

mais les questions d'ordre pathologique sont encore dans l'obscurité. Bien que la thyroïdectomie partielle semble être l'opération de choix, il faut avouer que la lecture des travaux publiés et l'analyse des faits, complètement disparates, ne permettent aucune opinion ferme. Il est seulement permis « d'en déduire approximativement les règles applicables aujourd'hui au traitement d'un cas donné » (Glantenay) (1).

(1) GLANTENAY, *Traitement du goitre exophtalmique*. Arch. gén. de méd., 1897, p. 596. — Lire aussi la thèse de SOLARY (*Traitement chirurgical du goitre exophtalmique*, thèse de Paris, 1894), dans laquelle on trouvera les indications bibliographiques.

MALADIES DU COU

Par le D^r CHARLES WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien des hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES

I

CONTUSIONS

Les contusions du cou sont relativement rares, mais l'importance des organes qui traversent la région rend compte de leur gravité; elles peuvent être compliquées de fractures de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée, de lésions vertébrales, de commotion ou de contusion de la moelle, accidents que nous n'avons pas à décrire ici et qui sont étudiés dans les chapitres spéciaux consacrés aux affections de ces différents organes.

Leur étiologie ne présente rien de spécial: chute, pression-brusque d'un corps pesant, passage d'une roue de voiture, ou bien choc direct, coup de bâton, coup de poing, etc., telles sont les causes habituelles de la *contusion directe*. Mais on peut observer, à la base du cou, de véritables *contusions indirectes* (Jeannel) (1). Elles sont dues à la compression exercée sur la région sus-claviculaire par la clavicule portée en arrière, dans une chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule par exemple.

Les ecchymoses et les épanchements sanguins, de forme et de volume variables suivant la nature et l'intensité du traumatisme, siègent tantôt dans les couches superficielles, tantôt sous l'aponévrose superficielle ou sous l'aponévrose moyenne; cette dernière est assez résistante pour ne point être toujours déchirée dans les cas où le traumatisme a été assez violent pour produire un épanchement profond, tandis que la superficielle est alors presque toujours rompue. Les épanchements sanguins peuvent, par leur grand développement, exercer une compression plus ou moins forte sur le conduit laryngo-trachéal et sur l'œsophage, et apporter, par conséquent, une plus ou moins grande gêne à la respiration et à la déglutition.

Les caractères anatomiques de la contusion varient du reste dans chacune des régions secondaires du cou. Jeannel a donné une bonne description de ces diverses variétés.

A la *région sus-hyoïdienne*, l'épanchement sanguin sous-aponévrotique est limité en haut par le corps de la mâchoire, en bas par l'attache de l'aponévrose

(1) JEANNEL, art. Cou, *Encyclopédie intern. de chir.*, vol. V, p. 747.

à l'os hyoïde; il peut même n'occuper que la loge de la glande sous-maxillaire. Ces contusions, rares à cause de la saillie protectrice du maxillaire inférieur, ne s'observent guère que dans les chutes où se produit un accrochement du menton.

Les contusions profondes de la région sous-hyoïdienne sont surtout intéressantes par les lésions de la trachée et du larynx (voy. *Trachée*). Cependant, Brown-Séguard a montré⁽¹⁾ que le larynx, la trachée et probablement aussi la peau qui les recouvre sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il peut donc y avoir sous l'influence d'un traumatisme portant sur la région antérieure du cou une perte complète de connaissance et une syncope cardiaque et respiratoire. C'est ainsi, dit-il, qu'il faut expliquer la mort chez les individus qui ont été soumis à une pendaison insuffisante pour gêner ou empêcher le passage de l'air dans les voies respiratoires. Dans ces cas, le sang passe rouge des artères dans les veines et présente ainsi un contraste absolu avec ce que nous montre la mort dans l'asphyxie franche où le sang est rapidement noir dans les artères.

À la région sus-claviculaire, on peut observer, à la suite d'une contusion superficielle, un épanchement sanguin dans la cavité triangulaire limitée par l'aponévrose superficielle en avant et l'aponévrose moyenne en arrière (Jeannel); cet épanchement pourrait être parfois assez considérable pour comprimer le plexus cervical et même le plexus brachial⁽²⁾.

