

relâchement, cette tumeur devient complètement immobile ; que si on est en présence d'une tumeur, ganglionnaire le plus souvent, adhérente au muscle, cette tumeur perd de la mobilité qu'on avait constatée pendant que le muscle était inactif.

CRÉUX SUS-CLAVICULAIRE

Le *creux sus-claviculaire*, disséqué, se présente sous la forme d'un triangle dont la base répond à la partie moyenne de la clavicule, le bord antérieur oblique en haut et en arrière au bord postérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, le bord postérieur, au bord antérieur du trapèze ; le sommet résulte de la réunion de ces deux bords. Comme le fait remarquer Richet, le triangle sus-claviculaire est beaucoup moins large quand on a conservé l'aponévrose cervicale superficielle qui réunit les bords du trapèze et du sterno-mastoïdien, c'est ainsi qu'il se présente sur le vivant, c'est de cette façon que nous devons l'envisager. Dans ces conditions, le triangle sus-claviculaire se présente plutôt, sous la forme d'un ovale, dont la grosse extrémité se trouve en bas, tandis que le sommet dirigé en arrière et en haut se termine au niveau de la troisième vertèbre cervicale, c'est-à-dire sur une ligne correspondant à la direction de l'os hyoïde

A la région sus-claviculaire, correspond une dépression, le *creux sus-claviculaire*, qui ne disparaît jamais entièrement chez les sujets gras mais, qui se prononce, chez ceux qui sont maigres. La clavicule fait alors une saillie exagérée sur laquelle on voit nettement s'insérer les deux saillies, du trapèze en dehors, du sterno-mastoïdien en dedans. Ce creux, de même que la fossette sus-sternale, se déprime à chaque inspiration et s'accuse surtout dans les cas de dyspnée.

C'est tout ce que révèle la vue, il faut y ajouter cependant, chez quelques individus dont le système veineux est bien développé, chez les vieillards en particulier, la saillie de l'extrémité inférieure de la veine jugulaire externe, voisine du bord postérieur du sterno-mastoïdien. La peau de cette région est très mobile sur les parties profondes.

Pour *palper le creux sus-claviculaire*, dans la profondeur,

il faut relâcher les parties superficielles (aponévrose cervicale superficielle et les muscles qui bordent le triangle), on y arrive facilement en inclinant la tête du malade sur l'épaule du côté examiné et en élevant légèrement le membre supérieur correspondant. On sent ainsi, assez facilement, en déprimant les parties molles, le squelette de la région, formé en haut et en arrière par les apophyses transverses des quatre dernières vertèbres cervicales, en bas par la clavicule et la première côte ; il est quelquefois possible de sentir, chez les sujets maigres, en réclinant un peu en dedans le bord postérieur du sterno-mastoïdien relâché, un cordon résistant qui n'est autre que le muscle scalène antérieur. En suivant ce cordon ou plus simplement le bord postérieur du sterno-mastoïdien, on arrive ainsi sur la première côte où il est facile de sentir les battements de l'artère sous-clavière après sa sortie des scalènes.

C'est là qu'on peut la comprimer à l'aide de la pulpe des doigts, les meilleurs des instruments.

Les différents plans que l'on rencontre en allant des parties superficielles vers les parties profondes sont : la peau, le peaucier, compris entre deux couches celluluses, et sous lequel rampent les branches sus-acromiales et sus-claviculaires du plexus cervical superficiel ; l'aponévrose cervicale superficielle, au-dessous d'elle une couche celluleuse peu serrée ; puis vient l'aponévrose moyenne du cou, tendue par le muscle omo-hyoïdien, au-dessous d'elle enfin et dans l'espace compris entre l'omo-hyoïdien et la clavicule, une nouvelle couche celluleuse qui renferme des vaisseaux importants : la scapulaire supérieure, la scapulaire postérieure, la terminaison de la veine jugulaire externe ; puis, comprise dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne, la veine sous-clavière qui dépasse la clavicule ; on trouve enfin, sur un plan plus profond, le muscle scalène antérieur et le nerf phrénique appliqué sur sa face antérieure ; la compression de ce dernier nerf, au-dessus de la clavicule, est souvent douloureuse dans les affections qui intéressent le diaphragme.

Entre les muscles scalènes et en dehors d'eux, se trouvent les organes les plus importants de la région : l'artère sous-clavière et au-dessus d'elle les cordons du plexus brachial.

Ces notions succinctes nous ont paru nécessaires pour bien montrer la gravité des plaies de la région sus-claviculaire.

Là encore, dans le creux sus-claviculaire, se trouvent le cul-de-sac supérieur de la plèvre et le sommet du poumon qui dépassent de deux ou trois centimètres la partie antérieure de la première côte et pénètrent d'autant dans le cou. Aussi, dans les plaies du creux sus-claviculaire, n'est-il pas rare de trouver un hémithorax qu'il faut, en tout cas, rechercher soigneusement. C'est en suivant les cordons nerveux du plexus brachial que les liquides profondément collectés arrivent dans l'aisselle.

