

d'autre part, lorsqu'une veine volumineuse a été sectionnée, les deux bouts peuvent se rétracter si bien qu'il suffit d'une légère compression continuée un certain temps pour mettre fin à l'hémorragie. C'est pourquoi, dans les cas où il n'y a pas urgence à pratiquer immédiatement la ligature, on essayera, après avoir suturé la plaie, d'exercer une compression légère et continue au moyen de compresses, ou bien on fera le tamponnement de la plaie avec de la gaze de Lister. Enfin LANGENBECK a conseillé la ligature de la carotide comme moyen hémostatique dans les hémorragies de la jugulaire interne; ce procédé n'est point d'une efficacité absolue, et si l'on compare la ligature de la carotide à celle de la jugulaire au point de vue de leurs résultats, on se demande, lorsqu'on a la liberté du choix, à laquelle de ces deux opérations il convient de donner la préférence. Quant à nous, nous n'hésitons pas un instant à avoir recours à la ligature de la veine, opération qui, avec les précautions antiseptiques, est sûre et peu dangereuse.

Blessures des nerfs du cou.

§ 25. — C'est en temps de guerre que l'on observe la plupart des lésions des nerfs du cou. Cependant le **plexus brachial** n'est pas seulement exposé aux plaies par armes à feu; il peut être atteint dans des contusions de la clavicule et de la région sus-claviculaire; les plaies par instruments piquants sont rares. Les nerfs peuvent être complètement divisés et broyés ou ne présenter qu'une lésion partielle; ils peuvent être compromis dans leur intégrité par un épanchement sanguin et des adhérences consécutives.

Suivant la lésion on observera tantôt une paralysie complète de la motilité et de la sensibilité du bras, tantôt une paralysie affectant principalement l'appareil moteur, tantôt une paralysie circonscrite, limitée à un groupe de muscles. La paralysie succède immédiatement à la blessure, ou bien elle survient seulement plus tard, ce que l'on s'explique facilement si l'on tient compte des différentes formes de lésions mentionnées plus haut. De même on comprend qu'un rétablissement complet de l'activité nerveuse ne soit possible que dans les cas où la cause traumatique n'a pas produit une destruction ou une division totale du nerf et un écartement des deux bouts de ce dernier.

Outre la paralysie de la sensibilité et de la motilité, on voit bientôt survenir dans le membre paralysé des troubles notables de la nutrition, surtout marqués dans les doigts; la peau est tendue, d'un rouge vif ou d'un rouge bleuâtre; les ongles et les poils présentent un développement exagéré. On observe souvent de l'eczéma et des tumeurs dans les parties paralysées.

La paralysie s'accompagne assez souvent de névralgies et contractures douloureuses; ces accidents peuvent, du reste, aussi se montrer alors

qu'il n'existe pas de paralysie bien manifeste. Les névralgies s'observeraient surtout à la suite de lésions intéressant le plexus brachial entre la clavicule et la première côte (G. FISCHER).

Au début du traitement il importe, dans toutes ces lésions, d'éloigner les corps étrangers, tels que balles, esquilles osseuses, qui peuvent comprimer les nerfs. Sauf les opérations qui répondent à cette indication, nous devons nous borner au début à traiter ces lésions d'après les principes généraux du traitement des plaies. Plus tard les paralysies seront combattues par l'électricité, par des mouvements appropriés du membre, par les bains, les douches etc. Dans les névralgies on essayera le courant constant en même temps que les injections de morphine. D'après ce que nous avons dit plus haut, on comprend qu'un grand nombre de malades dont les nerfs ont été blessés ou détruits, n'aient aucune guérison à espérer. Dans un cas tout à fait défavorable de névralgie avec contracture du membre supérieur à la suite d'une contusion du bras et du cou, NUSSBAUM mit à nu les nerfs du bras ainsi que les nerfs du plexus brachial jusqu'à leur sortie de la colonne vertébrale; il fit ensuite l'élongation de chacun de ces nerfs, et obtint ainsi la guérison.

