

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DU COU

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

§ 1. — *Contusions.*

Les traumatismes du cou ont toujours été un sujet de prédilection aussi bien pour les auteurs didactiques que pour les leçons cliniques. L'importance des organes et les rapports anatomiques compliqués de cette région, de même que les opérations hardies et élégantes qui s'y pratiquent, se prêtent à mettre en évidence le savoir, l'habileté et le sang-froid du chirurgien. C'est qu'ici le danger est grand, et cela conduit à des interventions importantes.

« Quand on voit une plaie du cou, dit Pirogoff, on pense aussitôt à l'hémorrhagie, aux lésions des nerfs, de la trachée, de l'œsophage, de la colonne vertébrale, et aux fusées purulentes ». Quand les anciens chirurgiens, qui avaient à soigner des plaies par coup de flèche, de lance, de sabre, racontaient comme faits remarquables les cas dans lesquels, malgré l'étendue du traumatisme, il n'y avait pas de lésion de la trachée, ni de l'œsophage, ni de la veine jugulaire; quand les chirurgiens modernes, qui ont affaire à des plaies du cou par armes à feu, soutiennent que dans ces cas « les lésions qui mettent la vie en danger sont bien plus rares que ne le fait supposer la disposition anatomique de la région », ces faits montrent d'un côté la gravité quelquefois extrême des plaies du cou, et de l'autre l'existence dans cette région de certaines conditions capables de diminuer ou même de faire disparaître ces dangers.

Contusions des parties molles. — Parmi les lésions *sous-cutanées*, nous en mentionnerons quelques-unes qu'on désigne sous le nom de

commotion et d'ébranlement moléculaire, sans connaître plus exactement la nature intime du processus. C'est à cette catégorie de faits qu'appartient la *commotion du larynx*. G. Fischer fait observer à ce propos qu'un coup porté sur le larynx ou une forte compression « de cet organe si riche en nerfs, ou une fracture peut, sans même être accompagnée d'autres lésions, donner lieu à un arrêt subit de la respiration et au spasme de la glotte; c'est de cette façon qu'opèrent certains malfaiteurs pour faire perdre connaissance aux victimes qu'ils veulent dévaliser »¹.

Une forte compression du larynx, dans la strangulation par exemple, peut avoir pour résultat la formation d'*anévrismes* sur les artères de cette région.

Enfin, dans la même catégorie de faits rentrent encore les *irritations traumatiques* des nerfs du cou, celles du sympathique en particulier sur lesquelles Seeßigmüller a dernièrement attiré l'attention. A la suite des traumatismes par instruments mousses portant sur la région du cou, on observe des paralysies et des névralgies qui peuvent durer longtemps, et même persister indéfiniment s'il s'agit d'une compression énergique du cou. A la suite des lésions du sympathique, on observe des phénomènes oculo-pupillaires (rétrécissement de la fente palpébrale et de la pupille, et rétraction du globe oculaire, dans les cas de paralysie; dilatation de la fente palpébrale et de la pupille avec propulsion de l'œil, dans les cas d'irritation), vaso-moteurs (alternatives de pâleur et de rougeur passagères de la moitié correspondante de la face), et trophiques (atrophie de la zone correspondante).

Les contusions des parties molles par instruments mousses ne présentent rien de particulier en tant que traumatisme isolé; à titre de phénomène partiel dans les traumatismes graves, ces contusions coexistent avec les ruptures des muscles, avec les fractures du larynx ou de la trachée, le broiement des vertèbres, comme tout cela s'observe par exemple à la suite du passage des roues d'une voiture sur le cou. Mais les blessures de ce genre entraînent rapidement la mort avant même que le chirurgien puisse s'en occuper.

Fractures de l'os hyoïde. — La mortalité de ces fractures est de 50 0/0². La fracture de l'os hyoïde s'observe le plus souvent au niveau

(1) Il faut noter toutefois que, dans les cas où l'examen laryngoscopique a été pratiqué, Güterbock, P. Koch ont constaté dans ces prétendues commotions des lésions de contusion, c'est-à-dire des infiltrations sanguines des cordes vocales et des replis ary-épiglottiques. La contusion du larynx avec hématome sous-muqueux peut s'accompagner d'hémoptysie (Gleitzmann). (A. B.)

