

Plaies du cou.

§ 10. — La grande majorité des plaies du cou, en temps de paix, reconnaissent pour cause une **tentative de suicide**. C'est pourquoi ces plaies ont habituellement une direction transversale ou oblique de haut en bas et de gauche à droite. Très souvent l'instrument traverse le ligament thyro-hyôidien et ouvre ainsi la cavité du pharynx. Lorsque l'incision a été faite plus bas, elle intéresse volontiers le larynx ou la trachée, ainsi que la carotide ou la jugulaire interne d'un côté. Quant aux plaies par instruments tranchants ou piquants produites par une main ennemie, elles sont naturellement beaucoup moins caractéristiques.

Les **plaies du cou par armes de guerre** sont relativement rares ; cependant il faut admettre qu'un certain nombre de blessés de cette catégorie meurent rapidement avant d'avoir pu recevoir les soins du médecin. D'autre part on sait que les plaies du cou par armes à feu évoluent quelquefois sans accidents et d'une façon, pour ainsi dire, paradoxale. On explique cette marche favorable en admettant que le projectile se creuse sous la peau un trajet circulaire autour du cou, et peut même revenir à son point de départ, c'est-à-dire à l'orifice d'entrée (!). Il est fort douteux que cette hypothèse doive toujours être admise dans les cas où la plaie évolue sans aucun accident. Dans plusieurs de mes observations de blessures du cou par armes à feu, la balle avait pénétré profondément et même dans un cas elle était venue se loger en arrière de la trachée, et cependant elle n'avait donné lieu à aucun symptôme qui pût faire soupçonner une lésion des organes de cette région.

Parmi les couches superficielles du cou pouvant être lésées, nous devons mentionner d'abord la peau avec ou sans le muscle peaucier. Chez les personnes grasses la région supérieure du cou présente les sillons transversaux bien connus, que l'opérateur choisira de préférence pour l'incision, afin de masquer ainsi la cicatrice qui résultera de l'opération. Dans les régions moyenne et inférieure, au contraire, ces plaies transversales présentent de graves inconvénients. Lorsqu'elles ont une certaine étendue, on court facilement la chance de rencontrer les vaisseaux superficiels à direction longitudinale, surtout la jugulaire externe ; en outre les bords de la plaie ont toujours une tendance à s'écarter ; cet inconvénient est encore plus accusé lorsque le peaucier a été aussi compris dans l'incision ; les deux parties du muscle sectionné se retirent en haut et en bas en entraînant avec elles la couche cutanée. La section peut intéresser les autres muscles superficiels avec leurs gaines aponevrotiques, comme le sterno-mastoidien et les divers muscles longitudinaux de la partie antérieure du cou ; ces cas sont très favorables au développement de processus phlegmoneux pendant la guérison de la plaie. Ces complications, cependant, n'empêchent pas la plaie de se guérir

souvent sans aucun trouble fonctionnel. Le phlegmon développé dans ces conditions se propage le long des couches de tissu conjonctif qui ont été divisées.

De même que nous voyons quelquefois, à la suite d'une opération, un phlegmon septique se propager le long de la gaine des vaisseaux jusque dans la cavité thoracique, de même nous pouvons observer la même complication à la suite de plaies accidentelles (*Voir plus loin les affections inflammatoires du cou*). La suppuration qui survient assez souvent, dans les plaies profondes principalement, nécessite l'ablation immédiate des sutures. Cependant ce n'est pas un motif pour s'abstenir de suturer des plaies qui ne sont pas en trop mauvais état. Mais on prendra la précaution, si l'on ne voit pas le blessé aussitôt après l'accident, de désinfecter d'abord soigneusement la plaie avec une solution phéniquée avant d'entourer le cou d'un pansement antiseptique.

Les principaux dangers, dans les plaies du cou, résultent de la lésion des *gros vaisseaux et des voies respiratoires et alimentaires*. C'est ce qui va faire le sujet de notre étude.