L'élongation des nerfs du plexus brachial au niveau du cou a été encore tentée plusieurs fois après NUSSBAUM; c'est ainsi que VOGT l'a employée avec succès dans un cas de tétanos ayant eu pour point de départ une plaie de la main. On trouve ces nerfs dans le triangle formé par le bord postérieur du sterno-mastoïdien, le bord antérieur du trapèze et la clavicule. Pour cette opération, l'épaule est abaissée et la tête tournée du côté opposé. On fait, le long du bord du trapèze, une incision longue d'environ 8 cent., commençant à 3 cent. au-dessus de la clavicule; on divise la peau et le peucier en prenant soin d'éviter la jugulaire externe; puis on sépare les tissus avec les doigts, avec un crochet ou un autre instrument moussé, et l'on va à la recherche du scalène moyen (faisceau antérieur du scalène post.) que l'on trouvera au niveau du bord antérieur du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate; le muscle omo-hyoïdien se montre à la partie inférieure de la plaie. En avant on découvre, en outre, le scalène antérieur et l'on pénètre entre ces différents muscles, en divisant l'aponévrose qui les recouvre; on trouve alors les nerfs du plexus brachial. On pénètre à l'aide des doigts ou d'un crochet moussé en arrière de ces nerfs, on incise leur gaine et l'on isole chacun des cordons nerveux jusqu'aux apophyses transverses des vertèbres cervicales; enfin on introduit le doigt en forme de crochet sous ces différents nerfs, et l'on exerce sur eux une traction (VOGT).

Quant aux autres nerfs de la région du cou, le vague, le phrénique et le sympathique, ils peuvent être aussi blessés isolément ou se trouver intéressés dans les lésions compliquées décrites plus haut. C'est surtout le vague qui peut être atteint par des projectiles ou sectionné dans le

cours d'une opération ; on observe alors le tableau symptomatique que l'on reproduit dans les sections expérimentales du pneumogastrique chez les animaux ; ces symptômes consistent dans la dyspnée, l'altération de la voix par paralysie du récurrent, enfin les signes d'une pneumonie consécutive. Dans quelques cas on a aussi observé des symptômes indiquant une lésion du sympathique cervical (étroitesse ou dilatation de la pupille, rougeur de la face, etc.) ; de même on a constaté plusieurs fois des lésions traumatiques du nerf phrénique.

Dernièrement, dans un cas de névralgie occipitale, j'ai fait l'élongation du nerf grand occipital (*occipitalis major*), de la branche mastoïdienne du plexus cervical (*occipitalis minor*) et de la troisième branche cervicale antérieure¹. On va à la recherche des deux premiers nerfs à l'endroit où ils atteignent la région de l'occiput ; on ne les trouve pas toujours très facilement. Pour parvenir à la troisième branche cervicale, on cherche d'abord le nerf auriculaire au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien, et en suivant le trajet de ce nerf dans la profondeur, on arrive sur le tronc nerveux en question.

Plaies des conduits respiratoire et alimentaire

§ 26. — Ces conduits peuvent être blessés par des instruments piquants et par des projectiles de guerre, mais dans la grande majorité des cas il s'agit de plaies par instruments tranchants, à direction plus ou moins transversale, dans une tentative de suicide. Quelquefois l'instrument atteint le cou à sa partie tout à fait supérieure ; une incision transversale divise les parties molles entre le menton et l'os hyoïde ; la base de la langue peut aussi être atteinte et les nerfs correspondants, lingual et hypoglosse, peuvent être sectionnés en même temps que les artères. La base de la langue séparée ainsi de ses muscles antérieurs, peut en se rétractant amener des accidents de suffocation. Le même danger est à redouter lorsque l'incision a traversé la muqueuse et que le sang des vaisseaux divisés s'écoule dans la cavité bucco-pharyngienne. Dans ces cas de perforation complète, la plaie devient béante lorsque la tête est renversée en arrière ; elle livre passage aux aliments et aux boissons, à la salive et au mucus ; la déglutition est très difficile à cause de la séparation de l'os hyoïde, de sorte que les aliments liquides ou solides peuvent pénétrer dans le larynx.

