant qui a divisé profondément la région *sus-hyoïdienne*, la section des muscles donne lieu à un écartement des lèvres de la plaie ; la lèvre supérieure est portée en haut par la rétraction des muscles attachés au maxillaire inférieur ; la lèvre opposée est attirée en bas par la rétraction des muscles sterno-hyoïdiens, et la plaie représente un sinus dans le fond duquel se voit la cavité pharyngienne. Il en résulte des troubles fonctionnels graves : lorsque la tête n'est pas fléchie sur le cou, et à plus forte raison lorsqu'elle est portée dans l'extension, les boissons avalées s'échappent par la plaie extérieure ; l'air chassé à travers l'orifice supérieur du larynx pendant l'expiration, au lieu de passer par le conduit pharyngo-buccal, sort aussi par les lèvres de la plaie extérieure, d'où la difficulté ou même l'impossibilité d'articuler les sons. Si au contraire le blessé fléchit la tête sur le cou, de manière à rapprocher les lèvres de la plaie extérieure, les troubles précédents cessent, mais alors les boissons et les parcelles alimentaires tendent à s'insinuer par l'orifice supérieur du larynx, parce que le mécanisme de la déglutition est entravé ; de là des quintes de toux et plus tard des accidents inflammatoires.

Un instrument qui pénètre par la région *hyo-thyroïdienne* peut aussi diviser le pharynx et donner lieu aux mêmes troubles que ceux que nous venons d'indiquer. Ce genre de blessure est souvent compliqué de lésions graves du larynx qui seront étudiées plus loin (voy. p. 444).

Dans les divers cas que nous venons de rapporter, les indications à remplir sont de maintenir la tête fléchie par un bandage convenable, afin de diminuer l'écartement des lèvres de la plaie extérieure ; de favoriser la réunion par des bandelettes agglutinatives plutôt que par la suture, et de prévenir le passage à travers la plaie des boissons et des aliments liquides ingérés, par l'usage d'une sonde œsophagienne.

2° Les blessures de l'ŒSOPHAGE sont rarement bornées à ce conduit ; en général, il y a des lésions concomitantes du larynx, de la trachée, des gros vaisseaux du cou, etc. La plaie est produite de dedans en dehors ; ou de dehors en dedans, ce qui est plus commun. On cite des cas de blessure de dedans en dehors par un corps étranger introduit dans l'œsophage, par un cathétérisme forcé ou mal exécuté de ce conduit.

Les blessures produites de *dehors en dedans* sont *longitudinales* ou *transversales*. Les plaies *longitudinales* sont moins fréquentes ; d'après les expériences de Guattani sur des animaux, elles ne sont pas dangereuses et guérissent promptement. Roland et Goursaud ont observé des résultats aussi favorables sur l'homme. Les blessures par instruments piquants sont en général peu graves aussi, quand elles sont bornées à l'œsophage. Hors ce cas, la terminaison est souvent funeste. Ainsi J. Cruveilhier rapporte l'histoire d'une jeune fille qui s'était portée volontairement un coup de canif dans la région du col, au-dessus du sternum. Il n'y eut pas d'accidents primitifs, mais au bout de quelques jours il se manifesta un mouvement fébrile, de l'amaigrissement, de la toux et des sueurs nocturnes. La mort arriva le trentième jour. A l'autopsie, on reconnut que l'instrument avait perforé de part en part la trachée et l'œsophage ; que la plaie des parois adossées des deux conduits était cicatrisée ; mais que la plaie de la paroi postérieure de l'œsophage étant restée béante, les boissons avaient fusé par cette ouverture dans le médiastin postérieur, dont le tissu cellulaire était gangrené, et même dans la plèvre gauche, qui était enflammée.

Les plaies *transversales* de l'œsophage sont incomplètes ou complètes. Dans le premier cas, elles peuvent guérir radicalement ou laisser une *fistule*. Dans le second, il se produit un épanchement de boissons et de matières alimentaires autour de la solution de continuité, des accidents inflammatoires graves suivis d'une terminaison fatale.

Le *diagnostic* des blessures de l'œsophage est en général facile. A moins que la blessure ne soit petite, qu'il n'y ait défaut de parallélisme entre la plaie du conduit et celle des parties molles extérieures, on reconnaît que l'œsophage est lésé à l'issue des boissons et des matières alimentaires par la solution de continuité du cou.

Traitement. Il varie suivant l'étendue de la blessure : celle-ci est-elle petite, on combat les accidents inflammatoires, et, par un pansement ap-