(2) Peut-être la gravité est-elle moins due à la fracture hyoïdienne envisagée en soi qu'aux lésions des organes voisins, et surtout du larynx (A. B.)

de la jonction de la grande corne avec le corps de l'os. Dans ces cas, il est difficile de dire s'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation, car souvent la grande corne est articulée avec le corps de l'os par une synostose. Les fractures du corps sont plus rares. Les causes de ces fractures sont la compression latérale, comme dans la strangulation, et les coups portés d'avant en arrière.

Les symptômes subjectifs sont très accusés, et parmi eux l'impossibilité d'avaler vient en première ligne. Nous avons déjà signalé ce fait à l'occasion de l'angine de Valsalva. Chez une femme qui, après avoir avalé un gros morceau, ne pouvait plus exécuter les mouvements de déglutition, Valsalva trouva une luxation de la grande corne qu'il remit en place, et la malade guérit. La même dysphagie existe dans les fractures. En outre, les mouvements de la langue sont douloureux, la parole difficile et lente, la voix enrouée. Parmi les symptômes objectifs, le déplacement des fragments et la crépitation sont faciles à constater si la tuméfaction des parties n'est pas trop considérable. Si cette tuméfaction empêche l'examen par l'extérieur, l'exploration avec le doigt introduit dans le pharynx lèvera les doutes. C'est encore le moyen à employer pour essayer de réduire les fragments. Comme les troubles de déglutition durent quelquefois pendant un certain temps, on sera obligé dans ces cas de nourrir le malade avec la sonde¹.

Fractures du larynx et de la trachée. — Ces fractures sont encore plus graves que celles de l'os hyoïde; les fractures du larynx donnent une mortalité de 80 0/0, et on compte 6 cas de mort sur 7 de fracture de la trachée; dans ces deux cas, la dyspnée apparaît rapidement et même ne tarde pas à devenir menaçante. Elle est d'autant plus pénible qu'à la suite de la déchirure de la muqueuse il se produit une ex-puition de sang et un emphysème qui s'étend non seulement sur le cou et la tête, mais peut même envahir le médiastin et, en comprimant les poumons, vient augmenter les dangers de la sténose des voies respiratoires. Aussi la dyspnée augmente-t-elle rapidement.

Si les malades ne succombent pas à l'asphyxie dans les premières heures qui suivent l'accident, ils sont emportés les jours suivants par un œdème ou un spasme de la glotte ou bien par le fait du déplacement des fragments. Seules les fractures sur la ligne médiane sans déformation de la région ni déplacement des fragments ne s'accompagnent pas de ces phénomènes graves.

Il en résulte que toute fracture des voies respiratoires dans laquelle

(1) Ollivier a observé la suppuration du foyer avec nécrose d'un fragment osseux ultérieurement éliminé. (A. B.)

on voit survenir une dyspnée croissante nécessite la *trachéotomie*. On comprend également que si la trachéotomie est faite de bonne heure, l'opération sera plus facile à exécuter et le malade mis plus sûrement à l'abri de la suffocation subite.

Au niveau de la trachée, les variétés anatomiques de ces fractures sont très intéressantes : tantôt il existe une fracture *longitudinale*, et alors plusieurs anneaux sont divisés sur la ligne médiane et leurs bords abaissés, enfoncés ; tantôt la fracture est *transversale*, et le larynx est séparé de la trachée ou un certain nombre d'anneaux de ceux qui les suivent, d'où un écartement qui mesure quelquefois 3 centimètres. Ces fractures transversales s'observent principalement dans les cas de passage d'une roue de voiture sur le cou, et c'est dans ces cas que l'intervention chirurgicale doit être faite le plus tôt possible.

Les fractures du *cartilage cricoïde* sont également très graves et d'après les statistiques actuelles la terminaison fatale est la règle.

Lang a rapporté un cas très curieux. Un homme en tombant d'un arbre fut suspendu par les pieds dans les branches et resta pendant une heure la tête en bas, en cherchant à saisir une branche avec les mains. Lorsqu'on l'eût tiré de cette situation, il fut pris d'une dyspnée qui devenait terrible chaque fois qu'il inclinait la tête en avant. Les médecins ne trouvaient cependant rien ; et las de souffrir le malade se suicida au bout de 40 semaines. A l'autopsie, on trouva le deuxième anneau de la trachée complètement séparé du troisième avec un grand écartement. Chaque fois que le malade inclinait la tête, le tronçon inférieur de la trachée pénétrait dans le supérieur, par une sorte d'invagination, et de là les accès de suffocation.

