

Le redressement de la tête est presque toujours obtenu par les moyens que nous venons d'indiquer ; en même temps disparaît la scoliose compensatrice de la colonne vertébrale. La déformation de la face n'est pas aussi facilement corrigée ; je l'ai vue disparaître chez les petits enfants ; par contre elle persiste plus ou moins chez les enfants plus âgés et chez les adultes. C'est un motif de plus d'engager les parents à laisser opérer leurs enfants de bonne heure.

II. LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

§ 6. — Aucune autre région n'est aussi exposée que celle du cou aux traumatismes les plus variés et capables de mettre en péril les jours du blessé. Grâce à la situation superficielle d'un certain nombre d'organes dont la lésion est facilement mortelle, les traumatismes ont ici très souvent le résultat désiré. Tantôt la vie est menacée par la pression d'une corde sur les voies aériennes et circulatoires dans une tentative de suicide ; tantôt c'est une main criminelle qui tue par strangulation ; tantôt enfin un rasoir sectionne les voies respiratoires ou les gros vaisseaux et produit la mort par hémorragie ou par la pénétration du sang dans les bronches. De même il arrive parfois que, dans une rixe, la pointe d'un couteau blesse la carotide ; la mort en est bientôt la conséquence, à moins que l'art n'intervienne pour lier le vaisseau et conjurer le danger.

Malgré la fréquence et la variété de ces lésions, nous ne leur consacrons pas un long chapitre, car le danger qui en résulte repose toujours sur les mêmes causes ; à savoir l'ouverture des voies respiratoires ou alimentaires, ou une lésion des vaisseaux. Les particularités que présentent ces blessures suivant les diverses causes qui ont pu les produire, ainsi que leur diagnostic différentiel, sont plutôt l'affaire du médecin légiste que du chirurgien. C'est pourquoi nous nous bornerons à quelques indications sommaires.

§ 7. — Nous étudierons d'abord les *fractures de l'os hyoïde, du larynx et de la trachée* produites par des instruments contondants ; nous ajouterons ensuite quelques considérations sur les *blessures du cou par instruments tranchants ou piquants* en insistant principalement sur les lésions des vaisseaux et les plaies pénétrantes des voies respiratoires et alimentaires.

Fractures de l'os hyoïde, du larynx et de la trachée.

1. Os hyoïde.

Les fractures de cet os sont loin d'être fréquentes et s'accompagnent, dans bien des cas, de lésions du larynx. Elles sont produites par les causes traumatiques les plus diverses agissant sur la face antérieure du cou ;

d'après GURLT la cause la plus capable de produire une fracture est une pression exercée horizontalement sur l'os hyoïde ; cette condition se trouve réalisée surtout par la pression de la main dans la strangulation. Cette pression exagère la courbure de l'os qui se brise en deux fragments. D'autre part, les violences traumatiques tendant à comprimer l'os hyoïde contre la colonne vertébrale, redressent l'arc décrit par cet os, et peuvent ainsi en amener la rupture. On dit avoir aussi observé des fractures par action musculaire. Rarement c'est le corps de l'os qui se brise ; le plus souvent la fracture intéresse une des grandes cornes.

Parmi les **symptômes** nous devons mentionner la *crépitation* perçue, soit par la palpation, soit au moment de la déglutition. On se gardera bien de la confondre avec le craquement particulier que l'on perçoit souvent à l'état normal au niveau de l'os hyoïde et du larynx, lorsqu'on fait mouvoir ces parties sur les corps des vertèbres correspondantes. Outre la crépitation, on constate de la tuméfaction, de la douleur, et souvent on peut sentir le déplacement des fragments soit par l'examen direct, soit par l'examen combiné externe et interne.

Les *symptômes fonctionnels* consistent en une difficulté des mouvements de la langue, lesquels sont douloureux ; en outre, et surtout, les mouvements de déglutition sont très pénibles et même impossibles (*dysphagia Valsavae*) ; ce dernier symptôme peut persister des semaines sans changement.

Les traumatismes du larynx et de la trachée s'accompagnant presque toujours de *troubles respiratoires*, le diagnostic est en général facile. En ce qui concerne la guérison, nous devons faire remarquer qu'elle s'opère dans la plupart des cas, avec formation d'un cal bien manifeste, et que rarement on observe une nécrose des fragments.

Quant au **traitement** on pourra quelquefois réduire les fragments à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche et d'un autre doigt placé extérieurement sur l'os. Mais il est absolument impossible de maintenir les fragments réduits. La dysphagie nécessitera parfois l'alimentation par la sonde œsophagienne.

2. Larynx et trachée.

§ 8. — Les fractures intéressent le plus souvent les cartilages thyroïde et cricoïde, rarement les cartilages aryténoïdes. Les deux premiers peuvent être lésés simultanément, ce qui est relativement fréquent. L'ossification des cartilages les prédispose aux fractures ; toutefois celles-ci s'observent aussi chez les individus jeunes.

