

traversées, déchirées, mais leurs blessures guérissent très-bien dans la plupart des cas. Dans quelques uns, cependant, elles donnent lieu à des fistules salivaires que l'on traite par les moyens appropriés.

J. — *De l'écrasement de la face.*

L'écrasement de la face est assez commun à la suite de chutes violentes faites sur cette partie, de l'action de corps très-lourds projetés sur elle, du passage de voitures, de projectiles de toute nature lancés avec violence.

Cet écrasement se reconnaît à l'altération de la forme, à l'augmentation du volume des parties, aux ecchymoses, au gonflement de ces parties; à l'occlusion plus ou moins complète des paupières, à la mobilité, à la crépitation plus ou moins marquée dans les régions nasale et maxillaire; à la mobilité des os sus-maxillaires l'un sur l'autre, ou des parties antérieures sur les parties postérieures de ces mêmes os.

L'écrasement de la mâchoire inférieure se reconnaît aux mêmes signes, déformation, mobilité, crépitation; ajoutez à tout cela la déchirure de la langue et des écoulemens de sang plus ou moins abondans par les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, etc., etc.

Nous ne donnerons ici aucune particularité sur le traitement de l'écrasement de la face, et, pour ne pas faire de répétitions inutiles, nous renvoyons à ce que nous avons dit sur l'écrasement en général. (Voyez tome 1<sup>er</sup>.)

CHAPITRE III.

BLESSURES DU COU.

Le cou présente, comme on le sait, quatre régions principales : une antérieure, deux latérales, et une postérieure. Cette distinction n'est point purement scholastique, et par rapport aux plaies qui intéressent le cou, elle est fort importante. En avant, on trouve la trachée-artère, le larynx, le pharynx, l'œsophage, etc., etc. Sur les côtés, on trouve de gros vaisseaux et de gros nerfs, qui de la tête vont à la poitrine ou y retournent, des nerfs qui vont au bras, ou qui se répandent sur divers points du cou et de la face, tels sont le plexus brachial, le plexus cervical superficiel. En arrière on ne trouve guère que des muscles épais dont la lésion peut embarrasser les mouvemens, mais n'est pas d'une grande gravité. Enfin, au centre de toutes ces parties, nous trouvons la moelle spinale, la moelle allongée, dont l'importance est bien reconnue.

Le cou est ordinairement protégé par des vêtemens assez épais, et échappe, à cause de cela, à beaucoup de blessures par instrument tranchant et même par armes à feu; combien de militaires reçoivent dans leur cravate des balles qui s'y arrêtent et ne produisent aucun accident, tandis qu'elles auraient pu en déterminer de très-graves, si le cou avait été à découvert. Nous avons eu à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1830, l'occasion d'observer un assez grand nombre de blessures au cou, blessures qui auraient pu être évitées ou rendues moins dangereuses, si les individus qui les ont offertes avaient porté des cravates. En effet,

beaucoup d'ouvriers, par habitude, ne portent point toujours de cravate; la chaleur qu'il faisait, à l'époque des combats de juillet, était un motif de plus pour n'en point porter. Cette circonstance a donc rendu assez nombreuses les plaies du cou, soit par instrument tranchant, soit par armes à feu.

A. — *Piqûres.*

Les piqûres des parties molles du cou présentent les mêmes phénomènes que nous avons décrits déjà un grand nombre de fois. Lorsqu'elles sont simples, elles n'exigent aucun traitement particulier, mais elles sont souvent compliquées d'hémorrhagies, d'inflammation, d'emphyseme, de corps étrangers, etc., etc.; alors, le traitement est différent, et quelquefois même il devient fort difficile.