§ 2. — Plaies du cou.

Les plaies du cou ne diffèrent guère quand elles sont produites par des instruments piquants ou tranchants. Aussi pouvons-nous les étudier ensemble.

Si la peau est coupée en même temps que le peaucier, les bords de la plaie se recroquevillent et la rétraction de la peau fait bailler les lèvres de la solution de continuité. La suture fait disparaître cet inconvénient.

Il est toujours utile de faire une contre-ouverture au point déclive pour assurer le drainage, car l'affrontement des surfaces n'est jamais parfait et les sécrétions s'accumulent derrière la suture. Si un ou plusieurs muscles étaient divisés en même temps, on les suturerait au catgut.

Chez les malades agités, principalement chez ceux dont la blessure résulte d'une tentative de suicide, il est nécessaire de fixer solidement le cou. A cet effet, on entoure la tête d'une sorte de calotte faite avec des bandes amidonnées qu'on fixe avec des bretelles à plusieurs tours de bande passés autour du tronc. Chez les individus âgés qui ont essayé de se suicider, l'hémorrhagie et l'excitation psychique aggravent notablement le pronostic de ces plaies.

Plaies des vaisseaux. — Les plaies profondes du cou s'accompagnent souvent d'hémorrhagies profuses. Mais cependant le nombre des cas dans lesquels il n'existe pas de lésions des gros vaisseaux est assez grand. Quelquefois la blessure d'un vaisseau ne donne pas lieu à une hémorrhagie externe, grâce à la formation d'un anévrysme faux traumatique. On connaît des cas d'anévrysme artérioso-veineux consécutif à la lésion simultanée de la carotide et de la jugulaire ou de la veine et de l'artère sous-clavières. Ces faits s'observent dans les piqûres de sabre, de poignard, ou à la suite de la pénétration d'un morceau de verre ou d'un grain de plomb, etc. Dans les autres cas, l'importance de l'hémorrhagie dépend entièrement du calibre du vaisseau.

Fischer ne rapporte qu'un seul cas de lésion du tronc innominé, celui d'Erwin. Le blessé a pu encore faire à pied 59 yards en marchant vite avant de succomber à l'hémorrhagie.

Les blessures de la carotide primitive sont plus fréquentes. Si le vaisseau est ouvert par un instrument tranchant, la mort emporte ordinairement le malade avant l'arrivée du médecin. Garrett rapporte le cas d'un malade sauvé par la compression qu'on a pu commencer à faire une minute et demie après l'accident. Si les lèvres de la plaie cutanée ne restent pas parallèles à celles de la plaie artérielle, l'hémorrhagie peut s'arrêter spontanément, même dans le cas de section complète du vaisseau, grâce à la rétraction de l'artère dans sa gaine et à la syncope qui abaisse la tension sanguine. Avant de perdre connaissance, le blessé peut parfois faire encore quelques pas (Liman).

On peut dire la même chose de la blessure des deux branches de la carotide primitive. La *carotide interne* est plus difficile à atteindre que la carotide externe. La première a été quelquefois blessée par un tuyau de pipe que le malade s'est enfoncé dans la bouche par une chute ou un coup et qui a traversé la langue et le pharynx derrière l'amygdale ; ou bien par un instrument vulnérant ayant pénétré derrière l'angle de la mâchoire. Les plaies de la *carotide externe* sont souvent produites par un instrument piquant ou tranchant qui divise quelquefois en même temps une ou plusieurs des branches collatérales, de sorte que l'hémorrhagie est très abondante.

L'*artère thyroïdienne* supérieure est souvent coupée des deux côtés dans les tentatives de suicide au rasoir. L'hémorrhagie dans ces cas est toujours très grave.

L'*artère pharyngienne ascendante* peut être atteinte, comme la carotide interne, par un tuyau de pipe traversant le pharynx.