Les *ganglions sus-claviculaires* sont appliqués profondément sur le plexus brachial et les scalènes, dans l'angle formé par les veines jugulaire interne et sous-clavière ; ils reçoivent : les lymphatiques de la peau du cou, de la partie inférieure du larynx, du corps thyroïde, une partie des vaisseaux absorbants de la trachée, de l'œsophage et de la glande mammaire. Jamais, dans les tumeurs de ce dernier organe, l'examen du creux sus-claviculaire ne doit être négligé ; enfin, en présence de certaines tumeurs ganglionnaires du creux sus-claviculaire dont on ne s'explique pas la cause, on devra songer aux cancers viscéraux et, par conséquent, en rechercher les signes.

Toutefois, cette adénopathie peut avoir une autre signification ; M. Girode vient de rapporter à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 22 janvier 1895) un cas où elle était due à la tuberculose pulmonaire ; il rappelait en même temps trois faits analogues de M. Fernet. M. Mathieu donnait à la même société et le même jour, une observation où il s'agit d'adénopathie sus-claviculaire sous la dépendance de la syphilis.

Nous ne saurions décrire ici, sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé, les *aponévroses du cou*. Il suffit au clinicien de savoir (et ces notions sont surtout applicables aux abcès du cou) qu'il y a, d'avant en arrière, trois feuillets aponévrotiques : superficiel, moyen, profond ou prévertébral, qui limitent entre eux et avec la peau, quatre espaces, ainsi que l'indique très clairement le professeur Tillaux.

Le premier, le plus antérieur, est compris entre la peau et l'aponévrose cervicale superficielle. C'est là que se dé-

veloppe le phlegmon superficiel du cou, dit encore sous-cutané.

Le deuxième est circonscrit par le feuillet superficiel en avant et le feuillet moyen en arrière ; il est le siège de la plupart des phlegmons du cou circonscrits et d'une variété de phlegmons diffus, à laquelle Dupuytren a donné le nom de phlegmon large.

Le troisième espace est celui qui est limité en avant et sur les côtés par le feuillet moyen, en arrière par l'aponévrose prévertébrale. Il contient les gros vaisseaux, le conduit laryngo-trachéal, le pharynx, la portion cervicale de l'œsophage, de nombreux ganglions lymphatiques.

On y rencontre des phlegmons diffus assez mal connus.

L'espace prévertébral, compris entre la colonne osseuse et l'aponévrose prévertébrale est le siège d'abcès ossifluents qu'il ne faut pas confondre, avec les abcès aigus rétro-pharyngiens, qui siègent en avant de cette aponévrose entre elle et le pharynx.

IV. — DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

Les *contusions du cou* se diagnostiquent aisément, mais, pour peu qu'elles soient intenses, elles se compliquent fréquemment de lésions d'organes importants, que le clinicien doit savoir rechercher et reconnaître.

Les contusions de la région sus-hyoïdienne, protégée par la saillie du maxillaire inférieur, sont rares, et même quand l'épanchement sanguin qui les accompagne est sous-aponévrotique, limité quelquefois à la région de la glande sous-maxillaire (Jeannel) ne prêtent point à confusion, à cause des commémoratifs.

Celles de la région sous-hyoïdienne offrent un grand intérêt à cause de la présence de la glande thyroïde, de l'os hyoïde, du conduit laryngo-trachéal. On voit quelquefois, à la suite d'un traumatisme grave (passage d'une roue de voiture, tentatives d'étranglement) survenir un gonflement rapide de la région sous-hyoïdienne, étendu, dans quelques cas, du menton au sternum, recouvert par une peau livide, présentant une fluctuation obscure, s'accompagnant enfin de dyspnée,

de symptômes de congestion cérébrale. Il est rationnel de penser à une *contusion du corps thyroïde*, mais il n'est guère facile de dire si l'épanchement s'est fait dans son intérieur ou à la périphérie de la glande; d'ailleurs, ces deux variétés d'épanchement coexistent souvent; enfin il s'agit presque toujours de lésions complexes, les fractures des cartilages du larynx sont fréquentes dans la contusion du corps thyroïde.

Si, à la suite d'un traumatisme violent de la région sous-hyoïdienne, on observe de la dyspnée, le plus souvent très intense, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie, des troubles de la phonation, de la déglutition même, troubles accompagnés de crachements de sang, on doit craindre une *fracture du conduit laryngo-trachéal*; on peut l'affirmer s'il existe, en même temps, de l'emphysème, qui prend vite de grandes proportions.

Quelle est la partie du conduit laryngo-trachéal qui se trouve lésée? Le point d'application de la violence et surtout une douleur bien localisée, doivent donner déjà de sérieuses présomptions sur le siège de la fracture.

