

## MALADIES DU COU

PAR

J. ARROU

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le plan de cette étude sur les affections du cou diffère en quelques points de celui qui est ordinairement suivi. Ainsi, tout ce qui se rapporte aux *anévrismes* en a été distrait, et, dans le tome IV de l'ouvrage, on trouvera l'étude magistrale qui en a été faite par mon ami Pierre Delbet. Cette partie lui appartenait de droit.

Dans le reste du travail, j'ai cru devoir donner une certaine étendue au chapitre des *adénites chroniques*, la plus fréquente des affections de la région. Parmi celles-ci, l'adénite *tuberculeuse* occupe la plus grande place, non pas que l'étiologie en soit encore bien élucidée, mais en raison de ses différents aspects cliniques et des interventions variées, de jour en jour plus hardies, qu'on sait aujourd'hui lui opposer. Au chapitre du *torticolis*, la variété « *spasmodique* » est entrée dans le domaine chirurgical. Les tentatives opératoires sont déjà nombreuses, certaines heureuses et d'autres peut-être destinées à un avenir encore insoupçonné... je n'ai pu que les indiquer, leurs preuves ne sont pas encore faites, il faut attendre pour les juger en toute connaissance de cause.

A la suite de *lésions traumatiques*, on trouvera un chapitre sur les *suppurations aiguës*. Puis un autre, sur les *adénites chroniques*, et j'ai indiqué plus haut le soin particulier que j'avais dû apporter à la rédaction des *adénites tuberculeuses*. Puis viennent les affections des muscles, *ruptures inflammatoires*, et enfin le *torticolis*, dont j'ai rapproché les *cicatrices difformes et vicieuses*.

Le chapitre des *tumeurs liquides et solides* complète la part qui m'a été confiée (1).

(1) Parmi les différents ouvrages consultés, je n'en ai trouvé aucun qui valait l'article publié sur les affections du cou par M. Walther, dans le *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus. On pourra reconnaître nombre de ses idées au cours de mon propre travail, car j'y ai fait les plus larges emprunts.

### I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

Le cou est une région de passage, unissant la tête au tronc, et renfermant, sous un volume relativement minime, une série d'organes très importants. Cette partie du corps, généralement découverte, devrait être, semble-t-il, très exposée aux traumatismes; mais la saillie du maxillaire inférieur et celle du thorax la protègent très efficacement. D'autre part, au cou comme à l'abdomen, le squelette n'est constitué que par un segment de colonne vertébrale (mis à part l'os hyoïde), tout le reste est formé de parties molles accessibles aux traumatismes; mais en revanche les organes y jouissent d'une grande mobilité qui leur permet de rouler et de se dérober pour ainsi dire aux agents vulnérants.

Les lésions traumatiques du cou peuvent se diviser en deux ordres, suivant que les téguments sont rompus ou non.

**Contusions.** — Les contusions du cou n'ont par elles-mêmes rien de spécial, mais elles empruntent leurs caractères particuliers aux organes qui traversent la région.

Elles résultent de chutes, de pressions violentes dans le sens transversal ou antéro-postérieur : passage d'une roue de voiture ; de choc direct : flagellation, coups de bâton, coups de poing (boxeurs anglais). Les pincements, les tractions peuvent aussi entrer en cause; enfin la succion produit des ecchymoses superficielles par infiltration sanguine dans le réseau muqueux de Malpighi, le plus souvent au-dessous du pavillon de l'oreille.

La strangulation et la pendaison doivent ici trouver leur place, bien que ces deux causes rentrent dans les questions médico-légales (1); nous dirons cependant un mot des lésions qu'elles produisent, car elles intéressent aussi le chirurgien dont l'intervention peut être utile dans ces tentatives de meurtre ou de suicide.

Les contusions du cou sont *directes* ou *indirectes*. Ces dernières résultent d'une chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule, portant la clavicule en arrière, d'où contusion des régions carotidienne ou sus-claviculaire. Il en est de même des fractures de la clavicule, Delens (2) et Ricard (3) en ont rapporté des exemples.

Il faut noter, comme à l'abdomen, la possibilité de contusion

(1) BROUARDEL, La pendaison, la strangulation, la suffocation. Paris, 1897.

(2) DELENS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 452.

(3) RICARD, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. II, p. 423.

profonde sans lésion apparente de la peau, le degré de contusion superficielle ne préjugeant en rien de la contusion profonde.

Enfin l'ecchymose superficielle n'indique pas toujours le siège des lésions sous-jacentes, à cause de la grande mobilité des téguments de la région dans les mouvements si étendus du cou. L'ecchymose profonde peut avoir lieu sans déchirure de l'aponévrose moyenne; l'aponévrose superficielle, mince et fragile, est au contraire presque toujours déchirée.

Des traumatismes répétés et légers, en particulier à la région sus-claviculaire, provoquent quelquefois de véritables contusions chroniques et des paralysies. On peut en voir également après des efforts violents dans certaines manœuvres obstétricales, etc.

Ces contusions superficielles ou profondes empruntent aux régions secondaires du cou quelques caractères anatomiques ou cliniques un peu spéciaux que nous décrirons avec Jeannel (1).