Parmi les corps étrangers, une épée mince, étroite, enfoncée profondément dans l'épaisseur du cou, peut rencontrer la colonne vertébrale et s'y briser, et sa pointe rester dans la plaie; c'est un cas qui s'est rencontré assez souvent. Ici, la complication acquiert un assez grand degré de gravité, en ce que, pour extraire cette pointe, et prévenir l'inflammation et toutes ses conséquences, les incisions et les débridemens sont moins permis qu'ailleurs, à cause des vaisseaux importans qui passent au cou ou qui s'y distribuent. Ces opérations doivent donc être faites dans cette région avec une grande précaution.

Les piqûres de la face postérieure du cou sont rarement compliquées d'hémorrhagies. Il est d'ailleurs probable que si les artères peu volumineuses qui se trouvent dans cette région étaient ouvertes, la résistance des muscles épais et nombreux qui les couvrent opposerait à la

sortie du sang un obstacle qui empêcherait l'hémorrhagie de devenir considérable et dangereuse.

À la partie antérieure et latérale du cou, l'hémorrhagie est plus à redouter dans les piqûres. Il y a dans ces régions du corps un si grand nombre de vaisseaux, qu'il est surprenant qu'une arme piquante puisse y pénétrer sans en blesser quelqu'un. Lorsque cet accident a lieu, l'hémorrhagie qui en résulte est plus ou moins fâcheuse, selon la grosseur, la situation du vaisseau ouvert, et l'étendue de l'ouverture. Nous avons traité assez longuement de l'hémorrhagie, pour ne pas être obligé d'y revenir en ce moment. Il en est de même de tous les autres accidens qui peuvent survenir par suite de l'ouverture des vaisseaux, comme anévrisme simple, diffus, anévrisme artérioso-veineux, etc., etc. Nous dirons seulement ici, à l'occasion de l'hémorrhagie, que la compression ne peut guère être employée avec avantage au cou, attendu que l'on ne peut impunément serrer fortement cette partie du corps. Cette méthode ne peut guère être employée que lorsque les vaisseaux sont d'un calibre très-médiocre, et que lorsqu'une compression très-légère suffit pour mettre obstacle à l'écoulement du sang, comme dans l'hémorrhagie veineuse, par exemple; autrement il vaut mieux avoir recours à la ligature.

Les piqûres du cou peuvent, comme toutes les autres, être compliquées d'inflammation. On les combat, comme partout ailleurs, par la saignée, la diète, les boissons délayantes, rafraîchissantes, les topiques émolliens, et par les débridemens, s'il y a étranglement ou formation de pus, etc., etc.

1° *Piqûres du larynx.*

Les piqûres du larynx par armes piquantes; ou pi-

quantés et tranchantes tout à la fois, qui pénètrent jusque dans l'intérieur du larynx ou de la trachée-artère, produisent souvent un emphysème. Cet emphysème est d'autant plus facile, que le tissu cellulaire qui entoure ces organes est très-lâche, et que les mouvemens qu'ils exécutent dans la respiration empêchent que l'ouverture des tégumens reste long-temps parallèle à celle du larynx ou de la trachée. Par suite de ce défaut de parallélisme, l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire du cou peut gagner de proche en proche les autres parties du corps, et l'emphysème peut de cette manière devenir universel, comme les auteurs en rapportent des exemples (1). Lorsque l'emphysème est médiocre, il se dissipe de lui-même, à mesure que la plaie du larynx ou de la trachée se cicatrise; mais s'il continue à faire des progrès, on les arrête en débridant la plaie jusqu'au larynx, ou la trachée. Si cet emphysème était devenu universel, on l'arrêterait en faisant des scarifications profondes dans plusieurs parties du corps. Ces débridemens seraient indispensables dans le cas où quelques vaisseaux volumineux ouverts verseraient le sang qu'ils contiennent dans la trachée-artère ou le larynx, et menaceraient ainsi le malade de suffocation. Ces débridemens donne-

(1) *A. Paré* rapporte que le nommé *Brege*, pâtissier du duc de Guise, ayant reçu à Joinville un coup d'épée à la gorge, eut la trachée-artère ouverte, ainsi que l'une des veines jugulaires. On réunit la plaie par la suture, mais il survint bientôt un emphysème qui gagna tout le corps, en sorte, dit *Paré*, qu'il était comme un mouton qu'on a soufflé pour l'écorcher; la face était tellement gonflée qu'on ne voyait apparence de nez ni des yeux. On lui fit de profondes scarifications sur diverses parties du corps; scarifications par lesquelles le sang et ventosités furent vacuées. (Liv. I, chap. XXX, pag. 248.)