Les branches du plexus cervical sont facilement atteintes par un traumatisme même léger, ce qui explique la douleur excessive qui résulte de quelques contusions du creux sus-claviculaire; une contusion violente a pour effet de déterminer l'anesthésie dans tout le territoire de distribution de la branche atteinte.

La contusion du plexus brachial succède soit à un traumatisme direct de la région ou à un effort violent, soit à un traumatisme agissant sur la clavicule; elle peut être produite par des manœuvres obstétricales, et Duchenne (de Boulogne) a attiré le premier l'attention sur une variété particulière de paralysie partielle du plexus brachial qu'il avait le plus souvent observée à la suite d'accouchements laborieux.

Dans quelques cas de fracture de la clavicule, les branches du plexus brachial peuvent être contusionnées ou déchirées par un fragment anguleux, pénétrées par une esquille. Earle, Gurll⁽³⁾, Desault, Jacquemier⁽⁴⁾, Hamilton⁽⁵⁾ en ont cité des exemples. Plus souvent, les paralysies consécutives aux fractures de la clavicule doivent être attribuées à la compression des nerfs par un fragment déplacé, par un cal volumineux, exubérant. Le cal peut même enclaver une branche nerveuse soit du plexus cervical, soit le plus souvent du plexus brachial⁽⁶⁾. Les phénomènes de compression succèdent parfois sans interruption

⁽¹⁾ BROWN-SÉQUARD, *Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et en particulier de la perte de la sensibilité, et la mort subite*. Acad. des sc., séance du 4 avril 1887.

⁽²⁾ Raymond a récemment rapporté un cas de paralysie totale du plexus brachial par un épanchement sanguin, dû très probablement à la rupture d'artérioles altérées chez un alcoolique. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1896, p. 201.

⁽³⁾ Cités par BARDENHEUER, *Fracture de la clavicule*. *Deutsche Chir.*, vol. I, Lief. 65 a.

⁽⁴⁾ JACQUEMIER, *Des fractures de la clavicule*. Thèse d'agrég. de Paris, 1844.

⁽⁵⁾ HAMILTON, *Traité des fractures*. Trad. Poinsoy, p. 218.

⁽⁶⁾ CHALOT, *Lésions des nerfs produites par les fragments dans les fractures*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 189. — CHAVIÈRE, *Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la clavicule par cause indirecte*. *Gazette méd. de Paris*, 24 août 1889. — BLUM, *Fracture de la clavicule. Cal vicieux ayant déterminé de la névrite du plexus brachial. Ostéotomie, guérison*. *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. XX, p. 742.

aux accidents de contusion qui se sont produits au moment même de la fracture. Il en était ainsi dans un cas que Delens a rapporté à la Société de chirurgie; la paralysie du bras fut définitivement guérie par la résection du cal exubérant⁽¹⁾. Ricard a observé un fait analogue⁽²⁾.

Ce n'est d'ordinaire qu'au bout d'un certain temps qu'apparaissent les troubles nerveux. Nous n'avons pas à décrire ici ces différents accidents déjà étudiés dans cet ouvrage (voy. *Nerfs, Contusion et compression*, par Lejars, t. II, p. 5 et 15 et suivantes, — et *Fractures de la clavicule*, par Ricard et Demoulin, p. 426).

Un traumatisme portant sur la clavicule, sans la briser, peut produire indirectement une contusion du plexus brachial (Desault, Hamilton, Bardenheuer), et Jacquemier pense que, même dans les cas de fracture, la paralysie immédiate est due à une contusion du plexus par le traumatisme, contusion indépendante de la fracture.

Des traumatismes légers et répétés peuvent, à la région sus-claviculaire comme ailleurs, provoquer une contusion chronique et une paralysie; les paralysies dues à la pression de la bretelle chez les portefaix⁽³⁾, les paralysies des porteurs d'eau⁽⁴⁾ sont partout citées comme types de ces accidents.