Dans la *région parotidienne*, il y a souvent épanchement sanguin dans la loge aponévrotique de la glande; il en résulte un gonflement très douloureux et une gêne marquée des mouvements de la mâchoire. On aurait même observé parfois des phénomènes de compression passagère des filets du nerf facial.

La *région sterno-mastoïdienne* est plus fréquemment atteinte en raison de la saillie du muscle qui protège ainsi les organes du cou. La contusion porte alors sur le sterno-mastoïdien surtout; l'épanchement se fait dans sa gaine et comprime et irrite les filets nerveux. Dès lors la douleur est très vive et l'on peut voir de la paralysie ou de la contracture suivant les cas. Mais quelquefois la violente douleur provoquée par les tentatives de mouvement entraîne l'impotence du muscle sans paralysie ni contracture; de toute façon il en résulte un torticolis véritable qui, suivant les circonstances, siège du côté opposé. (Jeannel.)

Nous ne parlerons pas ici des ruptures du muscle (2).

Les contusions de la *région sous-hyoïdienne* atteignent surtout le larynx, la trachée et le corps thyroïde dont les lésions traumatiques ont été traitées par MM. Lubet-Barbon et Lyot dans le présent volume (3).

Lorsque la contusion porte sur la *région sus-hyoïdienne*, ce qui est assez rare en raison de la saillie du menton, il peut y avoir un épanchement sanguin limité par l'insertion de l'aponévrose superficielle en haut du maxillaire inférieur (bord inférieur), en bas à l'os hyoïde. Parfois l'épanchement peut se faire dans la loge de la glande sous-maxillaire. Comme ces contusions résultent surtout d'une chute

(1) JEANNEL, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. V. Paris, 1886.

(2) Voy. LYOT, *Traité de chir. clin.*, t. III, art. MUSCLES.

(3) Voy. *Traité de chir. clin.*, t. VI, art. LARYNX ET TRACHÉE, par M. LUBET-BARBON; — art. CORPS THYROÏDE, par LYOT.

avec accrochement du menton, elles s'accompagnent souvent de fracture de l'os hyoïde, dont les symptômes passent au premier plan.

Enfin, à la *région sus-claviculaire*, les contusions superficielles peuvent entraîner un épanchement sanguin dans l'espace triangulaire limité par le sterno-mastoïdien, le trapèze et la clavicule. Il en résulte une tuméfaction parfois suffisante pour comprimer le plexus cervical ou le plexus brachial et donner lieu à des symptômes d'ordre nerveux que nous verrons dans un instant.

CONTUSIONS DES VAISSEAUX. — Comme la circulation veineuse du cou est très riche, il est possible, selon Jeannel, que la contusion provoque une rupture veineuse avec un énorme épanchement et une thrombose comme celles qui relevaient jadis de la saignée de la jugulaire. Cependant aucun fait connu ne le démontre quant aux gros vaisseaux, ils sont rarement atteints, sauf dans les grands fracas; encore ne sont-ils le plus souvent que comprimés; toutefois Walther rapporte un cas de Bowlby (1) où la rupture des tuniques internes de la sous-clavière était due à des fractures de la clavicule et des côtes.

CONTUSIONS DES NERFS. — Bien plus fréquente est la contusion des nerfs; non pas du grand sympathique ni du pneumogastrique situés profondément, mais bien des plexus cervical et brachial. Les branches du plexus cervical sont facilement atteintes dans les contusions du creux sus-claviculaire; cela nous explique la douleur intense de cette sorte de traumatisme. On observe souvent, après une contusion violente, de l'anesthésie dans le territoire du rameau blessé. Les branches du plexus brachial peuvent être lésées dans les fractures de la clavicule, les cas de ce genre sont assez nombreux, nous n'avons ici qu'à les signaler. Disons cependant qu'en général les troubles nerveux ne se produisent pas immédiatement.

Le plexus cervical et surtout le brachial sont susceptibles de subir des contusions indirectes, dans tous les cas où le traumatisme porte violemment la clavicule en haut, en dedans et en arrière. Le plexus brachial peut aussi être atteint dans certains accouchements laborieux, comme l'a montré Duchenne (de Boulogne).

Toutes ces contusions nerveuses peuvent atteindre un seul rameau ou le plexus entier. Ce sont souvent des paralysies radiculaires supérieures que l'on constate (type Duchenne-Erb); Lauth, Erb, Remak, Hødemaker en ont rapporté des exemples. Notons encore des paralysies à types spéciaux (paralysies des portefaix, paralysies des porteurs d'eau). Dans tous ces cas, les troubles nerveux qui surviennent sont des paralysies, des anesthésies ou de la douleur qui pourra persister; enfin, secondairement, des troubles trophiques et tous les accidents névritiques dans les territoires correspondant aux nerfs

(1) BOWLBY, *Pathological Society of London*, 1890.

atteints. Comme le fait remarquer Walther (1), la seule particularité à noter est que les troubles primitifs de la sensibilité se manifestent à la main et à l'avant-bras, tandis que les faces antérieure et postérieure du bras, innervées en partie par les anastomoses que reçoit des perforants le brachial cutané interne, restent indemnes. Au contraire la face externe, moignon de l'épaule, territoire du circonflexe, peut être anesthésiée.