Mais il faut bien savoir qu'en clinique, le diagnostic des fractures du cartilage cricoïde (verticales ou obliques, quelquefois doubles) est à peu près impossible et qu'on ne les reconnaît qu'à l'autopsie, que le gonflement qui accompagne celles de la trachée empêche de les reconnaître, même quand il s'agit des fractures les plus fréquentes, c'est-à-dire de celles qui s'accompagnent de l'écartement des deux bouts du conduit. Ce n'est donc que par exclusion, quand on n'a rien trouvé du côté du cartilage thyroïde, qu'on peut penser à la fracture du cartilage cricoïde ou à celle de la trachée et se prononcer, plutôt pour l'une que pour l'autre, selon la localisation de la douleur.

Le cartilage thyroïde est de beaucoup le plus souvent atteint; aux symptômes fonctionnels que nous avons indiqués plus haut et qui lui appartiennent, comme à toutes les fractures du conduit laryngo-trachéal, s'ajoutent des signes physiques pathognomoniques de la lésion: mobilité anormale, crépitation. On peut, dans quelques cas où le gonflement est peu prononcé, constater avec le doigt l'existence d'un trait de fracture, le plus souvent vertical ou légèrement oblique,

siégeant un peu en dehors de la pomme d'Adam (fracture type), et en saisissant le cartilage entre deux doigts, constater la présence de plusieurs fragments, ce qui est rare.

Tout ce que nous venons de dire des fractures du conduit laryngo-trachéal, s'applique à celles de l'os hyoïde. Mêmes symptômes fonctionnels (le crachement de sang qui existe dans un quart des cas, s'explique par la déchirure de la muqueuse du pharynx) mais avec cette variante importante, que la dyspnée est moins prononcée. Toutefois il ne faut guère compter sur ce signe, et c'est par l'examen local que le diagnostic pourra être affirmé; cet examen montrera que le trait siège à l'union du corps et de la grande corne (c'est la règle); et, si les fragments, au lieu de s'écarter, sont restés en place, si la crépitation fréquente, vient cependant à manquer, il faudra mettre l'index dans la bouche, l'y enfoncer en suivant la base de la langue jusqu'à l'os soupçonné fracturé (on peut l'atteindre puisqu'il siège au niveau de la troisième vertèbre cervicale), on le maintiendra de cette façon et si, d'un autre côté, on exerce une pression à l'extérieur, on pourra obtenir une crépitation qui avait fait défaut lors du premier examen.

Le clinicien ne doit point oublier que les fractures du conduit laryngo-trachéal peuvent être multiples, intéresser simultanément les cartilages cricoïde et thyroïde.

Ce n'est que par un examen laryngoscopique qu'on pourrait faire le diagnostic de fracture des cartilages aryténoïdes, lésion d'ailleurs extrêmement rare; il faut se rappeler, enfin, qu'ils sont souvent luxés, disloqués, dans les grands traumatismes du larynx, ce qui explique que la respiration soit gênée à l'extrême, que la phonation soit impossible.

Les *contusions de la région sterno-mastoïdienne* présentent cette particularité que le faisceau vasculo-nerveux du cou, échappe au traumatisme, grâce à sa mobilité. C'est le muscle qui est le plus souvent atteint; il s'agit très fréquemment de ruptures partielles, qui se traduisent par un hématome de la gaine du sterno-mastoïdien et par un torticolis symptomatique dont il faut savoir reconnaître la cause. Tantôt le muscle est paralysé ou volontairement relâché et le torticolis siège du côté opposé à la lésion, tantôt le muscle est contracturé et le torticolis siège du côté traumatisé.

N'est-ce point encore la contusion qu'il faut invoquer, dans certains torticolis congénitaux, certainement produits par les tractions exercées sur le sterno-mastoïdien, pendant le dégagement de la tête, dans l'accouchement par le siège ?

Dans les *contusions du creux sus-claviculaire* nous ne nous occuperons pas des cas qui se compliquent de fractures de la clavicule, — il ne s'agit plus là de contusions du cou, mais de fractures de la clavicule.

Ici on n'a point à se préoccuper, dans la recherche des lésions qui les compliquent, des gros vaisseaux, car on ne connaît pas de cas de contusion simple de ces vaisseaux ; — toute l'attention doit se porter sur les nerfs de la région.

On interrogera les branches sus-acromiale, sus-claviculaire sur le territoire desquelles il n'est pas rare de trouver de l'anesthésie, on examinera soigneusement la sphère de distribution des différentes branches du plexus brachial, une seule d'entre elles ou toutes ensemble, pouvant être intéressées et présenter les symptômes de la contusion nerveuse sur lesquels nous n'avons pas à insister.

C'est ici surtout qu'on observe les paralysies radiculaires, en particulier, le type supérieur, type de Erb ; rappelons que cette paralysie porte sur le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le coraco-brachial, souvent le sus-épineux et le long supinateur. « Ces muscles éloignés par leur situation anatomique sont reliés ainsi que l'a démontré Erb par la communauté radiculaire de leurs fibres motrices qui passent toutes par les 5^e et 6^e paires cervicales. » (*Traité chir.*, t. V.)