Quelle que soit la cause de la contusion du plexus, les lésions peuvent atteindre une seule branche nerveuse⁽⁵⁾, ou bien le plexus tout entier; mais dans certains cas, et surtout chez les nouveau-nés, on observe des paralysies partielles, paralysies radiculaires supérieures (type Duchenne, Erb) portant sur le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le coraco-brachial, souvent le sous-épineux et le long supinateur. Ces muscles éloignés par leur situation anatomique sont reliés, comme l'a montré Erb, par la communauté radulaire de leurs fibres motrices qui passent toutes par les 5^e et 6^e paires cervicales (voy. *Contusions des nerfs*, vol. II, p. 16). Lauth a rapporté il y a quelques années un bel exemple de cette variété de contusion radulaire⁽⁶⁾. Le malade dont il publie l'histoire, dans un effort violent de l'épaule gauche, pour soulever un fardeau soutenu par une bretelle, sentit un craquement dans la région sus-claviculaire et eut immédiatement de l'impotence du bras. On put constater une anesthésie complète dans toute la zone de distribution du plexus cervical superficiel, et une paralysie motrice des muscles que nous avons cités plus haut.

Dans les cas observés par Erb, par Remak et par Hœdemaker, la paralysie avait toujours reconnu pour cause un traumatisme (chute, coup, effort) portant violemment sur la clavicule et sur la région sus-claviculaire et déterminant vraisemblablement une contusion du 5^e nerf cervical et du 6^e, situés tous deux assez superficiellement à ce niveau.

On conçoit que, suivant l'intensité et surtout la direction du traumatisme, on puisse observer d'autres variétés de paralysies partielles, de contusions radiculaires. Mme Déjerine-Klumpke a bien décrit par opposition aux paralysies radiculaires supérieures (type Duchenne, Erb) les paralysies radiculaires inférieures auxquelles Raymond propose très justement de donner le nom de type Klumpke.

⁽¹⁾ DELENS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 452.

⁽²⁾ RICARD, *Fractures de la clavicule. Traité de chirurgie*, t. II, p. 427.

⁽³⁾ GUÉNOT, *Quelques mots sur la paralysie consécutive à la contusion des nerfs*. Thèse de Paris, 1872.

⁽⁴⁾ BACHON, *Paralysie des porteurs d'eau de Rennes*. *France méd.*, juin 1861.

⁽⁵⁾ TERRILLON, *Fracture de la clavicule. Paralysie consécutive*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 574.

⁽⁶⁾ LAUTH, *Note sur un cas de contusion du plexus cervical superficiel et du plexus brachial*. *Revue de chir.*, 1884, p. 560.

Ces paralysies radiculaires inférieures, dues à une lésion du 8^e nerf cervical et du 1^{er} nerf dorsal, caractérisées cliniquement par la paralysie de la main et une anesthésie de la moitié interne de la main et de l'avant-bras, s'accompagnent de troubles oculaires (myosis, rétraction du globe oculaire) par suite de la lésion des rameaux anastomotiques du grand sympathique et des deux dernières racines du plexus brachial.

Les accidents nerveux qui succèdent à ces traumatismes sont des paralysies motrices, des troubles de la sensibilité, douleurs ou anesthésie, ultérieurement des troubles trophiques, des douleurs persistantes; car aux lésions de compression ou de contusion peuvent, au bout d'un certain temps, succéder tous les accidents de la névrite⁽¹⁾.

Ces troubles nerveux ne présentent ici rien de particulier; le seul fait à noter est que les troubles primitifs de la sensibilité se manifestent à la main et à l'avant-bras et n'atteignent jamais la face interne, la face antérieure ou la postérieure du bras, innervées par les anastomoses fournies au brachial cutané interne par les intercostaux; à la face externe du bras, on peut observer l'anesthésie due à une lésion du circonflexe⁽²⁾.

Le diagnostic des contusions du plexus brachial et des accidents qui leur succèdent est en général facile; on ne les confondra guère avec les amyotrophies dues à la contusion de l'articulation de l'épaule. La périarthrite chronique peut être parfois une cause d'erreur. Duplay a montré, en effet⁽³⁾, que dans le tissu fibreux de nouvelle formation qui entoure en pareil cas la capsule, peuvent être englobées et comprimées certaines branches du plexus brachial, surtout le circonflexe, le brachial cutané interne, le radial et le cubital; il en résulte des douleurs persistantes et des troubles trophiques; mais alors les signes observés autour de l'articulation, la raideur, l'immobilité particulière de l'épaule permettront, en général, de reconnaître facilement la nature de l'affection.

