

cation à fermer la plaie par suture. Bien plus, si l'on réunit par des points de suture la peau quelque peu décollée au-devant de la plaie du larynx, on verra très probablement se développer un emphysème sous-cutané. Dans les plaies transversales profondes et pénétrantes du conduit laryngo-trachéal, la réunion offre également de sérieux inconvénients; elle enlève au chirurgien tout contrôle sur l'hémorragie; en outre une adaptation défectueuse ou un gonflement inflammatoire des parties divisées peuvent apporter un obstacle absolu à la respiration. Nous ne parlons pas du danger de l'emphysème ni de la possibilité d'une rupture des fils de suture par les efforts de toux. On comprend toutefois les tentatives de réunion qui sont faites de temps en temps dans les plaies transversales fortement béantes. En tout cas la suture d'une plaie étendue du larynx doit être précédée de la trachéotomie. Dans les plaies transversales de la trachée, qui ont amené une solution complète de continuité de ce conduit, on réunira par des points de suture les parties latérales de la trachée et de la plaie cutanée, et l'on introduira une canule au milieu de la plaie. Il en est de même dans les cas de suture d'une plaie très étendue de la trachée, qui n'a cependant pas déterminé une séparation complète des deux bouts de ce conduit; si l'introduction d'une canule est impossible, il faut renoncer à la suture. Afin d'éviter un écartement et une tension trop considérables des deux portions de la trachée divisée, on maintient, à l'aide de coussins, le malade assis dans son lit, la tête inclinée en avant; on peut immobiliser la tête dans cette position au moyen d'un bonnet fixé à l'aide de liens à la camisole du malade. Cette inclinaison de la tête en avant offre, en outre, l'avantage de permettre bientôt les mouvements de déglutition. La plaie est ensuite recouverte d'une petite compresse de gaze humectée laissant passer l'air. Le blessé sera nourri avec la sonde œsophagienne; du reste, habituellement, le malade recouvre bientôt la faculté d'avaler, et il importe de savoir que même l'introduction d'une petite quantité d'aliments dans la trachée est loin d'être souvent suivie d'une pneumonie.

Nous renvoyons le lecteur au § 8 pour ce qui concerne les lésions traumatiques du larynx avec déplacement de parties de cet organe.

Outre l'emphysème et les processus phlegmoneux ayant la plaie pour point de départ, on peut observer, plus tard, des accidents de suffocation dus aux causes que nous avons signalées plus haut. On combattra le phlegmon par la glace et les incisions, et l'emphysème par le rétablissement du parallélisme des deux plaies, cutanée et laryngo-trachéale. Les symptômes asphyxiques exigent divers traitements suivant les circonstances; tantôt il y aura lieu d'agrandir la plaie du conduit respiratoire, tantôt il faudra faire l'aspiration des liquides sécrétés, qui, de la plaie, ont pénétré dans la trachée, tantôt enfin la trachéotomie sera indiquée lorsque la plaie intéresse le larynx.

Dans le traitement des plaies provenant de tentatives de suicide, il

ne faut pas oublier que l'on a affaire à des malades de mauvaise volonté et peu portés à suivre les conseils de leur médecin. Aussi doivent-ils être surveillés avec soin par un personnel suffisant d'infirmiers bien dressés.

§ 31. — Les rétrécissements consécutifs seront traités d'abord par l'introduction de bougies. Quelquefois il est nécessaire d'inciser préalablement le point rétréci. Lorsque la coarctation est très prononcée, on peut tenter d'inciser l'endroit rétréci de dehors en dedans, à travers les parties molles (TRENDELENBURG). C'est principalement dans les cas de laryngosténose que l'on a obtenu de véritables succès de l'opération qui consiste à sectionner le cartilage thyroïde, à inciser le tissu cicatriciel et à créer un nouveau conduit par l'introduction d'une bougie ou d'une canule (V. LANGENBECK, DOLBEAU, etc.). Lorsque le rétrécissement est très étroit le malade est obligé de garder toute sa vie une canule. Dans les cas où le larynx ne peut se maintenir dilaté d'une façon durable, on réussit quelquefois à placer un appareil de phonation dans la canule laissée à demeure (*Voir maladies de la trachée*).