Plaies des vaisseaux du cou.

1. Plaies des artères.

§ 11. — Il ne sera pas question ici des lésions des différents petits vaisseaux du cou, comme les artères occipitale, linguale, thyroïdienne, bien que ces blessures puissent être suivies d'hémorragies graves. Nous parlerons seulement des lésions des carotides commune, externe et interne, de la sous-clavière et de la vertébrale.

La **carotide commune** peut être blessée isolément ou en même temps que la jugulaire interne et le nerf vague. Elle est assez souvent épargnée dans les tentatives de suicide dont nous avons parlé, alors même que l'instrument a sectionné la gaine vasculaire et a mis à nu le vaisseau. On a expliqué ce fait par le renversement instinctif de la tête en arrière, au moment où le suicidé plonge son couteau dans la profondeur du cou ; en outre l'artère se déplace et fuit sous l'instrument. Les plaies par instruments piquants et par armes à feu sont bien plus fréquentes. Enfin lorsque l'artère est située dans le voisinage d'un abcès ou d'un néoplasme du cou, elle peut s'ulcérer et se rompre. — Le vaisseau peut avoir été seulement ponctionné et l'hémorragie peut même s'arrêter momentanément, grâce à l'interposition des tissus au-devant de la plaie de la gaine vasculaire. Dans d'autres cas le vaisseau a été complètement divisé, les deux bouts se sont rétractés et l'hémorragie ne s'est arrêtée qu'après que le cou a été distendu par un énorme épanchement sanguin. Dans ces deux catégories de plaies, l'hémorragie peut se montrer seulement au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines. Il en est de même dans les cas où

un projectile n'a fait qu'effleurer le vaisseau; l'escarre qui en résulte ne s'élimine qu'au bout d'un certain temps, et c'est alors que survient l'hémorragie. Si l'on fait abstraction de ces cas, dans lesquels le sang trouve un obstacle à son écoulement, l'hémorragie est presque toujours très abondante et entraîne rapidement la mort.

Les plaies de la **carotide externe** sont aussi suivies d'hémorragies très violentes. Dans une de mes observations, l'artère avait été blessée par un instrument piquant au-dessous de l'angle de la mâchoire; il en résulta d'abord une forte hémorragie, puis le sang cessa de couler pendant plusieurs jours. Le jet de sang qui venait de la profondeur de la plaie avait le volume du doigt. Lorsque la **carotide interne** est blessée à ce même endroit, la lésion intéresse souvent en même temps la veine jugulaire et le vague. Certainement il faut considérer comme excessivement rares les cas dans lesquels la carotide interne a pu être blessée de dedans en dehors au niveau des amygdales. Enfin l'intérieur du rocher constitue le troisième point où cette artère peut être blessée ou se rompre à la suite de processus qui en ulcèrent et détruisent les parois. C'est ce qu'on a observé assez souvent à la suite de fractures de la base ou de plaies par armes à feu. Une partie des hémorragies par l'oreille, si redoutées dans les caries et fractures du rocher, doivent être attribuées à une lésion de la carotide interne à ce niveau.

Dans les cas de blessures de la faciale, de la thyroïdienne, de la linguale dans le voisinage du tronc de la carotide externe, on peut penser à une lésion de cette dernière et rester dans le doute à ce sujet; de même il est souvent difficile de dire si une hémorragie provient de la vertébrale ou de la thyroïdienne inférieure.