L'*artère sous-clavière* est bien protégée par les parties qui l'entourent. Les plaies de cette artère par instruments piquants ou tranchants sont donc très rares ; quand elles sont produites, l'hémorrhagie est rapidement mortelle et se fait sou-

vent dans la plèvre qui souvent en effet est ouverte par l'instrument vulnérant¹.

Il est très curieux de voir l'*artère vertébrale*, si bien protégée, être atteinte d'une façon relativement fréquente. Dans les 32 cas réunis par Fischer, il s'agissait de plaies par instruments piquants ou tranchants, siégeant sur les parties supérieures du cou, au niveau de l'apophyse mastoïde ; l'artère elle-même était atteinte au niveau de l'atlas. Dans quelques cas, l'hémorragie a été violente dès le début. Un seul blessé a guéri ; les autres ont succombé soit à l'hémorragie tardive, soit à des fusées purulentes, soit au traumatisme des parties voisines².

Souvent il est très difficile de dire quelle artère est blessée. Ceci n'a rien d'étonnant quand on considère le grand nombre de vaisseaux qui se trouvent réunis dans un espace relativement restreint. Ainsi, tout près de l'orifice supérieur du thorax, un instrument tranchant ou piquant peut atteindre le tronc artériel brachio-céphalique, la carotide, la sous-clavière et certaines branches de cette dernière. Entre le cartilage thyroïde et le maxillaire inférieur on trouve la carotide externe avec ses branches et la carotide interne. Qui pourrait donc dire, d'après la direction de la plaie externe, laquelle de ces artères est atteinte ? Avant de pénétrer dans son canal osseux, la vertébrale suit sur un long trajet la carotide ; y a-t-il donc lieu de s'étonner de ce que les plaies de la vertébrale ont souvent été confondues avec celles de la carotide ? Quand on comprime au niveau de cette région, c'est-à-dire de la partie inférieure du cou, on arrête l'hémorragie, mais on comprime alors les deux vaisseaux à la fois ; et on ne pourrait diagnostiquer une blessure de la carotide que si l'hémorragie s'arrêtait à la suite d'une compression exercée au-dessus du tubercule carotidien. Et encore faut-il supposer que la vertébrale s'engage régulièrement dans son canal osseux au-dessous du tubercule carotidien, ce qui n'est pas toujours le cas et ce que nous ne pouvons savoir d'avance.

Les blessures des *grosses veines* du cou sont graves non seulement à cause de l'hémorragie, mais aussi à cause de la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines. Une autre cause de gravité de ces lésions est la possibilité de la fonte purulente du thrombus avec pyohémie consécutive, danger qui est à craindre dans les cas où on ne peut assurer l'antisepsie.

Le danger de l'entrée de l'air existe non seulement pour les plaies des grosses veines, mais aussi pour celles des petites. D'une façon générale, cet accident est moins fréquent dans les plaies accidentelles que

(1) Cela tient à ce que la sous-clavière n'est guère atteinte, sauf fracture de la clavicule par arme à feu, par exemple, que par un instrument vulnérant manié en poignard et enfoncé de haut en bas dans le creux sus-claviculaire. (A. B.)

(2) Je connais 4 cas de guérison, dus à Warren, Kocher, Mœbius, Küster. (A. B.)

dans les plaies opératoires. Par contre, le danger de pyohémie est plus grand dans les premières que dans les secondes.

Les plaies du tronc *veineux brachio-céphalique* passent généralement pour absolument mortelles¹.

Les plaies de la *veine sous-clavière* sont très rares et passent pour mortelles.

La *veine jugulaire interne* peut être atteinte en plusieurs endroits. Ces plaies sont très graves, et si le chirurgien n'arrive pas à temps, le malade peut succomber à l'hémorragie quand même il ne s'agit que d'une simple piqûre.

Les plaies de la *veine jugulaire externe* sont moins graves ; si la section est faite à l'endroit où la veine traverse l'aponévrose, la plaie reste béante et l'air peut pénétrer dans la veine.

TRAITEMENT DES PLAIES DES VAISSEAUX. — Le traitement des plaies des vaisseaux du cou constitue un des points les plus importants, les plus beaux et les plus difficiles de la chirurgie. Souvent le chirurgien doit prendre sa décision et l'exécuter en quelques secondes. Les exemples dont fourmille l'histoire de la chirurgie, mettent bien en évidence ces points particuliers.