Les anesthésies et les paralysies réflexes qui succèdent, chez certains sujets hystériques, à des contusions de l'épaule (hystéro-traumatisme) peuvent simuler une contusion du plexus. Le diagnostic devra être établi d'après l'irrégularité de la distribution et surtout de la marche de ces paralysies qui ne sont jamais suivies d'amyotrophie et disparaissent souvent sans cause précise⁽⁴⁾.

Le pronostic est celui de toutes les contusions nerveuses et dépend du degré d'attrition du nerf.

L'électricité résume toute la thérapeutique (Jeannel). Mais si la compression par un fragment, par un cal vicieux de la clavicule provoque des accidents persistants, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection du cal, opération qui a, dans ces dernières années, donné les succès que nous avons déjà indiqués (Delens, Blum, Terrillon).

On ne connaît point de cas de contusion simple des gros vaisseaux de la région sus-claviculaire. Dans les fractures de la clavicule, il peut se produire des déchirures de l'artère sous-clavière ou de la veine (voy. t. II, p. 427. et plus loin *Plaies des artères et des veines du cou*). Bowlby a récemment rapporté un cas

(1) MILLS, *Névrite traumatique du plexus brachial*. *Philad. med. Times*, 1^{er} septembre 1877, p. 564. — POZZI, *Névrite du plexus brachial droit. Troubles trophiques*. *Gazette méd. de Paris*, 15 octobre 1885. — BLUM, *loc. cit.*

(2) JOFFROY, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1885, p. 284.

(3) DUPLAY, *De la périarthrite scapulo-humérale, etc.* *Arch. gén. de méd.*, novembre 1872, et *Traité de path. externe*, t. VII, p. 762.

(4) TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 mai 1885, p. 378.

de rupture des tuniques internes de l'artère sous-clavière par fractures de la clavicule et des côtes⁽¹⁾.

A la région sterno-mastoïdienne, les contusions, relativement fréquentes, atteignent le muscle sterno-mastoïdien et respectent le faisceau vasculo-nerveux sous-jacent, sauf dans les cas tout particuliers de constriction que nous étudierons dans cet instant. Le nombre des branches nerveuses qui sont en rapport avec le muscle rend compte de la douleur intense que provoque ici le traumatisme. Une contusion violente peut produire une attrition des branches nerveuses et déterminer de la paralysie. Un épanchement sanguin plus ou moins considérable se développe dans la gaine du muscle et peut produire des accidents de compression. Le muscle lui-même est, suivant les cas, paralysé ou contracturé; il peut être volontairement relâché à cause de la douleur que provoque sa contraction; il en résulte dans tous les cas un véritable torticolis symptomatique dont le sens varie suivant l'état du muscle (Jeannel).

Les contusions de la nuque, plus fréquentes que celles des régions antérieures du cou, atteignent des masses musculaires volumineuses; l'attrition de ces muscles qui maintiennent constamment la tête en équilibre est particulièrement douloureuse. Ces contusions sont assez souvent accompagnées de lésions vertébrales, fracture des apophyses épineuses et des lames, parfois luxation, ou de commotion ou de contusion de la moelle (voy. *Rachis*).

A côté de ces différentes variétés de contusions, il convient de faire une place à la strangulation et à la pendaison dont les lésions et les accidents tout spéciaux ne doivent pas être étudiés seulement dans les traités de médecine légale; à l'exemple de Peyrot⁽²⁾, nous en donnerons une courte description, car « ces violences intéressent aussi le chirurgien, qui peut avoir à intervenir, et d'une façon fort utile, dans certaines tentatives de suicide ou de meurtre ».

Dans la pendaison, la corde passée autour du cou soutient le corps abandonné à son propre poids. Le plus souvent, la compression porte, non pas sur le larynx, mais sur la base de la langue, car le lien suspenseur se place cinq fois sur six au-dessus du larynx.

Nous n'avons pas à rappeler ici les discussions anciennes sur la luxation de l'atlas sur l'axis, à laquelle on avait longtemps attribué la mort (J.-L. Petit). Nous ne pouvons que renvoyer pour ces détails au chapitre des luxations du rachis. On sait aujourd'hui que la mort est due à l'arrêt de la respiration et à l'interruption de la circulation encéphalique. Les expériences d'Hoffmann⁽³⁾, celles de Brouardel et de Lévy⁽⁴⁾, ont montré que, sous l'influence du lien contracteur, les gros vaisseaux du cou sont complètement imperméables.

