COU

PLAIES DU COU

Quand les plaies du cou sont *superficielles*, elles se comportent comme celles des autres régions et, à l'heure actuelle, il n'y a pas de raison pour ne pas les réunir sous le couvert de l'antisepsie. Si la veine jugulaire externe est blessée et que la compression ne vient pas à bout d'arrêter l'hémorrhagie, une ligature double aura vite fait de déblayer le terrain.

Les *plaies profondes* du cou sont autrement graves, car elles exposent à deux accidents : l'*hémorrhagie* et l'*asphyxie*.

Ces deux sortes d'accidents, qu'il faut surtout craindre, peuvent être *immédiats* ou *consécutifs*. Il existe, en effet, une hémorrhagie primitive et une secondaire. Il en est de même de l'asphyxie.

Les *hémorrhagies primitives*, artérielles ou veineuses, dépendent de la section des vaisseaux. L'*asphyxie immédiate* est aussi sous la dépendance de l'irruption du sang dans les voies respiratoires.

Les *hémorrhagies secondaires*, ainsi que l'*asphyxie secondaire*, sont sous la dépendance de l'infection.

De ces préliminaires, nous pouvons conclure que le traitement des plaies du cou aura pour objet :

1° D'assurer l'hémostase primitive ;

2° De permettre la respiration régulière ;

3° D'éviter les accidents infectieux consécutifs ou de les guérir par l'asepsie et l'antisepsie.

Comme l'infection peut reproduire l'hémorrhagie et l'asphyxie, il y a lieu de traiter : 1° les plaies du cou récentes ; 2° les plaies du cou anciennes et infectées.

A. **Plaies du cou récentes.** — 1° *Hémostase*. — Trois moyens sont à notre disposition : *a*) la compression ; *b*) la forcipressure ; *c*) la ligature. Ces trois moyens doivent être successivement employés.

a) Vous êtes en présence d'une plaie du cou qui saigne. Votre premier devoir est d'arrêter l'hémorrhagie par la compression, qui sera immédiate ou médiate. Il est bon de pratiquer cette compression dans la plaie; mais, si vous ne voulez pas plonger vos doigts dans la blessure, ou bien si vous voulez voir plus clair, comprimez la *carotide primitive*.

b) Pour faire la forcipressure, il faut voir clair. La plaie est étroite ou large. Dans cette dernière éventualité, faites écarter encore les bords et saisissez tout vaisseau qui donne. Il est inutile de mettre un nom sur le vaisseau, pourvu qu'il soit saisi dans les mors de la pince et pourvu qu'il soit *seul* saisi. Car il faut se méfier des nerfs que vous pouvez prendre, contusionner ou sectionner.

Si la plaie est étroite et saignante, donnez-vous du jour en la débridant. Sous le couvert de l'antisepsie, le débridement n'a pas de gravité.

Agrandissez donc la plaie dans le sens des vaisseaux et allez trouver les vaisseaux qui donnent. Voilà la règle.

c) Voici maintenant l'exception. La plaie est étroite, mais elle est située dans une région difficile et peu propice aux débridements (région parotidienne). Vous êtes seul, sans assistance, et, en débridant, vous allez créer une plaie dans une région dangereuse et aux vaisseaux divisés en ajouter d'autres. La situation est cependant pressante. Il faut agir sous peine de voir le blessé mourir d'hémorrhagie. La plaie est artérielle, le sang est rutilant. Allez au plus pressé. Découvrez l'artère carotide primitive et reconnaissez-la *à ses battements*. Placez un doigt sur elle et voyez si vous arrêtez le sang. Si vous êtes seul, la nuit et sans aide, contentez-vous de faire comprimer la carotide au fond de votre plaie artificielle par des gens de bonne volonté. Le lendemain, vous la dénuderez et vous la lierez facilement. Mais il est préférable (est-il besoin de le dire ?) de faire immédiatement la besogne, de dénuder le vaisseau et de le lier.