Cette paralysie motrice s'accompagne d'une diminution passagère de la sensibilité dans la zone du musculo-cutané et du radial.

« A côté du type Erb, dans lequel les lésions portent sur les 5^e et 6^e paires cervicales, M^{lle} Klumpke a établi l'existence de paralysies radiculaires inférieures intéressant la 7^e et la 8^e paires cervicales ainsi que la première paire dorsale. Ce qui caractérise spécialement cette dernière forme de paralysie, c'est la participation des filets sympathiques destinés au membre supérieur. Il en résulte l'existence d'un myosis et d'une rétraction du globe oculaire, notés dans plusieurs observations. Quant aux troubles sensitifs, la paralysie des

racines inférieures du plexus brachial se traduit par une paralysie du nerf cubital, du brachial cutané interne et de son accessoire. Les troubles de la sensibilité, dans les paralysies radiculaires du plexus brachial ont été spécialement étudiés dans la thèse de M. Secrétan. Il résulte des recherches de cet auteur que les 5^e et 6^e paires cervicales fournissent des fibres sensitives cutanées externes ; les racines inférieures donnent la sensibilité à la partie interne du bras. L'innervation du membre supérieur, en ce qui concerne la sensibilité, se ferait donc de haut en bas et de dehors en dedans. » (*Traité chir.*, t. VIII, art. Kirmisson.)

Il est donc possible, d'après ces données, de reconnaître les lésions portant soit sur les branches supérieures, soit sur les branches inférieures du plexus brachial.

Il ne faut point oublier qu'outre la contusion directe du creux sus-claviculaire, on peut observer ici, une contusion indirecte des organes qu'il contient (plexus brachial surtout) ; elle est due à la compression exercée, sur le creux sus-claviculaire, par la clavicule portée en arrière, comme dans une chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule, par exemple.

La simple inspection de la région permet de reconnaître une *plaie du cou* et le plus souvent de dire si elle a été produite par un instrument piquant, tranchant, contondant, ou par une arme à feu.

Tout chapitre de diagnostic des plaies du cou serait donc superflu si des vaisseaux, des nerfs, des organes importants n'étaient le plus souvent intéressés. Ce sont leurs lésions qu'il faut reconnaître afin de pouvoir établir le pronostic et instituer une thérapeutique rationnelle.

Les plaies du cou sus-aponévrotiques ou superficielles, sont encore dites simples parce qu'elles n'intéressent que des vaisseaux et des nerfs de peu d'importance, les autres, *profondes*, ont reçu le nom de *compliquées* parce qu'elles atteignent des organes dont la blessure peut compromettre la vie, altérer une fonction. Dans cette dernière catégorie de plaies profondes, rentrent les *plaies pénétrantes*, nom réservé par quelques auteurs à celles qui ouvrent le conduit laryngo-trachéal, le pharynx ou l'œsophage.

Le diagnostic des plaies superficielles ne nous arrêtera pas, disons seulement que, quand elles sont produites par un instrument tranchant, elles présentent, comme signe particulier, un écartement parfois très prononcé de leurs bords si la section a eu lieu dans une direction perpendiculaire ou oblique aux fibres du peaucier, et que, la mobilité de la région céphalique, explique qu'on observe quelquefois, sous les lèvres de la plaie, la présence d'une petite quantité d'air, d'où un *emphysème localisé*, bien différent de l'infiltration gazeuse étendue qu'on rencontre dans les plaies du conduit laryngo-trachéal. Il faudra rechercher avec soin l'état de la sensibilité, sur le trajet connu, des branches du plexus cervical superficiel.

Occupons-nous maintenant des *plaies profondes*, produites par des instruments autres que des armes à feu, nous reviendrons plus tard sur ces dernières.

L'interrogatoire d'un malade atteint d'une plaie du cou, par un instrument piquant ou tranchant, plus rarement par un corps contondant, apprend, en général, qu'elle résulte d'une tentative de meurtre ou de suicide; l'obliquité de la plaie de haut en bas et de gauche à droite, permet de penser plus particulièrement au suicide.

Ce qui caractérise surtout, les plaies profondes du cou, c'est l'hémorragie qu'explique suffisamment la vascularité extrême de la région. Les plaies larges qui intéressent les gros vaisseaux, peuvent provoquer immédiatement ou très rapidement la mort, on n'a guère l'occasion de les observer, mais, si un gros tronc n'est blessé que dans une petite étendue, si le trajet qui y conduit est long, anfractueux, l'hémorragie peut s'arrêter, ou si elle ne se tarit pas, ne pas mettre immédiatement, en danger, les jours du malade. Il en est de même s'il s'agit d'une artère de moindre importance (branche collatérale de la sous-clavière ou de la carotide externe), le chirurgien peut alors arriver à temps et, la première question qu'il doit se poser, est celle-ci :

L'hémorragie est-elle artérielle ou veineuse ?

