

queuses nasales et pharyngiennes et des tractions rythmées de la langue.

## II

## PLAIES DU COU

Les plaies de la région cervicale ne sont pas très fréquentes : en prenant la moyenne des statistiques civiles, on arrive à un taux de 0,2 p. 100, tandis que Otis, en Amérique, a montré que la proportion en temps de guerre s'élevait à 1,2 p. 100. Il faut même ajouter que ce chiffre est au-dessous de la vérité, car beaucoup de blessés meurent rapidement sur place de leurs plaies cervicales et ne sont pas vus par les chirurgiens.

Dans la pratique civile on a la plupart du temps affaire à des tentatives de meurtre ou de suicide, aussi ces plaies sont-elles beaucoup plus communes en Angleterre, où l'on use surtout de l'arme blanche, qu'en France ou en Allemagne. (Legoyt.)

**Étiologie.** — Les plaies du cou ne sont pas ordinairement des plaies accidentelles, cependant elles résultent parfois de chute sur un morceau de verre, sur une lame métallique, sur un corps anguleux, sur un morceau de bois ou une tige en fer, etc.

Bien plus communes sont les plaies produites par une main meurtrière, soit dans une tentative d'assassinat, soit dans une tentative de suicide. Enfin, en temps de guerre, les plaies du cou atteignent leur maximum de fréquence ; aujourd'hui elles sont rarement dues aux instruments piquants ou coupants ; on s'attaque de loin et les plaies sont presque toutes causées par armes à feu (balle, biscaien, obus).

**Division.** — Bien des divisions ont été proposées par les auteurs pour l'étude des plaies du cou (1).

Vidal, les divisant suivant la profondeur, décrivait des plaies non pénétrantes et des plaies pénétrantes. Laugier basait sa division sur la nature de l'instrument vulnérant (plaies par instruments piquants, tranchants, par armes de guerre). Gosselin les rangeait en deux groupes, plaies promptement mortelles et plaies non promptement mortelles. Horteloup distinguait les grandes et les petites plaies. Nélaton les divisait suivant la région atteinte.

La division qui nous paraît à la fois la plus simple et la meilleure pour la description est celle en plaies superficielles, généralement simples, et plaies profondes plus ordinairement compliquées : c'est

(1) Voy. *Traité de chir. clin.*, t. I, art. de NIMIER.

cette division que nous adopterons, en y ajoutant quelques mots pour les plaies chirurgicales (1).

**Plaies superficielles.** — Ces plaies comprennent toutes celles qui ne dépassent pas l'aponévrose cervicale superficielle. L'instrument vulnérant peut ici léser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier, les veines superficielles et en particulier les jugulaires antérieure et externe, enfin les rameaux nerveux du plexus cervical superficiel.

Lorsque la plaie est produite par un instrument piquant, elle ne présente pas grand intérêt et guérit facilement, à condition toutefois qu'elle ne soit pas septique ; si la lésion est infectée, les conséquences seront la suppuration, l'engorgement ganglionnaire et la possibilité d'un adéno-phlegmon.

Les coupures varient d'aspect avec leur direction ; si elles sont parallèles aux fibres du peaucier elles n'ont rien de spécial, mais lorsque la solution de continuité est oblique ou perpendiculaire aux fibres du muscle, les lèvres de la plaie s'écartent et se recroquevillent en dedans, sous l'influence de la rétraction des fibres musculaires qui adhèrent intimement à la face profonde des téguments.

D'ailleurs la plaie n'est pas toujours rectiligne ; elle peut être curviligne, limitant un lambeau décollé, etc. Lorsque le lambeau a été enlevé, ou que la plaie résulte d'un traumatisme par corps contondant (frôlement par un obus) suivi d'escarrification, on a parfois affaire à une large perte de substance, longue à combler à cause des mouvements continuels de la région, et qui peut laisser après guérison une cicatrice vicieuse du cou. Les projectiles d'armes à feu peuvent aussi produire des plaies superficielles : nombreux sont les cas bien établis de balles formant un trajet sous-cutané en séton plus ou moins étendu au cou.