Pendant le siège de St-Jean d'Acre, le général Arrhigi, plus tard duc de Padoue, reçut un coup de fusil dans le cou et tomba par terre baignant dans le sang qui s'échappait à flots par la plaie. Un artilleur, qui se trouvait à côté, eut assez de présence d'esprit pour fourrer ses doigts dans la plaie en attendant l'arrivée de Larrey. Larrey trouva la carotide externe coupée à sa naissance, fit un pansement compressif avec des compresses graduées, arrêta à son grand étonnement l'hémorragie et sauva ainsi le blessé, cousin de Napoléon.

Une jeune fille reçut, au niveau de la partie inférieure de la moitié droite du cou, un coup de couteau qui pénétra obliquement sous le sterno-mastoïdien ; le sang s'échappait à flots par la plaie. Elle eut le courage de courir chez un pharmacien où un médecin appelé en toute hâte fit de la compression en introduisant le doigt dans la plaie. Michon, appelé auprès de la blessée, trouva la jeune fille exsangue, mais respirant encore, avec une tumeur sanguine énorme au cou. Pour se rendre compte de la source de l'hémorragie, il explora la plaie avec le doigt, mais quand il retira ce doigt, un flot de sang artériel vint le frapper à la figure. Sans perdre un instant, il comprima de nouveau avec l'index gauche introduit dans la plaie, débrida les lèvres de la plaie et tomba sur la carotide interne complètement divisée. Il lia d'abord le bout supérieur qui donnait beaucoup de sang, ensuite, avec peine, le bout inférieur. L'hémorragie était arrêtée.

Voici ce que nous raconte Lanfranc (13 Sæc.), dans son latin de moyen âge : « *Puer quidam trium annorum, habens in sua manu cultellum, cecidit supra ipsum et punctio cultelli in anteriori parte gulæ (cou) venam organicam (la veine jugulaire ou bien la carotide) perforavit ; nec aliquis eam constringere poterat. Vocatus cum festinantia, veni ad puerum jam penitus non viventem ; oculos enim habebat in capite revolutos, sanguis de vulnere fluebat albus ut serum, pulsum non habebat. Tunc digitum posui supra caput venæ tenens ibi firmiter, ne quidquam exiret ; quam tenens per magnam horam virtus quodam modo revixit et pulsus cepit, tamquam filum debilissimum, subtilissimum apparere. Tunc misi ad apothecarium pro illo pulvere, qui satis*

(1) On cite un cas de guérison dû à Maisonneuve.

(A. B.).

erat longe, nec digitum de loco removi donec nuntius rediit et puer cepit oculos aperire. Tunc autem illam præparari medicinam feci et abundanter supra vulnus adposui (c'était deux parties d'aloès pour une d'encens avec du blanc d'œuf et une certaine quantité de poils de lièvre coupés) *et vulnus cum plumaceolis et stupis in albumine ovi infusus et cum binda stricte ligavi* ». Le malade a guéri.

Les faits que nous venons de rapporter sont très instructifs. Larrey trouve la carotide externe coupée, fait un pansement compressif et voit à son grand étonnement l'hémorrhagie s'arrêter. Si l'hémorrhagie ne s'était pas arrêtée, il aurait certainement fait la ligature de l'artère; mais dans les circonstances où il se trouvait, il fallait avant tout mettre le malade à l'abri des balles qui pleuvaient autour de lui. Michon, en liant séance tenante les deux bouts de l'artère, nous montre comment doit procéder un chirurgien quand il se trouve en face d'une plaie de la carotide. Le fait de Lanfranc est l'exemple de ce qu'il faut faire dans les plaies des grosses veines (abstraction faite, bien entendu, de son pansement).

*Dans les plaies des grosses artères du cou, la conduite rationnelle consiste à lier dans la plaie les deux bouts de l'artère; dans les plaies des grosses veines, la compression suffit souvent, et si elle ne suffit pas, la ligature du vaisseau est indiquée*¹.

Cette proposition peut se passer de toute explication, de tout commentaire. Si l'on envisage les conditions anatomiques de cette région, il est facile de se rendre compte de sa raison d'être et de l'impossibilité de conclure autrement. Et pourtant, la nécessité de faire la ligature des vaisseaux dans la plaie n'a été acceptée comme règle générale que de notre temps, et c'est à Guthrie que revient l'honneur d'avoir formulé d'une façon nette et précise les raisons de cette conduite. Les raisons pour lesquelles cette règle n'a pas été adoptée par les anciens chirurgiens sont multiples.