A part ces circonstances, c'est au fond de la plaie accidentelle qu'il faut chercher et lier les bouts des vaisseaux

qui donnent, sans même s'occuper s'il s'agit de veines ou d'artères.

Les blessures des veines au niveau du cou sont redoutables. Non seulement elles provoquent une hémorrhagie abondante, mais elles peuvent s'accompagner d'un accident spécial à la région, de l'*entrée de l'air* dans les veines.

C'est encore par la compression d'abord, par la forcipressure et par la ligature, que vous éviterez ce danger.

Supposons une plaie récente de la jugulaire pendant une opération. Vous assistez à l'accident. Comprimez immédiatement le bout supérieur — c'est là le plus gros danger. Inondez la plaie d'eau et saisissez la veine avec une pince. Le reste n'est plus qu'un jeu. *Vous n'aurez qu'à lier les deux bouts.*

2° *Asphyxie.* — Si vous avez paré à l'hémorrhagie, vous avez conjuré l'asphyxie immédiate, qui résulte de la blessure de la trachée et de l'introduction du sang dans les bronches. Mais ici une nouvelle indication se pose, c'est d'assurer la *libre circulation de l'air dans les poumons.* C'est par la pose d'une canule à trachéotomie que vous vous rendrez maître de l'hémorrhagie veineuse, aggravée par l'asphyxie, par suite de l'introduction du sang de la trachée.

L'asphyxie immédiate suppose une plaie de la trachée. La plaie est large ou étroite, elle occupe la totalité ou une partie de la circonférence de la trachée.

Quand la plaie est étroite et qu'elle provoque des accidents, faites une *véritable trachéotomie*, agrandissez la plaie et introduisez une grosse canule.

Quand la plaie est large, l'introduction de la canule dans le bout inférieur de la trachée sera toujours possible.

B. **La plaie du cou est ancienne. — Elle est infectée.** — L'*hémorrhagie secondaire*, voilà l'accident le plus redoutable de l'infection. Contre cette hémorrhagie la compression dans la plaie peut réussir. Mais, si l'hémorrhagie se répète, il faut faire l'hémostase régulière. Allez-vous débrider en plein foyer infecté? Cela est à la rigueur possible; mais le succès est exceptionnel. Mieux vaut suivre la règle, qui est la suivante : *Dans les hémorrhagies secondaires du cou, liez les vaisseaux afférents*, la *carotide primitive* ou la *carotide externe.*

C'est ainsi que vous vous comporterez, dans les hémorrhagies dues à un phlegmon, dans celles dues à la carie du rocher.

L'*asphyxie secondaire* est sous la dépendance d'une plaie infectée qui provoque l'œdème de la glotte.

Deux moyens sont à notre disposition : le *tubage* ou la *trachéotomie.*

Il est probable qu'à l'heure actuelle les médecins rompus dans la pratique du tubage l'emploieront dans ces cas où la trachéotomie est souvent une opération difficile.

Les *plaies fermées du cou*, c'est-à-dire les fractures du larynx, ne tirent leur gravité que de l'asphyxie. Mais l'asphyxie est alors sous la dépendance du gonflement dû à l'emphysème. L'air ne pénètre plus dans les bronches, mais dans le tissu cellulaire. Le moyen de conjurer ces accidents redoutables est la *trachéotomie d'urgence.*

L'*asphyxie* est encore à redouter dans les plaies du cou, peu considérables, qui ont intéressé le conduit laryngo-trachéal, sans provoquer des phénomènes dramatiques immédiats. Devant une plaie du larynx, tenez-vous sur vos gardes, même si la plaie paraît devoir se comporter d'une manière simple. C'est dans ces cas qu'il faudrait pouvoir faire préventivement le *tubage.* Si les accidents éclatent (œdème de la glotte), la trachéotomie est plutôt indiquée.