Une incision typique est celle qui divise la région située entre le

1. Rappelons que le *nerf grand occipital* est la branche postérieure du deuxième nerf cervical. Situé d'abord au-dessous de l'oblique inférieur, il se place bientôt entre ce muscle et le grand complexe, se porte obliquement en haut et en dedans, traverse ce dernier muscle, puis le trapèze, et enfin se porte directement en haut pour devenir sous-cutané. — La *branche mastoïdienne* se dirige en haut et un peu en arrière, parallèlement au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

(Note du trad.).

larynx et l'os hyoïde. Lorsque la tête est fortement ramenée en arrière au moment de l'incision, celle-ci peut diviser tous les tissus à ce niveau et pénétrer jusque dans le pharynx ; elle peut même intéresser la plus grande partie de la muqueuse pharyngienne, et cependant les gros vaisseaux du cou sont loin d'être toujours atteints, car ils fuient en arrière sous l'instrument. La membrane thyro-hyoïdienne est habituellement divisée et l'instrument peut traverser la muqueuse et venir blesser l'épiglotte ou même le larynx. L'épiglotte peut même, lorsqu'elle est complètement séparée de la base de la langue, tomber comme un corps étranger sur la fente glottique et l'oblitérer. Les plaies qui atteignent la glotte sont encore plus graves, non seulement à cause du danger d'hémorragie, mais parce que le plus souvent la lésion intéresse en même temps les replis aryéno-épiglottiques, dont la tuméfaction (œdème de la glotte) entraîne des accidents graves de suffocation. Le larynx et l'os hyoïde peuvent être blessés également ; il en est de même des vaisseaux situés latéralement, la linguale, la thyroïdienne supérieure ; dans ce cas le sang peut s'écouler dans le larynx. Lorsque ces plaies sont très étendues, par exemple d'un sterno-mastoïdien à l'autre, elles subissent un écartement considérable dès que le blessé renverse la tête en arrière ; le larynx et le pharynx deviennent ainsi accessibles à la vue.

Le danger d'asphyxie existe à un haut degré dans toutes ces plaies. Au début ce danger résulte de la chute de la langue en arrière, ou de l'épiglotte qui vient s'appliquer sur la fente glottique ; ou bien c'est du sang coagulé qui s'accumule au-dessus de l'orifice du larynx, ou encore, du sang liquide qui s'écoule dans la trachée. Plus tard ce sont les hémorragies secondaires et la tuméfaction inflammatoire des replis aryéno-épiglottiques, qui mettent en péril les jours du blessé. En outre le malheureux est tourmenté par d'autres symptômes très pénibles ; la phonation est tout à fait déficiente et le malade peut à peine se faire comprendre ; la respiration subit des troubles notables, de même que la déglutition. Les aliments et les boissons s'écoulent à travers la plaie, ou bien, dans un effort de déglutition, pénètrent dans le larynx et produisent des accès de toux et des symptômes de suffocation. Enfin le blessé est menacé de pneumonie par l'introduction de substances septiques dans les voies respiratoires. Beaucoup de malades succombent à ces accidents, surtout à l'asphyxie ; cependant on observe des cas de guérison, même alors que la plaie paraissait très grave en raison de son étendue et de sa profondeur. On observe quelquefois des fistules consécutives s'ouvrant tantôt au niveau de l'orifice supérieur du larynx, tantôt plus haut dans la cavité du pharynx ; dans le premier cas surtout ces fistules sont une source de désagréments ; elles causent des troubles de la phonation, et les aliments solides ou liquides ont une tendance à pénétrer dans le larynx. Le traitement est le même que pour les fistules du larynx dont nous aurons à parler ultérieurement.