(Note des Rédacteurs.)

raient d'ailleurs la facilité de faire plus facilement la ligature des vaisseaux blessés (1).

2° *Piqûres des nerfs et de la moelle épinière.*

Les armes piquantes, en pénétrant profondément dans le cou, peuvent léser quelques uns des nerfs qui s'y rencontrent, et atteindre la moelle épinière elle-même. La lésion des nerfs du cou, tels que le pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, le nerf phrénique, le plexus brachial, le grand sympathique, etc., etc., peut être suivie d'accidens les plus graves, du désordre ou de la cessation des fonctions des parties auxquelles ces nerfs se distribuent (2) (Voir *Lésions des nerfs*, t. 1<sup>er</sup>), de douleurs aiguës, de mouvemens convulsifs, et même de tétanos (3).

(1) *Morgagni* rapporte qu'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 le canal ainsi que les branches et leurs divisions remplis de sang. (*De Sed. et caus. morb.*, épist. 53, art. 21.)

(Note des Rédacteurs.)

(2) C'est ainsi qu'*Ambroise Paré* cite l'observation d'un jeune homme qui reçut à la gorge un coup d'épée à la suite duquel il perdit la voix, et eut le bras paralysé. Il attribue, avec beaucoup de raison, ces résultats à la lésion du nerf récurrent, et à celle du plexus brachial.

(Note des Rédacteurs.)

(3) On conçoit facilement ici que les lésions incomplètes des nerfs importants du cou qui vont se rendre aux organes de la poitrine et du ventre, tels que le phrénique, le pneumogastrique, ne peuvent point être traitées, quand elles donnent lieu à des accidens graves, comme le seraient ceux des membres, et que l'on ne peut avoir recours, lorsque les accidens persistent, à la section complète de ces nerfs, pour faire cesser les douleurs en même temps que l'on paralyse les parties auxquelles ces nerfs se distribuent. Qui voudrait, par exemple, couper le nerf phrénique ou le pneumogastrique qui auraient été atteints par une arme piquante, et qui donneraient lieu à de violentes douleurs?

(Note des Rédacteurs.)

Les effets de la lésion de la moelle épinière diffèrent beaucoup, suivant la hauteur à laquelle l'arme est entrée, et suivant qu'elle a pénétré plus ou moins profondément dans sa substance. Lorsque la blessure est profonde et située très-près de l'origine de la moelle épinière, le malade peut périr sur-le-champ, ou au moins en très-peu de temps. Lorsqu'elle est située plus bas, et qu'elle pénètre moins avant dans la moelle épinière, le blessé peut survivre quelque temps, et guérir même, en perdant plus ou moins le sentiment ou le mouvement de certaines parties du corps, ou le sentiment et le mouvement tout à la fois, suivant que l'arme a intéressé les portions de la moelle qui président à l'une ou à l'autre de ces fonctions (1).

(1) Voici deux observations remarquables à l'appui de ce qui vient d'être dit. L'une appartient encore à *Morgagni*, l'autre est de *Boyer*.