Les petites fistules laryngo-trachéales guérissent par simple avivement et suture profonde. Une suture en bourse peut aussi suffire (DIEFFENBACH). Lorsque la fistule est plus grande, on fait un avivement elliptique de la peau, que l'on décolle ensuite de façon à la séparer complètement de la fistule; on a à craindre dans ce cas un emphysème sous-cutané. C'est pour ces opérations difficiles que DIEFFENBACH a imaginé un certain nombre de procédés décrits sous le nom de bronchoplastie.

Tantôt on fait de chaque côté de la fistule des incisions libératrices après l'avivement dont nous avons déjà parlé, tantôt on taille dans le voisinage un lambeau de forme variable, que l'on attire sur l'ouverture fistuleuse. Il faut avoir soin, dans ces opérations, de laisser flotter le lambeau cutané au-devant de la fistule. C'est pourquoi on n'appliquera point de sutures sur le bord supérieur ou inférieur du lambeau. On évitera ainsi l'emphysème. Un autre procédé de DIEFFENBACH consiste à tailler un lambeau pédiculé et en forme de languette, à le replier et à le fixer comme un bouchon dans la fistule; ce procédé a été employé avec succès par VELPEAU. Pour prévenir l'emphysème, ROUX opère de la manière suivante: la peau est séparée de la muqueuse et celle-ci renversée en dedans; puis on avive les bords de la plaie cutanée en forme d'ellipse et on les réunit, après avoir introduit, par une incision de la peau au-dessus de la blessure, un bout de sonde jusque dans l'intérieur de la trachée; la sonde est retirée dès que la plaie avivée est guérie. Enfin, comme nous l'avons dit, on peut essayer l'implantation d'un lambeau pris latéralement ou de préférence au-dessous de la fistule; une zone cutanée ayant été enlevée autour de la fistule, on attire le lambeau pédiculé sur l'ouverture fistuleuse, et on le suture aux bords de cette dernière; le lambeau repose ainsi, au niveau de l'orifice fistuleux du larynx, sur une base cruentée avec laquelle il se soude (RIED).

§ 32. — Les plaies des parties molles profondes du cou offrent une grande variété de formes, de façon qu'on ne rencontre jamais deux cas tout à fait semblables, et que, pour en faire une description exacte, il faudrait en rapporter les diverses observations. C'est ainsi que les **plaies de l'œsophage**, qui ne sont du reste pas très fréquentes, varient beaucoup sous le rapport de leur situation, de leur étendue et de leur importance. L'œsophage peut être atteint de plaies par instruments tranchants ou piquants, ou par armes à feu; il peut être blessé de dedans en dehors par des corps étrangers, sans parler des cas rares de rupture spontanée dans les efforts de vomissements. De simples perforations de l'œsophage guérissent parfois sans donner lieu à aucun symptôme; cependant elles peuvent s'accompagner de troubles notables de la déglutition. Les aliments, en se répandant dans les tissus voisins, y développent un phlegmon, accident surtout à redouter lorsque l'œsophage a été complètement sectionné, et que le bout inférieur a fui vers la cavité thoracique. Il n'est pas rare de voir une plaie intéresser en même temps la trachée et l'œsophage, et cela plus souvent à leur partie supérieure qu'à leur partie inférieure; la grande majorité de ces plaies sont dues à des suicides et, dans la règle, la section de la trachée ou du larynx est plus complète que celle de l'œsophage.