Tout d'abord, on craignait de nuire au malade. Le célèbre A. v. Haller est resté pendant 17 ans professeur de chirurgie sans toucher une seule fois au bistouri. « *Etsi in cadaveribus, disait-il, difficillimas administrationes chirurgicas frequenter ostendi, non tamen unquam vivum hominem incidere sustinui, nimis ne nocerem veritus* ». Je n'ai pas besoin d'insister sur la brutalité peu déguisée de ce principe. Pour ne pas faire du mal à un individu par une intervention, on préférerait laisser périr cent personnes par l'abstention! Pour ne pas nuire au blessé, il valait mieux le laisser mourir! Sur le cadavre, on pouvait exécuter les opérations les plus difficiles, mais l'« *ars divina* » devait

(1) Quand on constate une plaie d'une grosse veine, de la jugulaire interne par exemple, la conduite la plus prudente consiste à faire immédiatement la ligature des deux bouts, sans tenter la compression.

(A. B.)

suffire aux vivants! Heureusement qu'il n'y a pas eu beaucoup de chirurgiens, qui aient pensé comme le célèbre physiologiste!

Il y avait encore une autre crainte. On ne faisait pas la ligature des veines par crainte de la phlébite et de la pyohémie. Une hypothèse fautive s'est mise ici une fois encore à travers la pratique. W. Gross a montré que cette crainte n'était pas justifiée. Sur 85 cas de plaies de la jugulaire interne, la ligature a été faite 41 fois et 9 blessés succombèrent; dans 44 autres cas où on ne fit pas de ligature, il y eut 28 morts.

En outre, certains faits montraient que les malades pouvaient guérir sans ligature. On observe certainement des faits extraordinaires, mais on a tort de les considérer comme prouvant que la nature peut tout faire. Exemple, le cas suivant rapporté par Richet.

Une fille de 18 ans reçoit de son amant un coup de poignard qui pénètre au-dessus de la clavicule et provoque une hémorrhagie si abondante que la blessée perd connaissance. Lorsque la malade fut revenue à elle, elle fut prise de dyspnée et d'hémoptygies. A l'examen de la plaie, obstruée par un caillot, on ne trouva plus le pouls de la sous-clavière que jusqu'à la lèvre supérieure de la plaie: l'axillaire, l'humérale et la radiale ne battaient plus; le membre supérieur droit était froid, tuméfié, et il existait en même temps une anesthésie complète des trois premiers doigts. Le cœur était déplacé à gauche et la percussion du thorax donnait à droite de la matité. Le diagnostic n'était pas douteux: section de la sous-clavière et des racines du nerf médian avec ouverture de la plèvre et hémothorax. On fit de la compression et on appliqua de la glace sur la plaie. La malade guérit au bout de 6 semaines, en conservant la paralysie des trois doigts.

Les faits de ce genre doivent être considérés comme de simples curiosités cliniques. On observe parfois la réduction spontanée d'une hernie étranglée; mais est-ce qu'on a jamais songé pour cela à renoncer au taxis et à la kélotomie? Dans certains cas de blessure de la carotide, il a suffi de lier le bout central du vaisseau (Travers, Brown, Horner, Boileau, Fleming) pour arrêter l'hémorrhagie; s'en est-on jamais prévalu pour ne pas agir suivant les lois de l'anatomie, mises déjà en évidence par Swieten?

Depuis que l'antisepsie nous permet de faire des incisions étendues et profondes sans exposer le malade aux dangers de la suppuration diffuse, nous devons nous efforcer, dans toutes les plaies des vaisseaux, de nous garantir contre les hémorrhagies secondaires et les infections de la plaie. On débridera par conséquent la plaie, on liera les vaisseaux coupés, on enlèvera les corps étrangers, on désinfectera la plaie qu'on régularisera, et c'est dans ces conditions qu'on pourra quitter le malade avec la conscience de n'avoir rien abandonné au hasard et d'avoir écarté dans la mesure du possible les dangers qui menaçaient la vie.