« Un jeune homme de vingt-quatre ans reçut un coup de pointe de poignard à la partie latérale gauche du cou, à environ trois travers de doigt au dessous de l'oreille. Le malade tomba privé de mouvement et de 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 une bassinoire pleine de hraise qui produisit, sans qu'il s'en aperçût, une brûlure profonde. Pendant les premiers jours l'urine et les matières fécales ne furent pas 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 mouvemens, et jusques au trentième 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, 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 mouve-

B. — Plaies par armes tranchantes.

Les plaies longitudinales du cou, par armes tranchantes, quelle que soit la région du cou qu'elles occupent, sont traitées par les moyens ordinaires. Elles ne présentent rien de particulier, seulement ici on ne peut avoir recours, comme dans d'autres régions du corps, à l'emploi des bandages unissans qui sont si efficaces. La présence du larynx et de la trachée-artère, qui ne peuvent être comprimés sans danger, s'y oppose d'une manière absolue.

ment et le sentiment restèrent plus faibles dans le côté droit du corps, que dans le côté gauche.

« Il s'agit évidemment ici d'une blessure superficielle de la moelle épinière, blessure faite par la pointe du poignard qui aura pénétré entre les lames vertébrales ou entre la première vertèbre et le crâne par le trou occipital. » (*Morgagni, De Sed. et caus. morb., épist. 53, art. 23.*)

Voici l'observation de *Boyer* (*Traité des maladies chirurgicales, t. 7, pag. 3.*) qui a beaucoup d'analogie avec la précédente. « Un tambour de la garde nationale était en rixe avec un de ses camarades qui était 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 était immédiatement au dessous de l'occipital. Le membre supérieur droit avait perdu ses mouvemens, mais il avait conservé sa sensibilité. Le membre inférieur droit semblait un peu affaibli, mais il était tout aussi sensible qu'à l'ordinaire. Tout le côté gauche du corps perdit sa sensibilité, exactement sur la ligne médiane. Ce malade, traité activement par les saignées, la diète, etc., sortit guéri de sa plaie du cou, le vingtième jour de son entrée à l'hôpital, n'éprouvant dans le cou aucune douleur ni aucune gêne; mais le bras, l'avant-bras et la main du côté droit étaient presque complètement paralysés. Tout le côté gauche du corps, moins le membre supérieur, avait perdu sa sensibilité, tout en conservant les mouvemens. »

(Note des Rédacteurs.)

Les plaies transversales de la partie postérieure du cou exigent l'emploi des moyens dont il a été question dans la description des plaies en général. Lorsque la peau seule a été divisée, il suffit de joindre à l'emploi de ces moyens, la situation droite de la tête, mais quand les muscles ont été divisés il faut la mettre dans l'extension et la maintenir dans cette position à l'aide d'appareils convenables. Un des plus simples consiste à assujettir le bonnet du malade à l'aide de 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'entrecroisent et sont fixées ensemble avec une épingle ; on les porte un peu obliquement en haut 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.

Les plaies transversales des parties latérales du cou exigent la position inclinée de la tête sur l'épaule. On se sert dans ce but du bandage que nous venons de décrire, en le modifiant toutefois. Les bandelettes doivent être fixées au bonnet du blessé 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, et passant l'une devant, et l'autre derrière l'épaule correspondante.

Les plaies transversales de la région antérieure du cou par des armes tranchantes sont celles qui méritent le plus d'attention. Ici les gros vaisseaux qui s'y trouvent, les voies aériennes et les voies alimentaires, donnent à ces plaies un grand degré de gravité. Le cou est préservé chez les militaires par des vêtemens épais qui rendent ces plaies moins communes par le sabre qu'on ne pourrait le croire au premier abord. On en observe encore cependant un certain nombre. On peut d'ailleurs en prendre une fort bonne idée en les comparant avec celles que se font à l'aide d'instrumens très-tranchans les personnes qui veulent se détruire.

1<sup>o</sup> Plaies au dessus de l'os hyoïde.