La largeur de la plaie, qu'on débarrasse des caillots avec soin, permet quelquefois de résoudre le problème, mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi.

La couleur noirâtre du sang, son écoulement d'autant plus abondant que la respiration est moins active, la diminution de cet écoulement, dès que l'aspiration thoracique se rétablit, permettent d'affirmer une hémorragie veineuse; enfin la compression arrête, dans un bon nombre de cas, les hémorragies veineuses et cet arrêt est encore un bon signe de la source de l'hémorragie.

Malgré tout, il faut savoir que le diagnostic, entre une hémorragie artérielle et une hémorragie veineuse, présente quelquefois de très grandes difficultés, qu'il peut même être impossible et c'est ce qui arrive si la plaie est étroite, si elle présente un long trajet.

Ajoutons enfin que, si les plaies de la veine jugulaire interne sont bien connues, celles des veines sous-clavières, des troncs brachio-céphaliques veineux ne le sont que fort peu, à cause de leur rareté, et qu'on n'a guère à y penser dans une plaie de la base du cou.

La couleur rouge du sang, parfois le jet qui s'échappe de la plaie, quand on enlève le pansement primitif ou un caillot, permettent d'affirmer qu'on est en présence d'une hémorragie artérielle.

La détermination de l'artère blessée repose sur le siège, la direction de la plaie, l'absence du pouls dans le territoire de l'artère lésée.

A. La plaie siège à la base du cou.

On ne connaît qu'un cas de plaie du tronc brachio-céphalique artériel (coup de poignard), la mort survint rapidement. Il n'y a donc guère à songer à ce vaisseau dans les plaies de la base du cou.

La carotide primitive et la sous-clavière sont, au contraire, souvent intéressées; le siège de la plaie pourrait servir au diagnostic et permettre de dire laquelle des deux artères est intéressée, n'était le trajet oblique que l'instrument vulnérant peut avoir suivi.

C'est au *pouls* qu'il faut alors s'adresser. Si le pouls radial est supprimé, il est bien probable que la sous-clavière est intéressée; si au contraire le pouls temporal fait défaut, on doit penser que c'est la carotide primitive qui a été blessée.

Mais ces signes n'ont de valeur qu'autant qu'on observe le malade, immédiatement après l'accident, car, grâce au prompt rétablissement de la circulation collatérale, le pouls reparait bientôt soit dans la radiale, soit dans la temporale.

En ce qui concerne l'artère sous-clavière, il ne faut pas perdre de vue que les lésions plus ou moins étendues du plexus brachial sont fréquentes dans les plaies de ce vaisseau, aussi fournissent-elles un élément de plus au diagnostic du siège de la lésion. Les signes de la blessure des nerfs du plexus brachial doivent donc être recherchés avec soin dans toute hémorragie qui se fait par une plaie de la base du cou.

Là encore, se trouvent les nombreuses branches collatérales de l'artère sous-clavière et la blessure de l'une d'entre elles a pu déterminer une hémorragie mortelle (vertébrale en particulier). La conservation du pouls radial et du pouls temporal doit faire soupçonner la blessure de l'une de ces branches, mais dire laquelle est atteinte, s'il y en a une ou plusieurs d'intéressée est réellement impossible.

Les rapports du cul-de-sac supérieur de la plèvre, avec la région sus-claviculaire, nous expliquent que cette séreuse puisse être blessée en même temps que les vaisseaux, aussi doit-on examiner minutieusement la cavité thoracique dans toute plaie de la base du cou.

B. La plaie siège à la partie moyenne du cou.

Il n'y a guère que la carotide primitive qui puisse être atteinte, ou encore l'artère vertébrale, dans le canal des apophyses transverses.

La compression de la carotide primitive, à la base du cou, doit arrêter toute hémorragie qui provient de ce vaisseau et semble une manœuvre utile pour faire le diagnostic de l'artère lésée, il n'en est rien, car la compression faite en ce point, agit également sur la vertébrale.

La seule ressource qui reste au clinicien est l'examen du pouls temporal qui sera supprimé s'il s'agit de la carotide primitive et conservé si la vertébrale est en cause.

C. La plaie siège entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'angle de la mâchoire.

Ici la compression de la carotide primitive est possible, elle arrêtera toutes les hémorragies, sauf celles de la vertébrale.

Si le pouls temporal est conservé, il est probable que la carotide externe n'est pas blessée, s'il manque ou s'il est faible, c'est que cette artère est intéressée, mais restent : la carotide interne, la thyroïdienne supérieure, la linguale, la faciale, à leur origine.