LES PHLEGMONS DU COU

Les phlegmons du cou sont aigus ou subaigus. Mais ils ont toujours une durée courte et cette notion, jointe aux signes physiques (induration, œdème, chaleur) et aux signes fonctionnels, établira le diagnostic.

L'inflammation, au niveau du cou, peut siéger dans toutes les régions. Elle peut occuper des espaces anormaux. Mais, d'après les dispositions anatomiques des aponévroses, le phlegmon se limite à la région sus-hyoïdienne ou à la région sous-hyoïdienne,

où l'on distingue les phlegmons thyro-hyoïdiens, laryngo-trachéaux, de la gaine du sterno-mastoïdien, carotidiens, sus-claviculaires et maxillo-pharyngiens.

Quand le phlegmon est diffus, il peut envahir indistinctement toutes les régions du cou.

Nous ajouterons, dans cette étude de thérapeutique, l'*abcès rétro-pharyngien* qui, par sa situation et par son traitement, peut être englobé dans les phlegmons du cou.

La gravité de ces phlegmons provient de leur diffusion possible dans les gaines du cou, du médiastin, de l'aisselle, dans la compression qu'ils exercent sur les organes avoisinants et dans les troubles de la respiration qu'ils peuvent entraîner à leur suite.

Au début, avant que la suppuration arrive, il n'est pas défendu d'appliquer des cataplasmes, pourvu qu'ils soient proprement préparés. Le cataplasme calme la douleur et n'est pas responsable de tous les méfaits dont on l'a accusé.

Quand faut-il intervenir? — Cela est très variable. Si le phlegmon est nettement circonscrit, le moment de l'intervention est déterminé par la durée de l'affection, par les douleurs, par la fièvre, par la fluctuation, et surtout par les troubles de voisinage (compression). Si le phlegmon est diffus, l'intervention hâtive, avant que le pus se soit collecté, est de rigueur. En général, il est prudent de ne pas attendre au-delà de cinq jours, même dans les cas limités.

Quelles lignes doit suivre le bistouri dans l'ouverture des phlegmons du cou. — Gray-Croly a figuré les *lignes de sûreté et les lignes de danger*.

Lignes de sûreté : raphé médian du cou, bord postérieur du sterno-mastoïdien, bord inférieur du maxillaire intérieur.

Lignes de danger : bord antérieur du sterno et ligne allant de l'angle de la mâchoire au milieu de la clavicule.

Il est bien entendu que ces lignes sont utiles à connaître dans l'ouverture des phlegmons profonds.

Les phlegmons sus-hyoïdiens seront donc ouverts suivant la branche de la mâchoire et selon le procédé déjà indiqué, incision de la peau au bistouri ; dissection mousse à la sonde cannelée.

Les phlegmons sous-hyoïdiens sont justiciables d'une

incision verticale, suivant le bord postérieur du sterno ou suivant le raphé médian du cou, comme si on devait aller découvrir la trachée (Chassaignac).

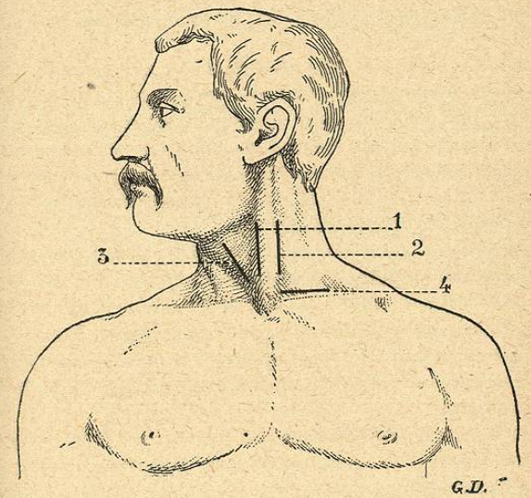

Fig. 78. — Lignes d'accès du cou.
1. Bord antérieur du sterno-mastoïdien. — 2. Bord postérieur. — 3. Ligne médiane. — 4. Ligne susclaviculaire.