Lorsque ces plaies siègent au dessus de l'os hyoïde, elles peuvent à la fois intéresser, si elles sont profondes, la peau, les muscles peauciers, les digastriques, les milo et génio-hyoïdiens, les génio et hyo-glosses, le nerf hypoglosse, les vaisseaux linguaux, les conduits des glandes maxillaires, ces glandes elles-mêmes, les glandes sublinguales, les muscles linguaux, le rameau lingual de la cinquième paire, l'épiglotte, etc., enfin pénétrer dans la cavité buccale. Les gros troncs vasculaires et nerveux placés sur les côtés du cou peuvent aussi être intéressés. Ces plaies présentent toujours un grand écartement, la lèvre supérieure étant attirée en haut et en devant par les muscles qui s'attachent à la mâchoire inférieure, la lèvre inférieure étant attirée en bas par les muscles sterno et omoplato-hyoïdiens, et par les constricteurs du pharynx. Il résulte de là un écartement triangulaire d'autant plus grand que la tête est renversée davantage en arrière, écartement au fond duquel on peut apercevoir le fond de la bouche. Mais le plus ordinairement

ces plaies sont beaucoup moins profondes, chez les personnes qui tentent de se suicider; la douleur arrête presque toujours la main qui conduit l'instrument, lequel n'a le plus souvent qu'une impulsion mal assurée; la blessure se borne alors à la division de la peau et des muscles superficiels. Dans ce dernier cas, la blessure a peu de gravité, et il suffit d'avoir recours à une position convenable, et à l'emploi de bandelettes agglutinatives pour en obtenir la réunion. Mais quand la plaie est profonde et qu'elle pénètre jusque dans la bouche, le pronostic est grave. Si les bords de la plaie sont écartés, la salive et les boissons sortent par cette ouverture contre nature. Si au contraire on fait fléchir avec force la tête sur la poitrine, les lèvres de la solution de continuité sont fortement comprimées l'une contre l'autre, la peau se roule en dedans, les liquides ingérés ne peuvent plus sortir, et comme ils ne peuvent franchir qu'avec difficulté le pharynx, ils se portent vers les voies aériennes et produisent de la toux, de la suffocation, et quelquefois la mort par asphyxie. Ce n'est que dans une position moyenne entre ces deux extrêmes, que la déglutition et la respiration peuvent s'exécuter non pas librement, mais avec moins de difficulté.

Les indications à remplir dans le cas de plaie transversale profonde au dessus de l'os hyoïde avec pénétration dans la cavité buccale, sont : 1° d'arrêter l'hémorrhagie à l'aide des moyens employés ordinairement dans ces sortes de cas, tels que compression, torsion, ligature, etc., etc., de s'opposer à l'écoulement des liquides de la cavité buccale par la plaie dont les bords sont écartés, d'empêcher ensuite qu'elles ne pénètrent dans le larynx. On remplit cette dernière indication, en introduisant, soit par la bouche, soit par les narines, une grosse sonde de gomme élastique,

assez longue pour descendre jusque dans l'œsophage, et par laquelle on injecte avec une seringue les boissons, les tisanes et les médicamens nécessaires, et enfin les alimens liquides lorsqu'on pourra nourrir le malade. De ces deux manières d'introduire la sonde dans l'estomac la meilleure est celle qui consiste à la mettre dans la narine, parce qu'elle permet de la laisser à demeure en la fixant à l'aide d'un cordonnet au bonnet du malade, avantage qu'on ne peut toujours se procurer quand on la place par la bouche, à cause des nausées fatigantes qu'elle provoque. Il faut remplir encore une autre indication dans ce genre de plaies, la réunion de leurs bords; pour cela on a recours au bandage unissant des plaies en travers du cou, bandage que l'on applique après préalablement recouvert la plaie d'un linge fenêtré enduit de cérat, recouvert de charpie, de compresses et de tours d'une bande très-médiocrement serrée. Le bandage unissant des plaies en travers de la partie antérieure du cou, ne diffère de celui que nous avons décrit plus haut pour les plaies de la partie postérieure et latérale de cette région, qu'en ce que les deux grandes bandelettes destinées à fixer la tête, sont attachées à la partie postérieure du bonnet du malade et descendent au devant du cou pour revenir se fixer ensuite sur la tête après avoir passé sous le bandage de corps. La tête est fléchie de manière à ne pas trop comprimer les lèvres de la plaie, dont la consolidation est d'ailleurs toujours longue, difficile et se fait avec adhérence de la base de la langue avec la peau du cou. Quand on a rempli de cette manière toutes les indications que présente ces plaies, il ne s'agit plus que de les conduire à guérison à l'aide des soins locaux et généraux, que réclament toutes les plaies graves.