Dans ces cas de blessures simultanées des conduits respiratoire et alimentaire, les symptômes se compliquent de troubles de la respiration. Lorsqu'un bol alimentaire pénètre dans la plaie de la trachée, il provoque des accès de toux, mais rarement des symptômes pulmonaires graves. En outre on constate de l'enrouement dans les cas de lésion d'un récurrent, et une aphonie complète lorsque les deux récurrents ont été sectionnés. Le danger est surtout grand lorsque les deux conduits ont été complètement divisés à la partie inférieure du cou, de façon que les deux bouts inférieurs ont fui vers la cavité thoracique; il survient alors très facilement un phlegmon accompagné de symptômes graves.

SCHULLER, au travail duquel nous avons puisé ces renseignements, a trouvé que le pronostic des plaies de l'œsophage n'est pas aussi mauvais qu'on pourrait le croire. Sur 48 cas rassemblés par cet auteur, il y eut 8 morts. La plaie n'est absolument mortelle que lorsque de gros vaisseaux ont été blessés en même temps. On a vu quelquefois des **fistules** persister après la guérison.

On a encore trop peu de données positives concernant la guérison de ces plaies pour pouvoir trancher la question de la suture de l'œsophage. Cependant nous sommes d'avis que, dans une plaie récente, il y a lieu certainement de tenter la suture au catgut de la paroi externe du conduit, avec toutes les précautions antiseptiques. Les blessures longitudinales n'ont guère besoin d'être suturées, car elles se réunissent très facilement. Les bords de la plaie s'écartent fortement, au contraire, dans les blessures transversales et dans les solutions de continuité complètes, si bien que

l'on ne réussit pas toujours à réunir les deux bouts; l'inclinaison de la tête en avant favorise leur rapprochement. Qu'on ait fait ou non la suture, le malade ne doit prendre absolument rien pendant les premiers jours; on commencera ensuite à le nourrir avec la sonde œsophagienne.

La guérison des fistules présente des difficultés. On peut observer des fistules isolées des voies aériennes; ou bien, lorsque la plaie intéressait un point élevé, elles font communiquer à la fois avec l'extérieur les conduits respiratoire et alimentaire (fistules laryngo-pharyngiennes). Lorsque la blessure siégeait plus bas, on observe deux fistules, dont l'une communique avec la trachée et l'autre avec l'œsophage. Pour guérir les fistules simples on peut se servir des procédés que nous avons décrits plus haut, par exemple celui de RIED. Dans un cas de fistule double HUETER a obtenu la guérison de la manière suivante: il décolla en premier lieu les bords de la fistule œsophagienne, les renversa en dedans, et les réunir par quelques points de suture; sur cette partie réunie de l'œsophage il implanta ensuite un lambeau en forme de languette. Puis vint l'occlusion de la fistule trachéale après dilatation préalable du rétrécissement cicatriciel du larynx.

### III. MALADIES INFLAMMATOIRES DU COU. PHLEGMONS ET ABCÈS

§ 33. — La fréquence des phlegmons et abcès de la face antérieure du cou est déjà un motif suffisant pour nous livrer à une étude spéciale des processus inflammatoires de cette région. Mais ce qui mérite surtout d'être pris en considération, ce sont les dispositions anatomiques compliquées qui président à la propagation de ces inflammations.

Les processus phlegmoneux du cou, comme ceux de toutes les autres régions, reconnaissent pour cause un agent phlogogène ayant pénétré de l'extérieur dans les tissus. Cet agent peut arriver dans une plaie par la voie la plus directe, et suivant la qualité de la substance nuisible, y provoquer le développement d'un abcès local ou d'un phlegmon diffus septique, diphtéritique, etc. Dans d'autres cas le phlegmon propagé dans les espaces de tissu conjonctif du cou, provient de l'inflammation de régions voisines, comme le maxillaire inférieur, la tête (apophyse mastoïde), le sternum, la clavicule, la plèvre, le corps des vertèbres. Toutefois ces phlegmons nés sur place ou propagés des régions voisines ne sont pas aussi fréquents que les abcès développés par l'intermédiaire des voies lymphatiques. Du point d'inoculation, qui peut être une excoriation de la bouche, une plaque diphtéritique des amygdales, etc., le poison pénètre dans les voies lymphatiques, se localise dans une glande