La lésion des veines superficielles n'est généralement pas grave ; cependant il est possible que l'air pénètre dans les vaisseaux, surtout s'ils sont incomplètement sectionnés ; plusieurs exemples ont été cités à propos de la jugulaire antérieure, nous-même avons été témoin d'un cas de ce genre. Du reste, ces veines sont de petit calibre et l'hémorragie, peu abondante, est facile à arrêter avec une compression méthodique, comme on la faisait jadis après la saignée de la jugulaire externe ; cependant, il y a des cas où l'abondance de l'écoulement sanguin peut devenir grave ; Gillette rapporte un fait d'hémorragie d'un litre, résultant de la lésion de la jugulaire externe : ce cas fut rapidement suivi de mort (2).

(1) LAUGIER (St.), *Dict. de méd.* en 30 vol. t. IX, art. Cou, 1835. — VIDAL (de Cassis), *Pathologie externe*. Paris, 1861. — NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. V. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. V. — GOSSELIN, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*. Paris.

(2) GILLETTE, *Dict. Encyclop. des sc. méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. XXI, p. 169. — *The Boston med. Magazine*, t. III, p. 117.

Il peut aussi arriver qu'une plaie superficielle avec décollement donne lieu à un peu d'emphysème sous-cutané; mais il est toujours bien circonscrit et peu étendu.

Malgré le dire de Dieffenbach, les plaies superficielles du cou n'offrent guère de gravité, surtout depuis l'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie. Si les craintes des auteurs pour suturer ces plaies et le précepte de Dieffenbach s'expliquaient à cette époque, il n'y a pas aujourd'hui d'hésitation à avoir, il faut désinfecter soigneusement et suturer; si l'on craint de n'avoir pu aseptiser convenablement, on peut mettre un petit drain dans la partie déclive de la plaie, qui pare au danger en cas de suppuration et que l'on retire au pansement suivant s'il n'y a pas de pus; — mais un point qu'il ne faut pas oublier, c'est la nécessité absolue de bien immobiliser la tête et le cou dans un bon pansement, pour éviter les tiraillements de la suture dans les mouvements; faute de cette précaution, la réunion peut manquer ou se faire incomplètement. Toutefois, dans les plaies peu étendues, on peut immobiliser pour ainsi dire la blessure et une zone de peau tout autour avec un pansement occlusif au collodion iodoformé, ou mieux avec la pâte de Unna, modifiée par Braquehay, qui a l'avantage de ne pas altérer la peau.

**Plaies profondes.** — Dans ce groupe rentrent les plaies qui dépassent le plan de l'aponévrose superficielle; la plupart du temps elles s'accompagnent de lésions des organes du cou; nous ferons ici abstraction des blessures de ces organes, car les plaies des vaisseaux et des nerfs sont décrites à part, ainsi que celles du larynx, de la trachée, de l'œsophage, etc. Mais il importe de remarquer qu'en raison de la position où était le cou au moment de l'accident, la plaie profonde peut ne pas répondre comme niveau à la plaie superficielle.

Ici les *plaies par instruments piquants* ne nous arrêteront guère; elles peuvent être très profondes sans léser les vaisseaux dans la région antéro-latérale. Le paquet vasculo-nerveux du cou se trouve enveloppé dans une gaine connective, et la forme des éléments qui les constituent leur permet de rouler et de s'écarter pour éviter l'instrument.

A la région de la nuque la pointe est le plus souvent arrêtée par l'épaisse couche musculaire; cependant, sur la ligne médiane à la partie supérieure, une tige mince et pointue peut pénétrer entre l'atlas et l'occipital ou l'axis et blesser la moelle; on a cité des cas d'infanticides par piquure de ce genre, avec une longue aiguille à tricoter. Jenny (1) rapporte l'histoire d'un individu qui eut les parties molles de la nuque embrochées par une tige de bois dans une chute de 40 pieds de hauteur.

