

2° Les *liquides caustiques* pénètrent dans le larynx par le même mécanisme que les liquides bouillants. Rien ne trouble d'ordinaire leur ingestion chez un sujet décidé à les absorber, et le larynx échappe dans ces conditions à leur action. Au contraire, s'ils sont introduits par mégarde dans la bouche, leur saveur violente provoque la brusque révolte du pharynx et un cri d'effroi. Dans l'inspiration qui précède ce cri, une certaine quantité de liquide peut pénétrer dans le larynx.

Les symptômes qui suivent sont ceux que l'on pourrait imaginer à priori. Dans le premier moment, spasme qui peut être immédiatement mortel, puis troubles divers; du côté des fonctions vocale et respiratoire, aphonie par suite de la brûlure des cordes vocales, dyspnée, accès de suffocation; du côté des voies digestives, gêne de la déglutition. La mort rapide par asphyxie est une conséquence fréquente de cet accident. L'issue fatale peut arriver au bout de quelques jours à la suite de lésions plus profondes de la trachée, des bronches ou du poumon lui-même.

Les brûlures portent naturellement sur la bouche et le pharynx autant que sur le larynx. Le plus souvent l'œsophage est absolument indemne. Quant au larynx, à la trachée, et même aux bronches, ils offrent des lésions variables en étendue et en profondeur avec la quantité et le degré de concentration du liquide ingéré.

Le même traitement convient à peu près aux trois variétés de brûlures que nous venons d'étudier.

Une indication spéciale appartient évidemment à celles que provoquent les liquides caustiques: la neutralisation de la substance chimique aussi loin qu'elle est possible. Le traitement est avant tout antiphlogistique. Il a été fixé, pour les accidents déterminés par les liquides bouillants, avec une véritable rigueur par les médecins anglais. Il est composé des éléments suivants: deux sangsues dans la région pré-laryngienne, des applications chaudes sur le cou, un vésicatoire sur la poitrine, un vomitif, puis et surtout un large emploi des préparations mercurielles, principalement du calomel. On donne le protochlorure de mercure de la façon la plus large: par doses de 5 à 15 centigrammes d'heure en heure, et même, pour les cas très graves, de demi-heure en demi-heure, dans du lait. On continue jusqu'à production de la salivation et de selles verdâtres. A ce moment les symptômes graves disparaissent souvent. On a donné par ce pro-

cédé plus de deux grammes de calomel en quelques heures à des enfants de deux ans. Si la déglutition est impossible, on fait de larges onctions avec l'onguent mercuriel. — Nous ne sommes pas en mesure de dire si ce traitement par le mercure aurait quelque efficacité dans les cas de brûlures par les caustiques; mais on ne pourrait se dispenser de l'employer lorsqu'il s'agit de vapeurs brûlantes ou d'eau bouillante. Bevan assure qu'il lui a dû 10 succès dans des cas très graves.

Malgré ce traitement, les phénomènes persistent trop souvent, et en particulier la suffocation continue à faire des progrès. Pour la combattre on a pratiqué quelquefois la trachéotomie. Mais on comprend que cette opération ne peut pas donner de résultat lorsque les lésions ont dépassé le larynx. Dans le cas de brûlure par l'eau chaude, la proportion des guérisons après la trachéotomie a été en Angleterre de 56 pour 100 (G. Fischer); sur 3 cas de trachéotomie après brûlure du larynx par des substances caustiques, on a obtenu une seule guérison.

L'ablation de la canule peut être rendue très difficile par des lésions persistantes du larynx après la cicatrisation.

CHAPITRE III

PLAIES DU COU.

I

GÉNÉRALITÉS.

Les plaies de la partie postérieure du cou intéressent peu le chirurgien. Elles sont rares, limitées à quelques coups de sabre ou à quelques trajets de balle et ne fournissent aucune indication spéciale.

Il n'en est pas de même des plaies de la partie antérieure. Celles-ci sont assez fréquentes, graves souvent, variées dans leurs symptômes, fertiles en indications différentes. Elles ont été l'objet de discussions nombreuses.