L'hémorragie par le **tronc brachio-céphalique** est due le plus souvent à une plaie par instrument piquant ou par arme à feu; elle entraîne rapidement la mort. De même une lésion de la **sous-clavière** constitue un accident extrêmement grave, d'autant plus qu'il s'agit ordinairement, dans ces cas, d'une rupture du vaisseau par de gros projectiles (boulets, éclats d'obus ou de shrapnels) qui produisent en même temps des lésions de la veine sous-clavière, des nerfs, de la clavicule et des côtes, de la plèvre et du poumon. Le vaisseau peut être blessé ou complètement divisé, soit par le projectile lui-même, soit par des fragments d'os fracturés d'une façon comminutive (omoplate, clavicule). Évidemment, dans la plupart des cas, le blessé meurt déjà sur le champ de bataille. Cependant la mort arrive parfois plus tardivement à la suite d'hémorragies répétées. D'autres blessés ont pu être sauvés par une ligature faite à temps. Dans un certain nombre de cas on voit se développer des **hématomes artériels**, et cela quelquefois longtemps après la blessure, alors qu'elle est déjà guérie; quelques-uns de ces malades ont pu être aussi guéris par la ligature. A la suite des plaies par armes à feu, le pronostic de la ligature de la sous-clavière est encore plus mauvais que pour l'ensemble de toutes

les ligatures de cette artère. D'après BERGMANN la mortalité est de 70, 6 pour cent.

Le diagnostic des plaies de la sous-clavière se base sur le siège de la lésion, l'abondance de l'hémorragie artérielle, l'**arrêt du pouls radial**, enfin, dans un certain nombre de cas, sur la coïncidence avec une forte hémorragie, de symptômes indiquant une lésion du plexus brachial.

Les lésions de la **vertébrale** n'ont été étudiées sérieusement que dans ces derniers temps (G. FISCHER, KOCHER). Cette artère peut être atteinte, dans tout son trajet au cou, par des instruments piquants, par des projectiles et corps étrangers de toutes espèces qui ont pénétré à travers les tissus. Le plus ordinairement c'est au niveau de l'atlas que l'artère est blessée, et souvent, dans ces cas, la plaie est située à un pouce au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde. Cependant elle peut être atteinte d'avant en arrière par une balle pénétrant dans la gorge. La lésion est assez souvent indirecte et produite par un fragment de vertèbre fracturée. En général il n'en résulte pas immédiatement une forte hémorragie; celle-ci ne survient qu'au bout de quelques jours, s'accompagnant d'une fièvre intense, symptomatique d'un phlegmon local avec septicémie. Le pronostic est mauvais, soit pour ce dernier motif, soit à cause du danger de lésions concomitantes de la moelle, etc., soit enfin en raison de la situation du vaisseau qui crée de grandes difficultés de diagnostic et de traitement.

§ 12. — Lorsqu'on prend en considération le nombre considérable de vaisseaux qui se trouvent accumulés sur un espace aussi restreint que la région du cou, on comprend facilement que, dans le cas d'une hémorragie, on soit dans l'incertitude au sujet du vaisseau qui a été blessé. Il est vrai que, lorsqu'une plaie divise le cou transversalement à la hauteur du cartilage thyroïde, on n'hésitera pas à rapporter le jet de sang artériel à une lésion de la carotide commune; mais si l'on est appelé plus tard, alors que la région présente déjà du gonflement, on ne pourra peut-être même plus reconnaître si la lésion intéresse la veine ou l'artère, ou seulement une des branches de la carotide. On sera dans le doute le plus complet dans les cas où l'hémorragie provient d'une plaie située plus inférieurement dans la région du cou. Une balle ou un instrument piquant pénétrant directement au-dessus de la clavicule, peut avoir atteint le tronc innominé, la sous-clavière, la carotide primitive ou une branche secondaire. L'hémorragie provient peut-être d'une grosse veine, mais il est impossible de poser immédiatement un diagnostic précis. Les rapports anatomiques ne peuvent nous servir de guide dans ces cas. C'est ainsi qu'une plaie située au niveau de la sixième vertèbre cervicale, peut avoir atteint aussi bien la vertébrale que la carotide. On ne peut avoir recours ici au moyen habituel de diagnostic qui consiste à exercer une compression au-dessous de la plaie, et à tirer des conclusions au sujet du vaisseau qui a été blessé lorsque la compression fait cesser l'hé-