

formidables qui se manifestent presque inévitablement dans ces sortes de plaies.

4^o *Plaies du corps thyroïde.*

Les plaies du corps thyroïde ne sont remarquables que par la perte de sang dont elles sont souvent accompagnées, et qui peut venir de deux sources, des artères et des veines nombreuses que contient cet organe. Les hémorrhagies artérielles sont quelquefois opiniâtres, parce que dans cet organe vasculaire, la liberté des communications entre les vaisseaux est très-grande, et que quand on a lié les troncs artériels, l'écoulement continue par les branches, et même ensuite par les capillaires; les hémorrhagies veineuses sont aussi quelquefois très-difficiles à arrêter; mais cette circonstance n'a lieu, là comme ailleurs, que quand le malade retient sa respiration, fait des efforts ou pousse des cris. Il faut donc, avant tout, dans les plaies du corps thyroïde, arrêter l'hémorrhagie artérielle ou veineuse, et traiter ensuite la plaie comme une plaie ordinaire.

5^o *Plaies de la trachée-artère.*

Les plaies de la trachée-artère, par armes tranchantes, diffèrent entre elles à raison de leur direction et de leur étendue. Rarement la division est oblique ou longitudinale, elle est ordinairement transversale. Dans ce cas, la trachée peut être complètement coupée, ou bien l'être seulement dans une partie de sa circonférence. Dans le premier cas, l'œsophage est resté intact, ou bien il est lui-même coupé dans une partie, et quelquefois même dans la totalité de son diamètre. Une plaie aussi profonde et aussi large est presque toujours accompagnée de la lésion des gros vaisseaux du cou, tels que les artères ca-

rotides primitives, les veines jugulaires internes, et il est rare, par conséquent, qu'elles ne fassent pas périr le blessé sur-le-champ. Quelquefois, cependant, on a vu les vaisseaux échapper à de pareilles plaies, et les malades ne sont point morts d'hémorrhagie. Quand la trachée-artère n'est blessée que dans une partie de sa circonférence, les bords de la plaie s'écartent très-peu, et il est facile par la flexion de la tête, opérée par les moyens que nous avons indiqués plus haut, de mettre ces bords en contact, et ordinairement la guérison se fait avec une assez grande promptitude; mais il n'en est pas de même quand 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 de l'air, en sorte que le malade ne tarde point à périr d'asphyxie.

Il est très-facile de reconnaître une plaie de la trachée-artère à l'entrée et à la sortie de l'air par la plaie dans les mouvemens de la respiration, à la perte de la voix, lorsque la plaie est considérable, et que tout l'air passe par l'ouverture accidentelle. Cette voix est rétablie lorsqu'on réunit ou rapproche les bords de la solution de continuité.

Lorsqu'on a arrêté l'hémorrhagie, prévenu l'entrée du sang dans la trachée-artère, et fait sortir celui qui s'y est introduit, on procède à la réunion de la plaie, à l'aide de la position, des bandelettes agglutinatives, du bandage unissant des plaies du cou en travers, et même de quelques points de suture. Cette suture est quelquefois nécessaire pour mettre les bords de la plaie dans un niveau parfait chez certaines personnes, et chez les vieillards en particulier, dont la peau, lâche et ridée, se replie au dedans, faute d'un point d'appui suffisant. Quelques points de suture sont encore nécessaires, lorsque les

plaies sont multipliées, qu'il y a dilacération, et des lambeaux qu'on ne peut fixer ni par les bandages, ni par les emplâtres. On ne pratique cette suture que sur les bords de la solution de continuité faite aux tégumens, et non point sur la trachée elle-même, ainsi que le faisaient les anciens. Cette suture déterminerait les accidens les plus graves, et en particulier l'inflammation de la muqueuse trachéale qui pourrait se terminer d'une manière fâcheuse. Lorsqu'on a réuni la plaie, on termine le pansement comme dans les autres plaies du cou, et on soumet le malade au régime et au traitement des plaies graves.

