

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 défectueuse 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.

§ 27. — Le premier soin du chirurgien dans les plaies que nous venons de décrire, sera de veiller à la liberté de la respiration. S'il constate des symptômes indiquant une sténose du larynx, il devra en rechercher la cause; s'agit-il de la chute de la langue en arrière, il la saisira avec une pince et la maintiendra fixée en avant à l'aide d'une anse de fil. Si l'épiglotte a pris une mauvaise position et est séparée totalement ou en partie de la base de la langue, le mieux est de l'extirper. On éloignera le sang accumulé dans le pharynx et oblitérant la glotte. Puis vient l'hémostase, la ligature des vaisseaux. Si le blessé présente des symptômes qui font présumer qu'une grande quantité de sang s'est déjà écoulé dans la trachée, on introduira par la plaie, ou après avoir fait la trachéotomie, une sonde élastique à l'aide de laquelle on aspirera le sang. Si les symptômes de dyspnée persistent, si l'on n'est pas sûr que l'hémorragie se soit arrêtée et que, d'autre part, on voit se développer rapidement une tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques, comme c'est la règle lorsque la glotte a été blessée, on n'hésitera pas à faire immédiatement la trachéotomie; si l'on craint une hémorragie secondaire, on introduira dans la trachée une canule-tampon. Lorsque tous ces symptômes font défaut, il n'y a aucune indication à pratiquer la trachéotomie; cependant il faut surveiller le malade et tout préparer pour exécuter cette opération à l'apparition des symptômes redoutés.

Lorsqu'on s'est décidé à faire la trachéotomie, la plaie doit être suturée; mais il convient de laisser ouverts les angles de cette dernière, et d'assurer par un drainage convenable l'écoulement des liquides infects et des restes d'aliments venant de la cavité buccale. Chez les malades qui n'ont pas subi la trachéotomie, la guérison par première intention ne s'obtient presque jamais; c'est pourquoi il faut se contenter d'appliquer quelques sutures pour que la plaie ne soit pas béante; dans le même but on fera coucher le malade, de telle façon que la tête soit fortement inclinée en avant.

L'impossibilité de la déglutition qui est la règle dans les premiers jours, nécessite l'emploi de la sonde œsophagienne. Les malades apprennent bientôt à avaler en exerçant une pression sur le plancher buccal.

Plaies du larynx et de la trachée.

§ 28. — La plupart de ces plaies sont aussi produites par des instruments tranchants dans des tentatives de suicide; cependant on observe assez souvent des plaies par armes à feu, et quelquefois le larynx ou la trachée ont été blessés par des instruments piquants. Les plaies par instruments tranchants sont rarement longitudinales; celles qui affectent cette direction sont presque toujours dues au bistouri du chirurgien dans la trachéotomie; les plaies par suicide ont, par contre, une direction

plus ou moins transversale. Elles sont plus souvent simples que multiples; elle divisent le cartilage thyroïde et les cordes vocales ou séparent la partie inférieure du larynx (cartilage cricoïde) de sa partie supérieure; lorsqu'elles sont multiples elles peuvent détacher complètement et luxer en dedans des portions du cartilage thyroïde ou cricoïde. La plaie peut se compliquer de lésions des parties voisines, de la glande thyroïde, du pharynx et de l'œsophage et surtout des vaisseaux.

Dans les plaies par armes à feu le projectile peut traverser le larynx sans amener de phénomènes graves (V. LANGENBECK), mais habituellement il produit des fractures irrégulières de cet organe; des portions de cartilage peuvent être projetées dans l'intérieur du larynx et même pénétrer, comme des corps étrangers, dans la trachée. Quelquefois un coup de feu dans la bouche, dans une tentative de suicide, a pour conséquence un rétrécissement du larynx, produit par un hématome sous-muqueux, qui, de la plaie du palais, s'est étendu jusqu'aux replis aryténo-épiglottiques.

Les plaies de la trachée siègent le plus souvent dans le tiers supérieur de ce conduit et sont alors transversales. La trachée peut être complètement divisée; dans ce cas les deux bouts s'écartent considérablement; le bout inférieur surtout fuit vers la partie inférieure du cou jusqu'au niveau du creux sus-sternal. On observe fréquemment des lésions concomitantes de la glande thyroïde et de l'œsophage, tandis que les vaisseaux sont assez souvent épargnés.

Les plaies par instruments piquants présentent des caractères exceptionnels; la plaie cutanée très petite n'étant souvent pas parallèle à la plaie de la trachée, il en résulte facilement un **emphysème sous-cutané** très étendu.

Parmi les symptômes des plaies du larynx et de la trachée, nous devons citer en première ligne ceux qui sont dus à un **rétrécissement de ces conduits**. L'obstacle à la respiration peut être l'effet direct de la lésion, lorsque des lambeaux flottants de tissus viennent obstruer la lumière du conduit laryngo-trachéal. Il en est de même lorsqu'un caillot sanguin vient à se former aussitôt après le traumatisme, soit au-dessus de la glotte, soit plus bas entre les cordes vocales et dans l'intérieur du larynx. Un pareil accident, il est vrai, s'observe rarement, car le sang est rejeté par des accès de toux. La gêne respiratoire est bien plus souvent la conséquence de l'écoulement de grandes quantités de sang dans la trachée; ce dernier remplit d'abord les petites bronches et finalement les bronches d'un plus grand calibre. C'est ce qui arrive lorsque l'hémorragie se produit dans le larynx lui-même, ou lorsque le sang provenant de vaisseaux extérieurs aux voies respiratoires, pénètre dans la trachée divisée. Pendant un certain temps le liquide sanguin est agité dans les petites bronches, avec production de râles à chaque mouvement respiratoire, puis il se coagule et forme des caillots très ramifiés, dendriti-