De même c'est par le bord postérieur du sterno-mastoïdien que j'ai conseillé d'aller ouvrir les *phlegmons rétro* ou *latéro-pharyngiens*, en m'inspirant du procédé de Chienne.

Dans toutes ces incisions on aura soin, après avoir ouvert la peau et l'aponévrose, de reconnaître le muscle et de le récliner, de travailler ensuite dans la profondeur à l'aide d'instruments mousses, de la sonde cannelée, des pinces et des doigts.

Avec la sonde cannelée on écarte les tissus, on arrive sur la collection et on la ponctionne.

On agrandit ensuite l'ouverture en y plongeant une pince hémostatique fermée qu'on retire ouverte.

Contre l'asphyxie, on sera parfois forcé de pratiquer la *trachéotomie*, que je crois préférable au *tubage*, parce que l'incision décongestionne les tissus et permet aussi de trouver quelquefois l'abcès, et de donner une issue au pus.

Si, après l'ouverture d'un phlegmon, on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave, tout en ayant suivi la marche que j'ai indiquée, on doit conserver assez de présence d'esprit pour pratiquer d'abord la compression avec le doigt et chercher ensuite à arrêter l'hémorrhagie avec le tamponnement. En dernier lieu, on fera la ligature à distance ou la forcipressure au fond de la plaie.

Il arrive assez souvent que l'ouverture, faite hâtivement, ne conduit pas sur une collection purulente.

Le pus n'est pas collecté. Il faut maintenir la plaie ouverte en y introduisant une mèche de gaze aseptique.

Les jours suivants, le pus viendra de ce côté. En tous cas l'incision aura eu pour effet de faire une saignée locale souvent salutaire.

Dans les *abcès rétro-pharyngiens* je suis de plus en plus convaincu que l'incision le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien ou le long de son bord antérieur est, dans un grand nombre de cas, préférable à l'ouverture par la bouche.

J'ai vu mourir un enfant malgré l'ouverture buccale. Quand on amena cet enfant dans mon service, j'ouvris l'abcès par le cou, il s'écoula alors une grande quantité de pus. Il était malheureusement trop tard, et l'enfant est mort, deux jours après, de septicémie.

En revanche, je dois à la vérité de dire qu'il m'est arrivé d'ouvrir par la bouche un abcès rétro-pharyngien, presque sans le vouloir avec le doigt, et l'enfant a guéri.

La conclusion, c'est qu'il ne faut pas être exclusif et, sans rejeter l'ouverture buccale qui, dans certains cas, est pour ainsi dire commandée par la saillie de l'abcès, s'efforcer d'ouvrir de bonne heure ces abcès par le cou ou, si on les a ouverts par la bouche, surveiller les phénomènes de rétention, prêt à intervenir par le cou en vue d'un drainage persistant et correct.

ADÉNITES TUBERCULEUSES DE LA RÉGION DU COU

Les adénites cervicales sont extrêmement fréquentes. Elles sont, en général, multiples et forment tantôt un groupe ramassé, tantôt des groupes disséminés dans le cou. Les glandes sont tantôt dures, mobiles, tantôt molles, ramollies au centre; enfin elles peuvent être suppurées et ouvertes à la peau.

Un fait qui domine pour moi la thérapeutique de ces adénites, c'est leur tendance à guérir spontanément et le peu d'accidents qu'elles provoquent. Je n'ai vu qu'une seule fois la compression du larynge et l'altération de la voix. En général, les glandes disparaissent avec le temps, sans suppurer ou en s'ouvrant à l'extérieur.

Il est donc important de savoir que ces adénites ne sont graves que par la *difformité* qu'elles occasionnent, à cause de leur volume d'abord et de la *cicatrice* ensuite, quand elles s'ouvrent à la peau.

La question du *traitement* des adénites est ainsi simplifiée. C'est tout simplement une question d'orthomorphie, et toute la discussion va rouler sur ce point.