L'effet de la compression des nerfs est beaucoup plus douteux; elle ne semble pas jouer en tout cas un rôle capital⁽⁵⁾ dans la production des accidents.

(1) BOWLBY, *Rupture partielle de l'artère sous-clavière*. *Bull. de la Soc. de pathol. de Londres*, 18 nov. 1890. *Mercure méd.*, 1890, p. 471-596. — Voici le résumé de cette observation: Femme âgée renversée sur le côté droit; fracture de plusieurs côtes et de la clavicule. Le bras est froid; pas de pouls; mort le lendemain. A l'autopsie, on trouve les deux tuniques internes de la sous-clavière rompues transversalement, non rétractées du côté du cœur, mais au bout périphérique rétractées d'un pouce dans la gaine de la tunique externe, complètement invaginées. Oblitération par un caillot.

(2) PEYROT, *Manuel de la pathol. externe*, t. III, p. 5.

(3) HOFFMANN, *Traité de méd. légale*. Vienne, 1877-1878.

(4) LÉVY, *Des causes de la mort dans la pendaison*. Thèse de Paris, 1879, n° 172.

(5) TAMASSIA, *Action du pneumo-gastrique dans la mort par pendaison*. *Riv. sper. di fren. e di med. leg.*, f. III et IV, 1880.

La mort n'est pas instantanée; le cœur bat encore pendant deux, quelquefois trois minutes, plus longtemps même si la constriction est insuffisante.

Dans la *strangulation*, la compression porte son effet surtout sur le larynx et la trachée directement lésés par les doigts ou par le lien constricteur.

Les lésions produites par la pendaison et la strangulation sont très diverses et toujours multiples. Il est inutile d'insister ici sur les excoriations cutanées, traces de doigts ou d'ongles, sur le sillon ecchymotique imprimé par le lien, altérations qui n'ont de valeur qu'en médecine légale. On a signalé des ruptures musculaires, des fractures de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée, des lésions vertébrales, enfin des ruptures des tuniques internes des artères. Sur 50 pendus avérés, Lesser⁽¹⁾ a trouvé 27 fois des lésions de l'os hyoïde, du larynx ou du rachis, 41 fois des lésions musculaires (10 fois rupture du sterno-mastoïdien, 5 fois du peucier, 2 fois du sterno-hyoïdien et du sterno-thyroïdien, 4 fois de l'omo-hyoïdien); la rupture du sterno-mastoïdien ne comprend jamais toute l'épaisseur du muscle. Quant aux lésions artérielles, déjà signalées autrefois par Amussat, Lesser les a rencontrées dans 7 cas, siégeant soit sur la carotide primitive, soit sur la carotide interne; elles consistaient en déchirures simples ou multiples n'intéressant que les tuniques internes du vaisseau et ordinairement situées sur sa paroi postérieure.

On conçoit que dans nombre de cas, alors qu'il y a seulement compression sans rupture des artères, si le lien constricteur est enlevé à temps, il soit possible de rappeler les patients à la vie. La respiration artificielle, l'électrisation, les excitations de la peau et des muqueuses du nez et du pharynx, seront les moyens à employer en pareil cas et devront être prolongés pendant un certain temps; des fractures du larynx pourront nécessiter la trachéotomie (voy. *Larynx*). Alors même que ces moyens auront réussi à ranimer le sujet, il faut savoir que pendant plusieurs jours peuvent survenir des accidents mortels, soit par lésions pulmonaires, soit par lésions cérébrales.

Ainsi qu'on vient de le voir, les lésions artérielles dues à la pendaison sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois; elles ne reconnaissent guère d'autre cause; la profondeur et la mobilité de ces vaisseaux qui fuient sous un choc direct et ne peuvent être, que très difficilement, blessés par une constriction énergique ou une distension brusque, suffisent à expliquer qu'il n'existe presque point d'observations de contusion ou de rupture, en dehors des cas de pendaison. Un fait fort curieux a été rapporté par Verneuil⁽²⁾ qui a observé une rupture des tuniques internes de la carotide, chez un homme renversé et traîné par un wagon; en l'absence de toute trace de contusion sur la région correspondante du cou, Verneuil conclut à une rupture par allongement, par distension; une thrombose totale de la carotide et de la sylvienne fut la conséquence de cette lésion.