Est-il possible de dire quel tronc a été atteint ? « Je pose en principe, dit Richet, qu'il n'est pas possible, hormis peut-être dans quelques cas tout à fait exceptionnels, d'établir le diagnostic d'une manière certaine et de savoir au juste, non seulement lequel des deux troncs carotidiens interne ou externe a été blessé, mais même si l'hémorragie n'est pas produite par une des branches collatérales de la carotide externe ou par plusieurs branches artérielles simultanément intéressées. » (*Anat. Top.*)

Nous nous sommes placés, jusqu'ici, dans le cas où l'hémorragie primitive dure encore ou dans celui d'une hémorragie secondaire ; mais il peut se faire que l'écoulement du sang soit arrêté, et c'est même, dans ces conditions, que l'on observe le plus communément le blessé.

Les commémoratifs ne permettent que rarement de savoir si l'hémorragie primitive a été veineuse ou artérielle ; ce qu'on observe alors, c'est une tuméfaction plus ou moins volumineuse du cou, due à l'infiltration sanguine et qui peut quelquefois, par son volume, comprimer les organes.

Il faut immédiatement palper cette tumeur et si elle est fluctuante avec battements, expansion, bruit de souffle isochrone aux pulsations cardiaques, il est permis d'affirmer qu'on est en présence d'un anévrisme faux primitif et par conséquent qu'on a affaire à une blessure artérielle. Il faut s'enquérir des modifications du pouls pour chercher à déterminer l'artère atteinte.

Mais il se peut aussi qu'on se trouve en face d'une tumeur qui n'a ni battements, ni expansion, ni souffle, que le pouls ne présente pas de modifications ; on peut affirmer, à cause

de la rapidité avec laquelle s'est formée la tuméfaction, qu'il s'agit d'un épanchement sanguin, mais c'est tout et il n'est pas possible de dire d'où vient l'hémorragie, si elle est veineuse ou artérielle.

Enfin, en ce qui concerne les plaies artérielles, nous devons indiquer, d'après Wahl, un signe qui permettrait de faire le diagnostic d'une blessure partielle ou d'une section complète d'une artère.

« S'il existe, sur le trajet d'une artère, une ouverture qui n'est pas complètement obturée par un caillot, on entend, sur toute la longueur du vaisseau, en aval et en amont du point blessé, un bruit métallique très accusé. Si la section est complète le bruit n'existe pas. » (*Tr. Chir.* Duplay et Reclus, t. V.)

Si l'hémorragie est le fait le plus important dans les plaies profondes du cou, celui qui attire d'abord l'attention du clinicien, il n'en est pas moins vrai que ce dernier doit compléter son diagnostic par la recherche des lésions des organes qui avoisinent les vaisseaux atteints.

C'est ainsi, nous l'avons déjà dit, que dans une plaie de la base du cou, on devra rechercher soigneusement l'état du mouvement et de la sensibilité du membre supérieur, celui de la plèvre.

S'il s'agit d'une plaie ayant intéressé la carotide primitive ou la jugulaire interne et qu'on observe : de la dyspnée, des accès de suffocation, de la raucité de la voix, il faut penser à une lésion du pneumogastrique ; dans les mêmes conditions on recherchera avec soin les troubles oculo-pupillaires qui témoignent des lésions du grand sympathique. Ce sont les troubles paralytiques qui sont les plus fréquents ; ils consistent, on le sait, dans un rétrécissement de la pupille, un léger ptosis, de la rougeur de la conjonctive, de la douleur de tête et indiquent une section du nerf. Plus rarement on observe de la dilatation de la pupille, de la pâleur de la moitié de la face correspondant au côté blessé, de la protusion du globe oculaire. On ne saurait affirmer, en présence de ces symptômes, qu'il s'agit plutôt d'une lésion du tronc du sympathique que de la blessure d'une de ses branches de communication avec les nerfs du plexus cervical ou du plexus

brachial (observation de Seligmüller). Rappelons enfin la blessure possible du nerf hypoglosse, d'où paralysie motrice d'une moitié de la langue dans les plaies de la région sus-hyoïdienne latérale ; de la branche inférieure du nerf facial dans celles qui siègent au niveau de l'angle de la mâchoire. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

Les plaies pénétrantes du cou, c'est-à-dire celles qui atteignent le conduit laryngo-trachéal ou l'œsophage, ou ces deux organes simultanément, comme c'est la règle, appartiennent à la région hyoïdienne et sont le plus souvent d'un diagnostic facile. Elles s'accompagnent toujours d'une hémorragie abondante, même quand il ne s'agit que de la division de vaisseaux secondaires ; si les gros vaisseaux sont intéressés, l'écoulement sanguin prime tout.

Le diagnostic des plaies larges du conduit laryngo-trachéal se fait, même avant qu'on les ait examinées, par la dyspnée intense, par le bruit de sifflement qui accompagne la respiration, par l'abolition de la voix quand la solution de continuité intéresse les cordes vocales ou siège au-dessous d'elles, par le rejet de mucosités sanguinolentes par la plaie. L'examen de celle-ci permet de reconnaître les parties intéressées ; c'est le plus souvent la trachée, puis viennent les blessures siégeant au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, celles de la membrane thyro-hyoïdienne, enfin celles du cartilage thyroïde.