2<sup>o</sup> Plaies situées entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde.

Les plaies transversales du cou siègent d'autres fois entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Elles peuvent aussi n'être que superficielles, ou bien pénétrer jusqu'au pharynx. Dans ce dernier cas la plaie a intéressé la peau, les muscles peauciers sterno, omo-hyoïdien et thyro-hyoïdien, le ligament thyro-hyoïdien et l'épiglotte en partie ou en totalité. On observe rarement une hémorrhagie dans cette plaie dont les bords s'écartent peu, et au fond de laquelle on aperçoit l'épiglotte mobile, suspendue et sans appui. Son ouverture donne passage à de l'air, à la salive, à des mucosités, et aux boissons qui tombent en partie dans le larynx et excitent une toux convulsive et suffocante; la parole est très-gênée ainsi que la respiration et la déglutition. Pour rendre la parole plus facile il faut rapprocher les lèvres de la plaie par la flexion de la tête, qui empêche alors l'air de passer à travers. Un accident qui se remarque d'ailleurs aussi dans les plaies placées au dessous de l'os hyoïde, c'est une soif ardente produite par l'écoulement continuel de la salive, du mucus buccal et des boissons. Chez quelques malades cette irritation est portée même assez loin pour les faire mourir au bout de quelques jours avec une disposition gangréneuse du fond de la plaie devenue sèche et aride.

Ces plaies doivent être réunies à l'aide de bandelettes agglutinatives, et d'un appareil convenable de pansement, le tout secondé par l'emploi essentiel du bandage unissant des plaies en travers du cou. La suture est généralement insuffisante dans ce cas comme dans le précédent, elle détermine souvent des accidens d'inflammation, la rétention de la suppuration qui peut se former, etc., etc. Si malgré l'emploi de ces moyens les boissons adminis-

trées au blessé sortaient par la plaie et pénétraient dans le larynx, il faudrait avoir recours à la grosse sonde œsophagienne introduite, comme nous l'avons déjà dit, par le nez ou par la bouche. Si, comme il est arrivé quelquefois, cette sonde ne pouvait point être supportée, on serait réduit à l'usage des lavemens de bouillon, de lait, de jaune d'œuf, pour soutenir le malade, de lavemens simples, de bains, etc., pour diminuer la soif.

Les plaies transversales du cou, au dessous de l'os hyoïde, peuvent atteindre le larynx, ou la trachée artère, l'œsophage ou les gros vaisseaux, etc., etc. Ces plaies diffèrent beaucoup entre elles de gravité.

3<sup>o</sup> Plaies du larynx.

Le larynx peut être divisé dans un seul endroit ou dans plusieurs, la plaie peut avoir des directions et une étendue plus ou moins considérable. Dans certains cas, c'est le cartilage thyroïde qui est divisé plus ou moins complètement, d'autres fois c'est la membrane crico-thyroïdienne. Quelquefois le cartilage thyroïde est coupé en sept ou huit pièces et dans toutes sortes de directions, et quelques unes de ses portions, presque entièrement séparées du reste, ballotent en suivant les mouvemens que l'air leur imprime, gênent la respiration et la suppriment même quelquefois tout à fait. Dans certains cas, le larynx éprouve une véritable déperdition de substance, et la guérison ne s'effectue souvent dans ces cas qu'avec une fistule.