Les *plaies par instruments tranchants* sont beaucoup plus

(1) JENNY, *Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1<sup>er</sup> juin, n° 11, 1883, p. 274.

fréquentes, Desmarres (1) a bien étudié celles qui atteignent la nuque; Larrey et Legouest (2) en ont vu d'effroyables par coup de sabre chez les Arabes, ce sont de véritables demi-décapitations, sectionnant toutes les couches musculaires jusqu'au rachis; Walther (3) cite un cas analogue observé par lui à l'hôpital de la Charité: il s'agissait d'un homme qui eut les muscles de la nuque sectionnés jusqu'au rachis d'un coup de couteau dans une tentative de meurtre.

Dans ces circonstances, la position de la tête est facile à prévoir; privée des muscles postérieurs qui la maintiennent en équilibre sur le rachis, elle tombe en avant. Ces plaies sont accompagnées d'une hémorragie assez abondante à cause des nombreux vaisseaux de la région; aussi malgré l'hémostase y a-t-il souvent un suintement sanguin qui gêne la réunion.

Parfois l'instrument vulnérant peut entamer le squelette et léser même les méninges et la moelle.

Larrey a signalé une conséquence bizarre d'une plaie de la nuque, l'impuissance. Nous ne pouvons qu'enregistrer ce fait dont la pathogénie nous semble difficile à établir.

Lorsque les plaies par instruments tranchants siègent sur la région antéro-latérale du cou, le muscle sterno-mastoïdien est le plus souvent atteint en raison de la saillie qu'il forme, protégeant les organes et le paquet vasculo-nerveux. Les troubles fonctionnels que détermine la section de ce muscle ont été étudiées par Stromeyer. Cet auteur fait remarquer que la moindre contraction du muscle sain entraîne une projection de la tête du côté opposé à la lésion avec la brusquerie d'un ressort qui se détend.

Lorsque la section porte sur la base du cou, elle peut n'atteindre qu'un seul chef du muscle et supprimer sa fonction; or on sait depuis les expériences électriques de Duchenne de Boulogne que le chef sternal détermine la rotation de la tête, tournant la face du côté opposé, tandis que le chef claviculaire incline la tête vers l'épaule.

Après ces plaies, comme après les résections partielles du muscle, il persiste quelquefois du torticolis; tantôt il est dû à la rétraction cicatricielle; tantôt il est surtout d'ordre nerveux spasmodique, si les nerfs sont atteints de névrite paralytique, s'ils ont été sectionnés, ce qui n'est pas très rare. Le plus ordinairement la guérison a lieu sans laisser de troubles fonctionnels; toutefois dans les cas cités par Liston (4) et Jeannel (5) on s'explique facilement l'absence de perturbation fonctionnelle, puisque le sterno-mastoïdien avait été progressivement altéré par le développement des tumeurs et que la

(1) DESMARRÉS, thèse de Paris, 1839.

(2) LEGOUEST, *Traité de chirurgie d'armée*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1872.

(3) WALTHER, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. V.

(4) LISTON, *Practical Surgery*, 1837, p. 145.

(5) JEANNEL, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. V. Paris, 1886, p. 756.

suppléance par le trapèze avait eu le temps de s'établir peu à peu.

Les plaies des autres muscles n'ont qu'un intérêt très secondaire, sauf celles de l'omohyoïdien qui entraînent une gêne dans la circulation veineuse du cou. La chose est facile à comprendre si l'on songe que le principal rôle de ce muscle est de tendre l'aponévrose cervicale moyenne.

Ces plaies sont celles qui s'accompagnent le plus souvent de la section du larynx, de la trachée, de l'œsophage et des vaisseaux et nerfs. — Cependant nous devons remarquer que le paquet vasculo-nerveux peut se porter en arrière, fuyant le tranchant auquel ils échappent parfois — Flinger a rapporté l'observation curieuse d'un suicidé chez lequel un couteau transversal avait traversé tout le cou d'avant en arrière, ouvrant l'articulation occipito-atloïdienne, blessant les méninges et la moelle sans intéresser le paquet vasculo-nerveux du cou.

Les plaies par armes à feu semblent moins respecter les vaisseaux que celles par instrument tranchant.