Fréquence des plaies du cou. — Comparées à l'ensemble des blessures qui s'observent sur tout le corps, celles du cou ne sont pas fort communes. D'après une statistique rapportée par G. Fischer, Billroth, de 1860 à 1876, sur 9508 malades traités dans ses salles de chirurgie, en a rencontré 50. Dans un relevé de Jarjavay que j'ai entre les mains, sur 6100 malades observés par lui dans les hôpitaux Saint-Antoine et Beaujon, s'en trouvaient seulement 7. Il est probable que des relevés semblables donneraient, en Angleterre, des chiffres supérieurs. Dans la pratique civile, les plaies du cou sont pour une grande part le résultat de tentatives de suicide au moyen d'un couteau ou d'un rasoir; or, sur 1000 suicidés, 555 emploient les armes blanches en Angleterre, 76 en Allemagne et 65 en France (Legoyt, article *suicide*, *Dictionnaire encyclopédique*). A la guerre, la proportion des plaies du cou est un peu plus considérable. Voici les chiffres d'Otis : 408 072 blessés et 4895 plaies du cou, soit 1,2 pour 100. Mais beaucoup de blessés ont sans doute succombé sur le champ de bataille.

Étiologie. — A la région cervicale, comme partout ailleurs, nous rencontrons les trois espèces classiques : plaies par instruments tranchants, — par instruments piquants, — par instruments contondants.

Les premières sont, avant tout, le fait du suicide, quelquefois du meurtre. Rarement accidentelles (fragment de verre, chute sur le bord d'une lame de métal, etc.), elles se voient de moins en moins dans les guerres modernes.

On trouve parmi les instruments piquants, des canifs, des couteaux de poche, la pointe d'une épée, d'un poignard, d'une baïonnette, etc. Les plaies de ce genre sont moins communes que les précédentes.

Les plaies par instruments contondants résultent le plus souvent de l'action des armes à feu (balles, biscaïens, éclats d'obus). Tous les corps lourds peuvent les produire.

Division. — On divise souvent les plaies du cou en *chirurgicales et accidentelles*; on les étudie encore isolément dans chacune des régions secondaires du cou. Nous pensons qu'il y a intérêt à simplifier ces descriptions.

A la région cervicale il existe deux classes de plaies bien distinctes : nous rangeons dans une première catégorie celles qui enta-

ment les grands conduits de la région : le conduit aérien et le canal alimentaire; on peut les appeler plaies pénétrantes des canaux aérien et digestif. Dans la seconde catégorie se trouvent les plaies non pénétrantes.

II

PLAIES DU COU NON PÉNÉTRANTES.

Lorsque les plaies du cou n'entament pas le tube digestif ou le conduit aérien, on peut dire que ce sont des plaies simples qui ressemblent à toutes les plaies possibles. Souvent la blessure des gros vaisseaux ou des nerfs du cou leur donne une gravité particulière. Si l'on étudie à part les lésions vasculaires et nerveuses, comme nous le ferons ici, il reste à peine quelques points de détail à indiquer.

1° *Les piqûres* qui n'atteignent ni les gros conduits, ni les vaisseaux importants ou les nerfs, sont généralement insignifiantes : elles ne méritent pas de nous retenir.

2° *Les plaies par balle* présentent quelques traits particuliers. Tout d'abord il faut signaler leurs contours, assez souvent observés jadis et qui deviendront probablement très rares avec les projectiles modernes. On a cité l'exemple de blessés chez lesquels une balle pénétrant près du larynx cheminait sous la peau tout le tour du cou, de façon à ressortir au voisinage de son point d'entrée.

Un second point à noter dans les blessures par balle, c'est la facilité relative avec laquelle les gros vaisseaux évitent le projectile, grâce à leur mobilité et à la protection de leurs gaines cellulaires.

Enfin nous devons signaler encore la fréquence des corps étrangers à la suite des blessures par coups de feu et par éclat d'obus. On a vu séjourner dans le cou, surtout vers sa base pendant des semaines, non seulement des balles, mais d'énormes biscaïens offrant plusieurs centimètres de diamètre.

3° *Les coupures non pénétrantes* présentent un point intéressant; sous l'influence du peaucier, leurs bords s'écartent l'un de l'autre. Ils tendent à se recroqueviller en dedans.