Malgré l'emploi de ces moyens pour obtenir la réunion immédiate des plaies du *larynx* et de la *trachée-artère*, ces plaies suppurent souvent, et la cicatrisation ne se fait qu'après quinze, vingt, trente jours et même davantage. Après la guérison la voix reste long-temps et quelquefois même altérée, rauque et faible pour toujours. Dans d'autres circonstances, si ces plaies restent long-temps fistuleuses, cela dépend de l'engorgement et de l'endurcissement des tégumens et du tissu cellulaire sous-cutané, du décollement de la peau à la suite d'abcès, de la dénudation des cartilages, de leur carie, etc... Mais la cause la plus ordinaire de ces fistules, c'est la perte de substance éprouvée par les parois de ces canaux, ainsi que cela se remarque surtout dans les blessures par armes à feu. Dans ces derniers cas, on a recours pour guérir cette infirmité aux moyens nouveaux de restauration empruntés à la rhinoplastique. Si ces moyens échouent, ou si le malade refuse de s'y soumettre, on remédie aux inconvéniens que procurent l'entrée et la sortie de l'air par la fistule même, le bruit désagréable et incommode qu'il fait en la traversant, et à la perte de la voix et de la parole, etc., etc., en fermant cette fistule à l'aide

d'éponge, de charpie ou d'obturateurs, de nature et de forme variées.

6° *Plaies du pharynx par armes tranchantes.*

Les plaies isolées du pharynx sont assez rares. Privé de paroi antérieure, protégé en arrière par le rachis, et sur les côtés en rapport avec des vaisseaux d'un volume très-considérable, le pharynx ne peut pour ainsi dire pas être blessé seul. Presque toujours, au contraire, les plaies de cet organe ne sont qu'une complication des plaies qui atteignent la colonne cervicale, les gros troncs vasculaires placés sur les côtés du cou, et surtout la base de la langue et du larynx. Les signes qui annoncent cette blessure, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité d'avaler, et la sortie des alimens et des boissons par la plaie, viennent s'ajouter à ceux qui indiquent la blessure de l'une ou de l'autre des parties beaucoup plus importantes dont il vient d'être fait mention.

Le traitement des plaies du pharynx est en grande partie celui que nous avons tracé pour les plaies du larynx. Quand la plaie du pharynx est peu étendue, une petite partie seulement des boissons s'échappe pendant la déglutition, peu à peu l'ouverture diminue et se cicatrise, sans que l'on soit obligé d'ajouter rien aux moyens indiqués pour la blessure des autres organes; mais quand elle est large, il faut ajouter à ces moyens, l'emploi d'une sonde de gomme élastique, à l'aide de laquelle on fait passer les boissons médicamenteuses ou nourissantes jusque dans l'estomac.

7° *Plaies de l'œsophage par armes tranchantes.*

Les plaies de l'œsophage sont aussi très-rarement isolées; il est même presque impossible que ce cas se ren-

contre. Ce conduit, en effet, ne saurait être que très-difficilement atteint par des armes tranchantes qui n'auraient pas lésé les vaisseaux situés sur les côtés ou la trachée-artère placée au-devant de lui. Ces connexions suffisent pour démontrer que la section complète de la trachée-artère et de l'œsophage est un cas pour ainsi dire presque essentiellement mortel, cette lésion étant presque toujours compliquée de la section des artères carotides primitives, des veines jugulaires internes et des nerfs vagues (1).

Voici cependant une observation de section complète de l'œsophage et de la trachée-artère sans lésion des carotides.

OBSERVATION.

Lubin Bertrand, d'un tempérament bilieux, extrêmement irascible, voulant se donner la mort, se fit au cou, avec un rasoir, une plaie transversale de l'étendue de quatre à cinq pouces : cette plaie allait jusqu'à la colonne vertébrale : pratiquée à la partie antérieure et supérieure du cou, les extrémités étaient bornées par les muscles sterno-cléido-mastoidiens inégalement coupés et par les artères carotides, mises à nu et épargnées, parce que sans doute les parties qui les recouvrent ordinairement s'étaient rétractées, et que ces vaisseaux eux-mêmes, en se retirant dans le tissu cellulaire, avaient échappé à la

(1) *Benjamin Bell* a fait une observation curieuse relativement aux plaies de l'œsophage. Elles sont très-dangereuses, dit-il, parce que l'œsophage est situé si profondément qu'on ne peut l'atteindre qu'avec peine; sa partie inférieure, quand il y a section complète du conduit, se sépare en outre de la supérieure, tombe au dessous du sternum, et il est difficile alors de soutenir le malade par une nourriture convenable.