On ne connaît pas de fait de rupture des grosses veines du cou. Cependant des vaisseaux d'un certain calibre peuvent être déchirés dans certaines conditions, et Gillette⁽³⁾ cite quelques cas d'épanchements sanguins profonds du cou chez

(1) LESSER, *Lésions locales de la pendaison*. *Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen*, nouv. série, t. XXXVII, octobre 1882, p. 265.

(2) VERNEUIL, *Contusions multiples, délire violent, hémiplegie à droite, signes de compression cérébrale; mort le cinquième jour. Rupture complète des tuniques profondes de la carotide interne gauche au cou; oblitération du vaisseau au point lésé par un caillot qui remonte jusqu'aux dernières branches de l'artère sylvienne. Ramollissement cérébral étendu à la presque totalité du lobe moyen*. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872, 2^e série, t. I, p. 46.

(3) GILLETTE, art. *Cou* du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XXI, p. 167.

des nouveau-nés, observés par Shrzeczka, Fasbender, Wegscheider et Ruge. Dans presque toutes ces observations, l'accouchement avait eu lieu par le siège.

Quant aux ruptures musculaires, elles seront étudiées avec les autres affections des muscles du cou.

II

PLAIES

Les plaies du cou ne sont pas fréquentes dans la pratique civile. Fischer en a relevé 50 cas sur 9508 malades traités de 1860 à 1876 dans les salles de Billroth; Jarjavay, 7 cas sur 6100 malades traités par lui à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Beaujon. Elles sont plus fréquentes en Angleterre qu'en Allemagne et en France (Peyrot). En effet, Legoyt⁽¹⁾ a montré que sur 1000 suicidés, 555 emploient les armes blanches en Angleterre, 76 en Allemagne, 65 en France. Dans la statistique des blessures de guerre, les plaies du cou sont plus nombreuses; sur 408 072 blessés, Otis a trouvé 4895 plaies du cou, soit 1,2 pour 100. Tous les chiffres que nous venons de citer sont sans doute au-dessous de la vérité, car les plaies qui intéressent les gros vaisseaux peuvent provoquer immédiatement ou très rapidement la mort, et cela surtout sur les champs de bataille.

Division. — Comme toutes les plaies des autres régions, les plaies du cou ont été divisées, d'après la nature de l'agent vulnérant, en plaies par *instruments piquants*, par *instruments tranchants*, par *instruments contondants* ou par *projectiles d'armes à feu*; la fréquence de l'intervention chirurgicale dans cette région, a permis de faire aussi une place à part aux plaies *opératoires*; ces dernières présentent en effet un grand intérêt, à cause des lésions vasculaires souvent considérables que nécessite l'acte opératoire.

La distinction en plaies *superficielles* ou sus-aponévrotiques et plaies *profondes* est très utile, car les plaies superficielles sont ordinairement *simples*, n'entamant que des vaisseaux ou des nerfs de peu d'importance; tandis que les plaies profondes sont le plus souvent *compliquées*, atteignant des organes « dont la blessure peut compromettre la vie, altérer une fonction ou déterminer quelque symptôme particulier »⁽²⁾.

Enfin, quelques auteurs se fondent sur les lésions de l'œsophage ou de la trachée, pour diviser les plaies du cou en *pénétrantes* et *non pénétrantes*.

Étiologie. — Les plaies du cou sont rarement accidentelles (chute sur un fragment de verre, sur une lame de métal, sur une tige de fer ou de bois, etc.); elles sont le plus souvent le résultat d'une tentative de meurtre ou de suicide; les plaies de guerre, autrefois dues pour la plupart à des instruments piquants ou tranchants (coup de baïonnette, coup de sabre), comprennent surtout aujourd'hui des plaies par projectiles plus ou moins volumineux, balles, éclats d'obus, etc.

Les seules conditions étiologiques spéciales aux plaies du cou peuvent donc se résumer en deux groupes de faits: plaies de guerre, tentatives de meurtre ou

(1) LEGOYT, art. *SUICIDE* du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 5^e série, t. XIII, p. 242.

(2) FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. V, p. 8.