Le projectile peut s'arrêter dans la profondeur des tissus et y séjourner sans déterminer d'accident, formant un corps étranger enkysté. Kœnig (1) cite une observation de ce genre dans laquelle une balle s'était logée derrière la trachée. Sawtelle (2) cité par Walther parle d'un cas dans lequel une balle entrée au-dessus de la clavicule gauche resta sept ans logée entre l'artère sous-clavière et une branche du plexus brachial droit qu'elle comprimait. Goldschmidt (3) a de même extrait une lame de couteau de la région sterno-mastoïdienne supérieure, où elle avait séjourné deux ans et demi sans que le malade s'en doutât; il avait seulement conservé une fistule intarissable.

C'est surtout dans la région de la nuque que la tolérance est grande pour les corps étrangers; Weiss (4) a démontré qu'en ce point les masses musculaires montrent une tolérance maxima.

Enfin les plaies peuvent se faire de dedans en dehors, comme dans le cas de Wagnier (5), où un morceau de bois introduit dans la bouche d'un enfant ressortit par la nuque au bout de dix mois.

Dans les opérations qui portent sur la région cervicale il faut savoir choisir la direction de l'incision. Si elle est bien réglée pour certaines opérations comme la trachéotomie, la ligature de la carotide, la laryngotomie, l'œsophagotomie externe, il en est d'autres, comme l'ouverture d'abcès, l'extirpation de tumeurs, qui ne comportent pas de règle bien précise. D'une façon générale on peut

(1) KÖENIG, Traité de pathol. chirurg. spéciale, traduit par Comte.

(2) SAWTELLE, Gunshot of the Neck (*Boston med. and surg. Journal*, 14 nov. 1872, p. 335).

(3) GOLDSCHMIDT, *Medicisch chirurgisches Centralblatt*, n° 14-15, 1875.

(4) WEISS, thèse d'agrégation, 1880.

(5) WAGNIER, *Bull. méd.*, n° 43, 1890, p. 408.

dire cependant que dans la région supérieure du cou, surtout en avant et en dehors, l'incision doit être horizontale, parallèle aux plis normaux de la peau qui la masqueront plus tard. Vers la nuque, l'incision sera dirigée verticalement, parallèlement aux fibres musculaires.

Dans les parties moyenne et inférieure du cou, il ne faut recourir qu'aux incisions de direction verticale ou légèrement oblique. La section transversale aurait des inconvénients (section du peaucier et écartement des lèvres de la plaie; blessure de la jugulaire antérieure ou externe).

Enfin, dans toutes les interventions sur le cou on ne saurait faire trop d'attention aux veines, même de volume relativement minime, puisque l'introduction d'air dans les veines dont on connaît l'issue fatale a été observée même avec une plaie de la jugulaire antérieure.

**Pronostic.** — D'une façon générale on peut dire que les plaies du cou sont graves, puisque, d'après les statistiques, la mort immédiate a été observée dans une proportion de 10 p. 100.

La débilité, la misère, l'alcoolisme, le diabète et les états diathésiques assombrissent toujours le pronostic à cause de la déchéance de l'organisme et de son peu de résistance; c'est dans ce cas surtout que les grandes suppurations avec décollements et fusées, la gangrène, etc., surviennent.

Mais si le pronostic immédiat est très grave, le pronostic éloigné l'est moins, pour ceux qui survivent, ou du moins il est en rapport avec l'importance des organes lésés. Aujourd'hui, depuis les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, on est loin du pronostic si grave que portait Diefenbach et les complications qu'il redoutait doivent être actuellement tout à fait exceptionnelles.

**Traitement.** — Dans les cas de piqûre ou de plaie par arme à feu sans lésion apparente d'organe important, la conduite du chirurgien doit être très prudente; il vaut mieux s'en tenir à l'expectation avec un bon pansement antiseptique immobilisant la région; mais cette expectation doit être armée, et le chirurgien se tiendra prêt à intervenir s'il y a élévation de température avec des signes locaux d'inflammation, ou des phénomènes persistants de compression; mais jusque-là il est bon d'éviter l'exploration de la plaie avec le stylet.