Tous les actes de violence capables de produire une fracture du larynx, comme la pendaison, la strangulation, un coup porté sur le larynx, une chute sur un objet résistant, agissent, d'une manière générale, comme nous l'avons vu à propos des fractures de l'os hyoïde. Tantôt c'est une pression horizontale portant sur les côtés et exagérant les courbures

antérieure et postérieure du larynx au delà de leur coefficient d'élasticité; tantôt, au contraire, c'est d'avant en arrière qu'agit la cause traumatique; le larynx, fortement comprimé contre la colonne vertébrale, se brise dès que la limite de son élasticité se trouve dépassée. On comprend aisément que ces deux catégories de causes traumatiques produiront des formes de fracture différentes; dans le premier cas on observera surtout des fractures longitudinales de la partie moyenne du cartilage thyroïde, des fractures doubles du cartilage cricoïde, etc.; dans la seconde alternative, on aura affaire, soit aux formes précédentes, soit à des fractures irrégulières avec écrasement. Quelquefois on a vu se briser les grandes cornes du cartilage thyroïde.

Assez souvent les fractures se compliquent de plaies de la peau ou de la muqueuse et d'un **épanchement sanguin** au-dessous de cette dernière. On ne possède aucune donnée anatomique sur le mode de guérison des fractures du larynx.

On connaît un certain nombre de cas de fractures du larynx bien observées et dûment constatées, et qui ont évolué favorablement. Cependant, d'une façon générale, ces fractures doivent être considérées comme des lésions de toute gravité.

Les **symptômes** objectifs, lorsque toutefois on peut les constater, consistent dans la tuméfaction, la crépitation et le déplacement souvent manifeste à la palpation. Quant aux *troubles fonctionnels* ils sont très graves. Bien rarement ils se bornent à un léger enrouement et à une gêne modérée de la respiration. Presque dans tous les cas la fracture est bientôt suivie d'une toux violente, avec expectoration sanguine, et d'une **dyspnée considérable avec des symptômes graves d'asphyxie**. La respiration s'accompagne de râles et de sifflements particuliers qui varient avec la nature du rétrécissement et des lésions de la muqueuse.

La voix est presque toujours altérée. Lorsqu'il existe une lésion de la muqueuse, on voit quelquefois se développer rapidement un **emphysème sous-cutané très étendu**. Nous doutons que l'on soit autorisé à expliquer par une **commotion** du larynx l'apparition de phénomènes graves de dyspnée ou de syncope, et même la mort subite. C'est LISTON qui a émis cette manière de voir, partagée plus tard par un certain nombre de chirurgiens; l'application du garrot par des voleurs, dans le but de réduire leur victime à l'impuissance, a été souvent une cause de mort rapide, ce qui paraîtrait donner un appui à cette hypothèse. Mais il est bien probable que, dans la plupart de ces cas, la mort est due à de véritables lésions du larynx.

La **marche et le pronostic** dépendent des troubles fonctionnels que nous venons de décrire; tantôt la fracture est suivie d'une mort rapide par suffocation, tantôt elle ne produit d'abord qu'une gêne modérée de la respiration, et n'entraîne la mort qu'au bout de quelques jours, la

dyspnée s'aggravant sans cesse à mesure qu'augmente la tuméfaction du larynx.

Le **traitement** devra se baser sur les troubles fonctionnels. La statistique des cas de mort nous autorise à poser comme principe que la **trachéotomie** doit être faite immédiatement dans tous les cas de fracture du larynx s'accompagnant de symptômes d'asphyxie, même modérés. Lorsque la fracture intéresse le cartilage thyroïde, l'incision sera faite au niveau de la membrane crico-thyroïdienne; si le cartilage cricoïde est fracturé, on fera la trachéotomie supérieure. A l'aide d'une pince recourbée, ou d'autres instruments analogues introduits dans la plaie, on cherchera à réduire les fragments. Malheureusement nous ne possédons aucun moyen qui permette de maintenir sûrement en place les fragments après leur réduction. Aussi a-t-on observé des cas de persistance du rétrécissement qui obligeait les malades à porter une canule d'une façon permanente et définitive.

Vu la gravité du pronostic, même au point de vue des fonctions ultérieures du larynx, on fera bien de prendre en considération le conseil donné par WAGNER à propos de l'observation d'un cas de fracture du larynx ayant eu une terminaison malheureuse. Il part de cette idée qu'il serait très désirable de traiter antiseptiquement et de maintenir dans un état d'asepsie les fractures en question; d'autre part l'intervention opératoire destinée à obtenir l'asepsie du foyer de la fracture pourrait servir en même temps à réduire les fragments déplacés et à les maintenir dans une position normale. Dans ce but on pratiquera d'abord la trachéotomie et le tamponnement de la trachée (canule-tampon). Puis on incisera le larynx sur la ligne médiane et l'on écartera les deux moitiés du cartilage thyroïde. Cette opération permettra alors de poser le diagnostic, de rendre aseptiques les blessures que l'on pourrait rencontrer, de réduire ou d'exciser au besoin des fragments de cartilage; enfin on remplira de gaze iodoformée la cavité du larynx.

§ 9. — **Les fractures de la trachée** sont rares. Elles sont dues aux mêmes causes que les fractures du larynx. Dans le petit nombre de faits de ce genre qui ont été publiés, la fracture était tantôt longitudinale, tantôt transversale. On comprend que les symptômes locaux s'effacent ici plus ou moins en présence de symptômes fonctionnels d'une haute gravité. L'emphysème a été très souvent observé. Dans les cas où le diagnostic est certain, il faudrait aller à la recherche de l'endroit blessé, et entretenir la respiration par l'introduction d'une canule.

On a observé quelquefois la rupture d'une bronche près du point de division de la trachée; cette lésion est naturellement au-dessus des ressources de l'art.