Ces blessures n'ont pas de symptomatologie particulière. En dehors des accidents banals des plaies ordinaires, elles ne présentent pas de complication. Dieffenbach s'est pourtant attaché à inspirer la crainte

des plaies même les plus simples et les plus superficielles du cou. Elles s'enflamment souvent, disait-il, et toutes superficielles qu'elles sont, elles deviennent facilement le point de départ d'un œdème qui gagne les parties profondes et met la vie en danger par sa propagation au larynx. Il est certain que les plaies du cou ont quelque tendance à prendre un mauvais caractère, d'autant plus qu'elles s'observent souvent chez des aliénés ou des malheureux que la misère et le chagrin poussent au suicide ; mais il ne faut pas exagérer cette fâcheuse disposition.

Dieffenbach allait jusqu'à déconseiller la réunion immédiate dans les plaies superficielles par crainte des accidents inflammatoires. Aujourd'hui nous ne saurions être aussi timorés. La pratique de l'antisepsie nous préserve de ces accidents. Il n'y a aucune raison pour ne pas traiter les plaies non pénétrantes du cou de la même façon que les plaies des autres régions ; on sera donc très autorisé à tenter la réunion par première intention sous le pansement de Lister.

III

PLAIES PÉNÉTRANTES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES.

A la partie supérieure du cou, derrière la face, les voies respiratoires et digestives sont un moment confondues. Le canal aérien constitué par les fosses nasales, le pharynx et le conduit laryngo-trachéal croise le tube digestif formé par la bouche, le pharynx et l'œsophage. Il y a donc une partie commune aux deux canalisations, c'est le pharynx ou du moins les parties nasale et buccale de cette cavité. Certaines plaies du cou pénètrent précisément dans cette région intermédiaire ; ce sont celles qui portent extérieurement sur les parties voisines de l'os hyoïde. Les autres ouvrent directement le larynx ou la trachée, le pharynx dans sa partie inférieure ou l'œsophage.

Nous étudierons successivement : 1° les plaies pénétrantes de la région hyoïdienne ; 2° les plaies du larynx et de la trachée ; 3° les plaies du pharynx et de l'œsophage.

1° PLAIES PÉNÉTRANTES DE LA RÉGION HYOÏDIENNE.

Ces plaies sont en grande majorité produites par des instruments tranchants (suicide, plus rarement meurtre) ; quelquefois par des instruments piquants ou par des balles. Le principal intérêt appartient aux véritables sections.

a. — PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.

Caractères anatomiques. — *La dimension* de ces blessures varie ; mais le plus souvent elles sont vastes. Elles peuvent aller d'un angle du maxillaire à l'autre, d'un bord du sterno-cléido-mastoïdien au bord du muscle opposé. Ces muscles eux-mêmes sont parfois sectionnés et la plaie s'étend, comme on dit, d'une oreille à l'autre.

Leur *direction* est transversale ou oblique, et généralement l'obliquité est de haut en bas et de gauche à droite, ce qui est en rapport avec la position prise par l'individu qui se suicide au moyen d'un instrument tranchant tenu de la main droite.

L'instrument coupant, après avoir divisé les parties superficielles, s'engage la plupart du temps au-dessous de l'os hyoïde. Malgaigne contestait ce fait ; mais la statistique de Durham a prouvé sa réalité. Sur cinquante-six blessures de la région hyoïdienne, la lame a pénétré onze fois seulement au-dessus de l'os hyoïde, quarante-cinq fois au-dessous.

Les *parties sectionnées* varient selon l'un et l'autre cas : dans les plaies sus-hyoïdiennes ce sont les muscles mylo-hyoïdien, génio-hyoïdiens, hyo-glosses, la muqueuse de la base de la langue, et quelquefois avec elle les piliers du voile du palais et le voile lui-même ; dans les plaies sous-hyoïdiennes, toutes les attaches musculaires et ligamenteuses qui unissent le larynx à l'os de la langue peuvent se trouver coupées, c'est-à-dire les muscles thyro-hyoïdiens, sterno-hyoïdiens, omoplate-hyoïdiens, la membrane thyro-hyoïdienne. Les parois du pharynx et l'amygdale, si l'incision est un peu élevée, les grandes cornes de l'os hyoïde, les replis aryéno-épiglottiques, les cartilages aryénoïdes et même les cordes vocales supérieures, si l'incision est plutôt dirigée en arrière et en bas, sont fréquemment atteints en même temps. L'épiglotte dans toutes ces plaies est géné-