Se trouve-t-on en face d'un individu ayant une plaie étroite, mais présentant de la dyspnée, une hémoptysie, surtout de l'emphysème qui peut atteindre des proportions considérables, qu'on peut affirmer la pénétration du conduit laryngo-trachéal.

Le plus souvent, l'œsophage est atteint simultanément avec la trachée, on ne connaît que deux cas de blessure isolée de ce conduit. Les douleurs dans la déglutition, la soif, le hoquet persistant, auquel Mondière attribuait une valeur réelle, ne sauraient être considérés comme des signes certains de la blessure de l'œsophage. Il n'y a, dans les plaies étroites, que l'issue par la blessure des substances dégluties et de la salive, qui permettent d'affirmer la blessure du canal alimentaire.

Nous avons jusqu'alors laissé de côté les plaies par armes

à feu; on les observe rarement en dehors de la chirurgie de guerre.

Tout ce que nous avons dit des plaies par instruments tranchants s'applique à elles. Les lésions produites par les armes à feu se reconnaissent facilement d'ailleurs. Toutefois, le siège de la plaie ne peut servir, la plupart du temps, à faire le diagnostic des organes atteints, à cause du trajet souvent fort irrégulier du projectile. Les hémorragies primitives sont rares, mais par contre, les hémorragies secondaires sont pour ainsi dire la règle. « Un point particulier 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 leur gaine cellulaire. » (Peyrot.) Ici, comme partout ailleurs, la palpation permet parfois de reconnaître la présence du projectile, immédiatement après l'accident; dans d'autres cas d'abord profondément situé, il chemine entre les organes, et ce n'est que longtemps après le traumatisme qu'il se montre superficiellement et peut alors être extrait.

On a quelquefois observé, au cou, une plaie simultanée d'une grosse artère et de la veine satellite, soit par balle, soit par instrument tranchant. Il s'agit rarement des vaisseaux sous-claviers (6 cas), plus fréquemment des vaisseaux carotidiens, d'où un anévrisme artério-veineux. Nous observons en ce moment à l'Hôtel-Dieu, un anévrisme artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne consécutif à une blessure par instrument tranchant. Au dire du malade, les signes de la phlébarterie ne se sont montrés qu'un mois après le traumatisme; ils peuvent apparaître immédiatement après l'accident, mais c'est le plus souvent au bout de quelques jours qu'ils se manifestent.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU COU

Les phlegmons et abcès sous-cutanés du cou ne présentent rien de particulier; il en est tout autrement des inflammations aiguës sous-aponévrotiques qui, la plupart du temps, sinon toujours, sont des adéno-phlegmons; elles sont *circonscrites* ou *diffuses*.

Parmi les phlegmons circonscrits sous-aponévrotiques, il

existe un certain nombre de types bien définis dont le diagnostic est facile.

Voici un malade qui se présente avec un gonflement de la région sus-hyoïdienne latérale, ne dépassant guère, en bas, le niveau de l'os hyoïde, remontant un peu sur le maxillaire inférieur par en haut, atteignant en arrière le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et restant en avant un peu en dehors du menton. Ce gonflement est dur, sans changement de coloration de la peau s'il ne date que de quelques jours, présente une peau rouge adhérente, quelquefois une fluctuation profonde s'il est plus ancien (huitième jour environ); l'interrogatoire du malade apprend qu'il a débuté par de petits corps durs, sensibles, roulant sous le doigt, qui ont perdu leur mobilité et sont devenus indistincts en même temps que le gonflement augmentait. Il n'y a pas de doute à conserver, on est en présence d'un *adéno-phlegmon sous-maxillaire*. Toutefois le gonflement, comme nous venons de le dire, empiète un peu sur la face, et on est en droit de se demander, si l'on n'aurait pas plutôt affaire à une *ostéo-périostite du maxillaire inférieur*.

Pour arriver au diagnostic il faut, en premier lieu, porter le doigt dans le vestibule de la bouche, dans le sillon gingivo-buccal inférieur; ce sillon est effacé dans l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur, il est conservé dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Si, portant le doigt, en arrière de l'arcade dentaire inférieure, on explore le plancher buccal, on le trouve normal dans l'ostéo-périostite, fréquemment soulevé dans l'adéno-phlegmon. Si on tire une ligne de l'angle de la mâchoire à la symphyse du menton, le maximum du gonflement est au-dessus de cette ligne dans l'ostéo-périostite se prolongeant vers le masseter, il est au-dessous de cette ligne, cervical, dans l'adéno-phlegmon. Enfin, dans l'ostéo-périostite, le trismus est fréquent, il est rare dans l'inflammation cellulo-ganglionnaire.