L'hémorrhagie est très-commune dans les plaies du larynx. Les artères de cet organe étant nombreuses et volumineuses, le sang s'introduit facilement dans les voies aériennes et peut y déterminer des accidens mortels en peu de temps, ainsi qu'on en a des exemples. Dans ces plaies enfin, on observe un écartement très-médiocre de leurs

bords, mais toujours il y a passage de l'air entre eux, et perte de la voix : ces deux derniers phénomènes sont du reste communs aux plaies du larynx et à celles de la trachée-artère. La voix est conservée dans les plaies du larynx, mais l'air ne peut servir à la parole qu'autant que l'on rapproche le menton du cou afin de le forcer à passer par la bouche.

Quand la plaie transversale attaque le cartilage thyroïde au dessus de la glotte, la résistance que ce cartilage oppose à l'action de l'instrument, et son étendue considérable d'avant en arrière, font que rarement cet instrument le divise dans toute son épaisseur, et pénètre jusque dans la cavité du pharynx. L'écartement des bords est aussi moins considérable, et il est d'autant moindre que la division s'éloigne davantage de la partie supérieure du cartilage thyroïde; les altérations que la voix et la parole en éprouvent sont à peu près les mêmes; il survient très-fréquemment une laryngite plus ou moins considérable qui tourmente le malade par la toux et les autres accidens qu'elle provoque. Lorsque la plaie transversale attaque le larynx au dessous de la glotte, les mêmes raisons font qu'elle arrive rarement jusqu'au pharynx, et qu'elle est assez souvent accompagnée d'hémorrhagie, de laryngite, etc., etc.; elle présente, en outre, la perte de la parole et de la voix, parce que l'air sort des voies aériennes avant d'avoir traversé la glotte, lorsque les bords de la solution de continuité sont écartés.

Les plaies du larynx sont généralement graves, pour peu qu'elles soient étendues, car elles sont souvent accompagnées d'hémorrhagie, et elles provoquent ordinairement une inflammation vive non-seulement de l'organe blessé, mais encore de toutes les voies aériennes. Elles sont graves en outre, parce que les parties cartilagineu-

ses divisées se réunissent plus difficilement que les parties molles, et enfin, parce que dans toutes les plaies transversales du cou, la peau se roule presque toujours en dedans, et met ainsi un très-grand obstacle à la guérison. Le pronostic est bien plus grave quand les plaies sont multipliées, et surtout quand le larynx a éprouvé une perte de substance.

Le traitement des plaies du larynx par armes tranchantes consiste d'abord à arrêter l'hémorrhagie, et à faire sortir le sang qui s'est épanché dans les voies aériennes; pour remplir cette seconde indication, on tient la plaie entr'ouverte pendant quelques instans, et le liquide est bientôt chassé avec violence par l'air expulsé et par les efforts de toux auxquels sa présence donne lieu (1). Cela fait, on réunit la plaie; si elle est simple et verticale, quelques bandelettes agglutinatives suffisent pour l'opérer. Quand elle est transversale, il faut employer la position et le bandage unissant des plaies en travers; mais quand elle est multiple, accompagnée de lambeaux, de déchirures, il devient nécessaire de faire quelques points de suture simple; lorsqu'il y a perte de substance, on réunit de même, et en profitant des moindres portions de tissus qui sont demeurées adhérentes. Si le pharynx avait été ouvert en même temps, on devrait employer la sonde œsophagienne pour conduire les boissons et les alimens dans l'œsophage. Du reste, on doit combattre avec beaucoup d'énergie, et par tous les antiphlogistiques connus, les accidens inflammatoires

(1) On a vu des chirurgiens débarrasser plus promptement les blessés qui étaient dans un état imminent de suffocation, par la succion de la plaie et l'évacuation prompte du sang coulant dans les voies aériennes. Une ventouse à pompe remplirait parfaitement bien le même office.

(Note des Rédacteurs.)