Ces lésions sont généralement faciles à différencier de celles qui succèdent à la périarthrite chronique, à la contusion de l'épaule; les antécédents, l'état de l'articulation et des parties voisines aident au diagnostic. Chez les hystériques on rencontre parfois des anesthésies et des paralysies analogues, apparaissant à l'occasion d'un traumatisme (hystéro-traumatisme), mais l'irrégularité de la distribution et la marche doivent conduire au diagnostic précis.

**CONTUSIONS DE LA NUQUE.** — La nuque est de beaucoup la région du cou la plus exposée aux contusions; elle est large, découverte et mal protégée.

Là, l'attrition porte surtout sur les masses musculaires épaisses. La douleur est très vive, en raison de la condensation des muscles dans leurs aponévroses, et aussi parce que ces muscles doivent agir sans cesse pour maintenir l'équilibre de la tête sur le rachis.

A ces symptômes peuvent s'ajouter ceux de la compression, de la contusion, et de la commotion médullaires, avec ou sans fracture ou luxation des vertèbres.

Il nous reste à dire un mot de la *strangulation* et de la *pendaison*: la première est généralement le résultat d'une tentative criminelle, tandis que la seconde est bien plus souvent volontaire.

Dans la strangulation, les doigts ou le lien constricteur portent presque toujours sur le larynx et la trachée.

Dans la pendaison, à cause du poids du corps sans doute, la corde porte cinq fois sur six au-dessus du larynx.

Ce n'est donc pas par compression des voies de l'air que la mort survient; J.-L. Petit et après lui une série d'auteurs la mettaient sur le compte de la luxation de l'atlas, sur l'axis. Il fallut les constatations cadavériques et les expériences de Hoffmann, Brouardel et Lévy (2) pour prouver qu'on doit incriminer l'imperméabilité des gros vaisseaux et par conséquent l'interruption de la circulation encéphalique. La mort n'est pas subite et le cœur continue à battre deux à trois minutes. Dans la pendaison ou la strangulation, les lésions les plus ordinaires sont les fractures de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée,

(1) WALTHER, Traité de chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. V.

(2) E. LÉVY, Des causes de la mort dans la pendaison, thèse de Paris, 1879. — HOFMANN, Nouveaux éléments de médecine légale, traduction par Emmanuel Lévy, commentaires par Brouardel. Paris, 1880.

des vertèbres, les ruptures totales ou partielles des muscles, enfin la rupture des tuniques internes des artères.

D'après une statistique de Lesser, citée par Walther (1) et portant sur cinquante cas, on trouve vingt-sept fois des fractures de l'os hyoïde, du conduit laryngo-trachéal ou des vertèbres; onze fois des ruptures musculaires qui portent, par ordre de fréquence décroissante, sur le sterno-mastoïdien (rupture partielle seulement), le peucier, le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien, enfin sur l'omo-hyoïdien. Sept fois cet auteur a vu la rupture des tuniques internes des artères carotides primitives ou carotides internes: ces ruptures, qui sont simples ou multiples, siègent presque toujours à la partie postérieure du vaisseau.

Quant aux lésions cutanées, ecchymoses ou érosions marquant la place du lien constricteur ou des doigts, elles n'ont d'importance que pour le médecin légiste.

On voit donc que le chirurgien peut avoir à intervenir dans quelques-uns de ces cas, mais si le sujet échappe au danger immédiat, il reste quelque temps sous le coup d'accidents qui peuvent être mortels par lésion pulmonaire ou cérébrale.

**Pronostic.** — Le pronostic, bénin pour les contusions superficielles, devient beaucoup plus sérieux dans les contusions profondes et la gravité varie avec le nombre et l'importance des organes atteints.

La suppuration des épanchements sanguins assombrit aussi le pronostic en exposant le malade aux complications du phlegmon du cou.

**Traitement.** — Le traitement des contusions superficielles du cou ne présente rien de spécial; il comporte, comme partout, des soins d'asepsie et le repos; mais la compression est ici difficile à réaliser dans les cas d'épanchements.

Les lésions profondes entraînent parfois des opérations d'urgence en rapport avec les organes lésés. La trachéotomie pourra être nécessaire dans les cas de dyspnée par œdème, compression ou fracture du larynx et de la trachée.

Aux accidents paralytiques conviennent l'électrisation, le massage et dans les cas devenus chroniques, avec douleur vive et persistante, la compression forcée comme Delorme l'a employée avec succès.

Enfin, si les épanchements sanguins s'infectent et suppurent, il faut intervenir sans trop attendre, pour éviter les fusées dangereuses du pus.

Dans les cas de pendaison et de strangulation, on aura parfois recours à la trachéotomie si le larynx est fracturé; après avoir enlevé le lien constricteur on fait ordinairement de la respiration artificielle, de l'électrisation et de l'excitation cutanées, des excitations des mu-

(1) LESSER, *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, 1882. — WALTHER, Traité de chirurgie publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. V.