Dans les coupures il faut toujours désinfecter avec le plus grand soin et tenter la réunion, en laissant au besoin un drainage au point déclive. Les muscles seront également suturés; mais il faut procéder à une hémostase soigneuse; à la nuque en particulier cette précaution est indispensable; il arrive même assez fréquemment que la suture des muscles de la nuque n'amène qu'une réunion partielle à cause du suintement séro-sanguin. Enfin on immobilisera la tête et le cou dans la position voulue pour relâcher le plus possible le muscle suturé.

## I. — PLAIES DES NERFS DU COU.

La région cervicale est riche en cordons nerveux dans ses parties latérales. Les uns s'arrêtent dans la région, les autres ne sont que des organes de passage. Tous, superficiels ou profonds, peuvent être lésés dans les plaies du cou; mais si l'on se rappelle les rapports des plexus cervical profond, et brachial, ceux du pneumo-gastrique et du grand sympathique, on comprendra combien rares sont les cas de lésions isolées de ces cordons nerveux; presque toujours les vaisseaux importants du cou sont atteints simultanément, et si la lésion vasculaire n'entraîne pas la mort rapidement, elle tient du moins la place prépondérante dans la majorité des cas.

L'étiologie des plaies des nerfs du cou comprend, outre les lésions traumatiques accidentelles par instruments piquants, tranchants, contondants, par armes à feu (balles, éclats d'obus), des lésions chirurgicales, soit qu'un nerf se trouve lésé au cours d'une ligature ou d'une extirpation de tumeur, soit qu'il s'agisse d'une blessure voulue (élongation, résection) dans un but thérapeutique.

Nous aurons donc à étudier ici les blessures des plexus cervicaux superficiel et profond, celles du plexus brachial, du spinal, du pneumo-gastrique et du grand sympathique. Nous y ajouterons les lésions du facial, du glosso-pharyngien et du grand hypoglosse dans leur trajet au cou.

**a. Plexus cervical superficiel.** — Les blessures du plexus cervical superficiel sont assez fréquentes dans les diverses plaies du cou; on les a observées aussi consécutivement à la saignée de la jugulaire, et à la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Elles ne présentent pas par elles-mêmes grand intérêt et sont sans gravité.

Cependant Londe dans sa thèse (1) montre qu'elles peuvent provoquer par la suite des névralgies très rebelles, qu'il étudie avec soin.

**b. Plexus cervical profond.** — Les lésions traumatiques du plexus cervical profond sont plus intéressantes, bien qu'elles existent rarement sans lésions vasculaires graves, si ce n'est lorsqu'elles sont produites au cours d'une extirpation de tumeur du cou. Parmi les branches de ce plexus il en est une, le nerf phrénique, dont la blessure mérite de nous arrêter un moment. Dans deux cas de Cooper (2) et de Hutin (3) ce nerf fut lésé au cours de la ligature de la sous-clavière; l'un des malades mourut au bout de quinze jours, ayant eu des quintes de toux continuelles depuis l'opération. L'autopsie mon-

(1) LONDE, Des névralgies consécutives aux blessures des nerfs, thèse de Paris, 1860.

(2) COOPER, *Guy's hosp. Reports*, vol. XIII, 1849.

(3) HUTIN, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3<sup>e</sup> série, t. X, p. 707.

tra que le phrénique avait été seulement contusionné. C'est sans doute de ce cas que parle Erichsen (1).

**c. Plexus brachial.** — Les statistiques des plaies de guerre montrent que les blessures du plexus brachial ne sont pas très rares; 27 cas en ont été relevés pendant la guerre d'Amérique; Beck et Socin en citent 15 et 7 pendant la guerre franco-allemande; Gueterbock en a vu 9 après la guerre de Crimée.

Ces lésions, qui peuvent porter sur une seule branche, mais plus ordinairement sur plusieurs à la fois, s'accompagnent souvent de blessure de la sous-clavière ou des scapulaires supérieure et postérieure; dans ce cas les signes de la blessure du nerf peuvent avoir de l'importance pour le diagnostic du siège de la lésion vasculaire (Walther) (2).