Le diagnostic entre les deux affections est donc facile, mais il n'est pas rare d'observer leur coïncidence, l'adéno-phlegmon est secondaire à l'ostéo-périostite.

Il faut rapprocher de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire type, dont nous venons d'étudier le diagnostic, l'*adéno-phleg-*

mon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac. Les symptômes sont à peu près les mêmes, mais le gonflement occupe la partie la plus reculée de la région sus-hyoïdienne latérale; il paraît fixé sous l'angle de la mâchoire; enfin la mastication, la déglutition, la phonation sont plus sérieusement entravées et le trismus est précoce et constant. On devra songer ici à l'éruption difficile de la *dent de sagesse*.

On peut observer un adéno-phlegmon de la région sus-hyoïdienne médiane, le diagnostic en est facile, une lésion de la lèvre inférieure, des téguments sus-hyoïdiens, en expliquent l'origine.

Dans la *région sous-hyoïdienne*, on trouve parfois, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, du gonflement, de la rougeur, de la fluctuation vers le bord supérieur du cartilage thyroïde, il y a de plus des troubles laryngés: aphonie, dyspnée, accès de suffocation qui priment les symptômes inflammatoires.

Dans ces circonstances, on doit porter le doigt dans le pharynx, en suivant la face dorsale de la portion verticale de la langue et si on sent, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte, une tuméfaction œdémateuse, parfois une fluctuation nette, le diagnostic s'impose: il s'agit d'un *abcès de l'espace thyro-hyoïdien*, d'un *phlegmon de la loge thyro-épiglottique* et l'interrogatoire permettra de reconnaître quelquefois, comme cause de maladie, une affection du larynx, de la langue, ou du corps thyroïde.

Voici maintenant un malade qui, il y a vingt-quatre ou trente-six heures, a été pris brusquement de fièvre, quelquefois de frissons, et a éprouvé, en même temps, une douleur siégeant soit sur un des côtés de la trachée soit sur les deux à la fois (ce qui est plus rare), douleur exaspérée par le moindre mouvement et surtout par la déglutition; il faut immédiatement penser à une *thyroïdite*. Cette hypothèse sera vite confirmée si, en examinant le malade, on rencontre une tuméfaction bilatérale mais plus fréquemment unilatérale du corps thyroïde, dont elle reproduit la forme, tuméfaction soulevée par les battements de la carotide, suivant le larynx, recouverte par une peau tendue mais saine et de couleur normale, sillonnée de veines dilatées, et à tra-

vers laquelle on sent une tumeur dure et élastique; enfin à ces symptômes se joignent de la dyspnée, parfois une toux sèche et fréquente amenant une expectoration sanguinolente, de la raucité de la voix. Il est à remarquer que, si la tumeur ne suit pas le larynx dans les mouvements de la déglutition, le diagnostic ne saurait, pour cela, être hésitant, car il y a souvent de la péri-thyroïdite, immobilisant la tumeur, qui recouvre sa mobilité, si la guérison a lieu. Pour affirmer la suppuration, le clinicien s'appuiera sur le redoublement des douleurs et de la fièvre, l'empatement de la peau, sur l'augmentation de la dyspnée car il ne doit pas s'attendre à trouver la fluctuation, ce qui tient à ce que, quand le foyer purulent est formé, il n'est guère facile de fixer la poche sur les parties profondes, mobiles.

On ne confondra pas la thyroïdite aiguë avec une autre affection, on connaît cependant un cas de sarcome du corps thyroïde où Bilroth incisa la tumeur, croyant avoir affaire à un abcès.

Les *adéno-phlegmons de la région sterno-mastoïdienne* sont d'un diagnostic facile. Dès qu'une inflammation s'y développe, le sterno-mastoïdien se contracture et donne lieu à un torticolis symptomatique. On distingue, dans la région qui nous occupe deux variétés de phlegmon sous-aponévrotique qu'on peut, nous semble-t-il, assez facilement différencier. Dans l'une il s'agit d'un adéno-phlegmon de la gaine qui reconnaît pour origine (Tillaux), l'inflammation d'un ganglion lymphatique occupant la partie supérieure de cette gaine et recevant les vaisseaux blancs de la région rétro-auriculaire; dans l'autre, d'un adéno-phlegmon siégeant en dehors de la gaine, sous le muscle.

Si on se trouve en face d'un malade présentant un gonflement fusiforme de la région sterno-mastoïdienne, gonflement accompagné des symptômes d'une inflammation aiguë, faisant corps avec le muscle qu'il est impossible d'en distinguer, il est bien probable qu'on a affaire à un phlegmon de la gaine. Celle-ci empêche le pus qui s'est collecté sous elle de sortir de la loge, aussi est-ce à la partie inférieure du sterno-mastoïdien là où l'aponévrose s'amincit, qu'il vient faire saillie sous la peau.