(Note des Rédacteurs.)

lame de l'instrument; dans le fond de cette vaste solution de continuité, s'apercevaient la colonne cervicale, les muscles grand droit antérieur de la tête et le long du cou; on y voyait encore le grand appareil ligamenteux antérieur: supérieurement se trouvaient le larynx et le pharynx divisés; inférieurement, se rencontraient les mêmes parties. L'instrument, en agissant d'avant en arrière, avait donc coupé la peau, le tissu cellulaire, les muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, omo-hyoïdien et thyro-hyoïdien, l'artère thyroïdienne supérieure, le cartilage thyroïde lui-même, et la naissance de l'œsophage. L'hémorragie, qui avait été considérable, s'était complètement arrêtée: cet infortuné, ne respirant plus que par la plaie, avait perdu la parole et la voix; ses gestes et ses mouvements annonçaient seulement l'état de souffrances et d'angoisses auquel il était en proie: un phénomène singulier et difficile à expliquer frappa tous les assistans, c'est que, lorsque M. Dupuytren introduisit le doigt dans la partie supérieure du larynx, la toux fut déterminée sympathiquement, quoique la continuité de la muqueuse laryngée fût détruite; on fit alors sortir des bronches une grande quantité de mucosités mêlées desang, une grosse sonde de gomme élastique fut placée dans le nez et descendait jusque dans le pharynx. Le plus difficile était d'engager le bec de la sonde dans la portion inférieure de l'œsophage; on y parvint avec quelque difficulté, car, le tissu cellulaire qui entoure ce conduit étant très-lâche, l'œsophage s'était considérablement rétracté sur lui-même, au point qu'on fut obligé d'aller le chercher à deux pouces de profondeur au moins: une suture à points passés qui était fixée d'une part sur la moitié inférieure du cartilage thyroïde, de l'autre sur la moitié supérieure, servait à mettre en contact im-

médiat ces deux portions de cartilage. Enfin, on ne recouvrit pas la plaie de charpie dans la crainte de gêner la respiration. Seulement, en appliquant une légère compresse qu'on assujettit mollement avec une bande roulée autour du cou, la tête avait été fléchie sur la poitrine; on l'y maintint au moyen d'un bandage approprié. La sonde introduite dans l'œsophage servit de conduit aux boissons; trois jours s'écoulèrent sans l'apparition de nouveaux accidens; cependant l'inflammation se développa, la respiration devint plus difficile, le râle se manifesta, et le malheureux succomba le quatrième jour.

L'autopsie montra toutes les parties dans l'état que nous avons indiqué; seulement la trachée était divisée suivant sa longueur, dans l'étendue d'un pouce et demi à peu près. La sonde de gomme élastique avait parfaitement rempli l'indication pour laquelle on l'avait placée, on la trouva qui s'étendait dans l'intérieur de l'œsophage, jusqu'au niveau de la seconde vertèbre dorsale. Les gros vaisseaux artériels et veineux du cou étaient intacts. L'un et l'autre poumon étaient enflammés (1).

Nous rappellerons ici qu'à mesure que les artères carotides montent le long du cou, elles s'inclinent vers les parties latérales pour aller de chaque côté, en arrière, gagner l'angle de la mâchoire inférieure, au niveau duquel elles se divisent en plusieurs branches, destinées pour les différentes parties de la tête. Ceci explique pourquoi les plaies de la partie inférieure du cou sont plus dangereuses que celles de la partie supérieure, et pourquoi dans le suicide, où l'instrument tranchant est presque toujours enfoncé à la partie supérieure du cou, la lésion des carotides primitives est assez rare.

(1) Par les Rédacteurs.

Quoi qu'il en soit des accidens au milieu desquels la lésion de l'œsophage se rencontre, les signes qui l'annoncent sont la douleur en avalant, et surtout l'issue des alimens et des boissons par la plaie extérieure. Quoique peu étendue, cette plaie est une complication fâcheuse de celle des parties voisines, et la guérison s'en fait longtemps attendre.