Le plexus brachial est le plus souvent atteint dans les plaies par armes à feu; Chenu en a rapporté plusieurs exemples, par balles ou par éclats d'obus. Les fractures de la clavicule et de la première côte sont aussi des causes à signaler. Rappelons enfin l'arrachement possible des nerfs du plexus brachial dans les tentatives violentes de réduction des luxations de l'épaule. (Tillaux, A. Guérin.)

Les symptômes qui en résultent sont naturellement très variables suivant les branches atteintes; ce sont d'abord des paralysies complètes ou incomplètes du membre supérieur (mouvement et sensibilité). Parfois la paralysie motrice apparaît la première. Ensuite viennent les troubles trophiques consécutifs aux lésions nerveuses et qui ont été étudiés par Schwartz (T. IV de ce traité).

Dans certains cas, on trouve au contraire des phénomènes d'excitation, névralgies immédiates ou tardives, douleurs très vives dans le membre supérieur, etc., qui répondent à des blessures incomplètes avec irritation. Jeannel (3) parle même de signes d'excitation réflexe dans le même membre supérieur du côté opposé.

D'ailleurs ces divers symptômes, excessivement variables suivant les cas, peuvent n'apparaître que quelques heures après l'accident, ou le lendemain.

**d. Pneumogastrique.** — Les blessures du pneumogastrique, dont les physiologistes ont précisé expérimentalement les symptômes, sont difficiles à observer parce que la carotide et la jugulaire interne sont presque toujours atteintes en même temps que ce nerf qui leur est accolé.

Pourtant Peyrot, cité par Walther (*loc. cit.*), parle de blessures du pneumogastrique seul, par une balle passant derrière les vaisseaux.

(1) ERICHSEN, *The Science and art of Surgery*, vol. I, p. 476.

(2) WALTHER, Plaies des nerfs du cou (Traité de chir. de S. Duplay et Reclus t. V, p. 675).

(3) JEANNEL, *Encyclop. internat. de chir.*, t. V. Paris, 1886, p. 757.

On a aussi observé cette lésion à la suite d'extirpation de tumeur, ou encore pendant la ligature de la carotide, comme dans trois cas de Demme, cités par Pitha et Billroth (1). L'anomalie dans le trajet du pneumogastrique signalée par M. Le Dentu (2) et rencontrée depuis dans un cas de Jeannel (3), favorise naturellement cet accident, puisque le pneumogastrique se trouve alors en avant de la carotide.

Toutes ces blessures déterminent de la raucité de la voix par paralysie d'une corde vocale et de la dyspnée accompagnée d'accès de suffocation plus ou moins marqués. Il peut encore y avoir des troubles circulatoires. Parfois cependant, lorsqu'il s'agit d'une extirpation de tumeur, tous les symptômes peuvent manquer, comme Riedel (4) l'a observé chez un opéré qui ne présentait aucun trouble; la résection du pneumogastrique ne fut reconnue qu'à l'examen de la pièce, et le malade succomba le quatorzième jour à une bronchite purulente du même côté (gauche). L'auteur attribua ces lésions pulmonaires avancées à la compression du nerf par la tumeur plutôt qu'à la résection même, et sans doute cette compression progressive et graduelle est la raison pour laquelle la résection du nerf ne provoqua aucun symptôme.

D'ailleurs les broncho-pneumonies bâtarde après section du pneumogastrique sont bien connues depuis les expériences des physiologistes; Beaunis (5) a montré que dans la section des deux pneumogastriques, la survie était courte et les complications pulmonaires rares, tandis qu'elles sont la règle dans les cas de section d'un seul nerf. Il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'on observe ces affections pulmonaires après lésion accidentelle du pneumogastrique.

Il est vrai que le nerf peut se régénérer, mais il n'est pas certain que la régénération fonctionnelle marche avec la régénération anatomique, car les expériences de Philipeaux, P. Bert et Beaunis sont à ce sujet contradictoires.

Les lésions traumatiques des nerfs récurrents donnent lieu aux symptômes que la physiologie fait prévoir: perte de la parole, asphyxie. Elles sont rarement isolées et on n'en connaît pas d'observation bien probante; dans un cas de La Motte, le récurrent gauche était divisé en même temps que la trachée, les trois quarts de l'œsophage et le sterno-mastoïdien, mais il est difficile d'attribuer ici la perte de la voix à la lésion nerveuse; tout au plus pourrait-on remarquer que le récurrent droit, par sa situation profonde, se trouve plus à l'abri des traumatismes que son congénère.

(1) PITHA und BILLROTH, *Handb. der allgem. Chirurgie*. Erlangen, Band III, p. 94.

(2) LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 mai 1880, p. 280.

(3) JEANNEL, *Encyclop. internat. de chir.*, t. V, p. 760.

(4) RIEDEL, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1883, p. 543. — *Revue de chir.*, 1884, p. 233.

(5) BEAUNIS, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 31 janvier 1885, p. 70.

Les plaies opératoires des récurrents sont devenues moins rares depuis que l'on extirpe les tumeurs du corps thyroïde; ce sont des complications de la thyroïdectomie.

**e. Spinal.** — Dans son trajet au cou, la branche externe du spinal se rendant au sterno-mastoïdien qu'elle innerve et traverse pour se terminer dans le trapèze, peut être lésée; la branche interne au contraire se confond avec le pneumogastrique et perd son individualité anatomique. C'est particulièrement dans les interventions pour tumeurs du cou qu'on peut réséquer la branche externe du spinal. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le faire au cours d'extirpation de ganglions tuberculeux du cou, avec fistules. Mais comme les muscles sterno-mastoïdien et trapèze ont une innervation double, on n'observe après résection de cette branche nerveuse ni paralysie, ni attitude vicieuse de la tête. D'ailleurs on sait que l'innervation portée par ce nerf est surtout en rapport avec les fonctions vocales (chant, etc.) et l'effort.

En somme, les plaies de ce nerf ont peu d'importance.

**f. Glosso-pharyngien. — Grand hypoglosse. — Facial.** — Aucun exemple de plaie isolée du glosso-pharyngien n'a été observé jusqu'aujourd'hui. L'hypoglosse est très rarement atteint; cette lésion donne une hémiparalysie de la langue avec hémiatrophie, la sensibilité restant intacte. Weir Mitchell (1) cite un cas de lésion de l'hypoglosse gauche par une balle de pistolet. — De son côté, Schüller (2) rapporte un fait exceptionnel de blessure des deux hypoglosses par une balle qui traversa la région sus-hyoïdienne en travers; la langue était immobile, affaissée sur le plancher buccal; l'articulation des mots, la déglutition des solides étaient impossibles, mais la sensibilité était indemne. — Peu à peu, le tout disparut en six mois. — Ce sont évidemment là des raretés.

Les plaies du facial dans son trajet cervical, à la région parotidienne, sont peu fréquentes; ce sont surtout des lésions opératoires portant sur une ou plusieurs branches du nerf; il n'est pas très rare de les observer consécutivement aux extirpations de ganglions du cou, lorsqu'il faut les poursuivre jusqu'à la région parotidienne. Elles entraînent une hémiparalysie faciale complète ou partielle.

**g. Grand sympathique.** — Lorsque le grand sympathique cervical est lésé au cou, dans un traumatisme, ce qui est exceptionnel, presque toujours les gros vaisseaux de la région sont intéressés. Jusqu'aux expériences restées célèbres de Claude Bernard en 1852, qui ont complété celle de Pourfour du Petit (1727), on ne s'en était

(1) WEIR MITCHELL, *Injuries of nerves*. Philadelphia, 1872, p. 37 et 335. Traduction française par Dastre. Paris, 1873.

(2) SCHÜLLER, d'après Fischer, *Deutsche Chir.*, 1880, Lief. XXXIV, p. 123, cité par Maurice Jeannel.