Tant que les plaies de l'œsophage sont peu étendues, que la quantité de matières alimentaires qu'elles laissent échapper est peu considérable, et que celles-ci s'écoulent librement au dehors, sans s'infiltrer ou s'épancher dans les parties voisines, elles ne réclament d'autres soins que les moyens antiphlogistiques généraux, et l'attention de ne laisser fermer la plaie extérieure que lorsque celle du conduit est cicatrisée, ce que l'on reconnaît à la cessation de l'écoulement des substances avalées. Mais quand la plaie est fort grande, il faut ajouter à ces moyens l'emploi d'une sonde de gomme élastique, qui remplace momentanément le conduit divisé, celui d'une position et d'un bandage analogues à ceux que nous avons fait connaître plus haut, enfin, de tous les moyens capables d'empêcher l'épanchement des boissons et des alimens, et de combattre l'inflammation violente qui est le résultat inévitable de cette blessure.

Tout ce que nous avons dit des plaies par armes piquantes ou tranchantes, ou tranchantes et piquantes tout à la fois, qui affectent le cou, s'applique aux ruptures, déchirures, arrachemens, etc., etc., avec quelques légères modifications qu'il devient inutile d'indiquer après les détails dans lesquels nous sommes entrés lorsque nous avons traité des généralités de ces plaies.

C. — *Blessures du cou par armes contondantes.*

1° *Contusions.* — Les contusions du cou ne présentent d'importance que lorsqu'elles sont profondes et qu'elles ont intéressé les organes de la respiration et de la digestion. Dans ces cas, on doit avoir recours au régime antiphlogistique employé avec énergie, pour prévenir l'inflammation de ces organes, les étranglemens et les abcès. Les abcès sont d'autant plus dangereux dans cette région, que des fascias nombreux retiennent le pus, le forcent à séjourner et le dirigent quelquefois dans l'intérieur de la poitrine où il produit de grands ravages et des accidens souvent mortels. C'est donc à les prévenir que le chirurgien doit veiller, et s'ils se forment, malgré ses soins, il faut qu'il les ouvre de bonne heure.

2° *Plaies par armes à feu.*

Les coups de feu qui n'intéressent que la peau et les muscles superficiels ne présentent aucune autre indication que celle de prévenir l'inflammation, à l'aide des débridemens sagement combinés, des émoulliens, des saignées, etc.; on agit enfin comme dans les plaies des autres parties, où la balle n'a divisé que des parties charnues. Mais les balles qui frappent le cou intéressent souvent le larynx, la trachée-artère, le pharynx, l'œsophage, les gros vaisseaux, les vertèbres, etc., etc., blessures très-graves, et dont le danger est plus ou moins grand, suivant 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 trans-

verses, et surtout aux premières, elle ajoutée sans doute à la gravité de la blessure, mais celle-ci est guérissable. En effet, en agrandissant convenablement la plaie, en faisant l'extraction des esquilles entièrement séparées, en facilitant par des débridemens et des contre-ouvertures l'écoulement des liquides, en prévenant ou en combattant activement l'inflammation, on guérit très-souvent de pareils blessés. Mais lorsque le corps des vertèbres, leurs lames, leurs apophyses articulaires sont entamés, ou brisés, la blessure est excessivement grave; elle est même presque toujours mortelle. Le danger vient surtout de la lésion de la moelle spinale, soit par le projectile lui-même, qui a brisé les os, soit par les esquilles enfoncées dans le canal vertébral, ou de la compression de cette même moelle, par des liquides épanchés dans le canal vertébral.

Cette lésion de la moelle, pour peu qu'elle soit considérable, fait promptement périr le malade.

OBSERVATION.

Pendant les journées des 5 et 6 juin 1832, un sergent de la garde municipale de Paris reçut un coup de feu à la partie postérieure du cou. La balle traversa d'un côté à l'autre les masses musculaires qui recouvrent en arrière la colonne cervicale. Apporté à l'Hôtel-Dieu le 5 juin au soir, il présentait l'état suivant : deux ouvertures, qui indiquent l'entrée et la sortie du projectile, existent à la même hauteur de chaque côté du cou à peu près au niveau des trois ou quatre premières vertèbres de cette région. L'ouverture d'entrée se reconnaît facilement à son diamètre moins grand, et à la régularité de la circonférence; celle de sortie est au contraire à diamètre plus étendu, ses bords