Dans un cas clinique donné, est-il plus avantageux de faire une cicatrice chirurgicale ou de laisser les ganglions sans y toucher?

1° On comprend, d'après cela, que la première manière de traiter les adénites est l'**expectation.** C'est par là qu'il faut commencer. On ne sait jamais si les ganglions ne disparaîtront pas spontanément sous l'influence de l'air de la mer, de la suralimentation, d'un traitement reconstituant (sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, arsenic).

En tout cas on ne risque rien de faire prendre patience aux malades, surtout si le ganglion est cru, dur. Même si le ganglion est suppuré et non ouvert, l'*expectation* peut donner quelque chose, et je ne me presserais pas de le trai-

ter autrement avant de l'avoir soumis au traitement médical.

Enfin, si les ganglions sont suppurés et ouverts, l'*expectation* ne perd pas tous ses droits.

Si l'ulcération est petite, facile à désinfecter, elle laissera à sa suite une cicatrice; mais il faut bien avouer que cette cicatrice ne sera peut-être pas plus laide qu'une grande balafre chirurgicale, qui devient souvent chéloïdienne chez l'enfant.

2° Une autre manière de traiter les adénopathies cervicales est la **ponction avec injection modificatrice.**

Dans les ganglions crus et durs qui ont résisté à l'expectation et qui ne font que croître, l'injection de quelques gouttes de naphtol camphré aura pour effet d'amener parfois une diminution du volume des glandes. Les injections au chlorure de zinc m'ont donné la diminution des grosses masses ganglionnaires du cou. Ces injections seront faites avec prudence en observant leurs effets, en les espaçant suffisamment pour ne pas provoquer le ramollissement du ganglion. En effet je ne suis nullement désireux de voir, comme M. Calot, les ganglions se transformer en abcès. Je ne suis pas certain de pouvoir les guérir et d'empêcher leur ouverture spontanée.

Les ganglions ramollis sont justiciables de la ponction et de l'injection. Il ne faut pas injecter de l'éther iodoformé, de crainte de provoquer une dilatation de la poche et un sphacèle de la peau. Le chlorure de zinc et le naphtol camphré, dosés toujours par gouttes, me paraissent les meilleures substances à employer.

Enfin les *ganglions ouverts* ne contre-indiquent pas toujours ces injections, qui peuvent, dans ces cas, faire tarir une petite fistule ou amener la résorption des masses ganglionnaires environnantes.

3° Le **traitement opératoire** peut aussi convenir dans les trois variétés des adénopathies cervicales.

Une adénite qui a résisté aux injections modificatrices, qui gêne et déforme le cou par son volume, qui est ramassée

et ne pousse pas de prolongements très éloignés, me paraît justiciable de l'extirpation.

La difformité de la cicatrice chirurgicale est incomparablement moins laide que la difformité résultant d'un gros paquet ganglionnaire.

Certaines adénites *suppurées et fermées* me paraissent justiciables aussi du traitement chirurgical. Supposez un ganglion situé près des cheveux, à la nuque. Il est ramolli et menace la peau. N'est-il pas plus raisonnable de l'ouvrir, de le nettoyer et de provoquer une cicatrice ponctiforme cachée dans les cheveux, plutôt que de lutter pendant quelques mois en le ponctionnant et en lui injectant des doses variées de substances modificatrices?

Enfin les adénites *suppurées et ouvertes*, dans la grande majorité des cas, nécessitent un traitement chirurgical.

Quand la plaie est large ou profonde, quand il est démontré que la cicatrice qui en résultera sera laide, n'est-il pas plus raisonnable de lui substituer une cicatrice chirurgicale. Cependant, je dois faire ici des réserves, et devant la perspective d'une opération très laborieuse sur un enfant jeune, je préférerai toujours laisser évoluer les lésions, guérir l'ulcération et entreprendre plus tard, plusieurs années après, la restauration de la cicatrice difforme, en lui en substituant une autre chirurgicale.

On voit donc que le problème est plus complexe qu'on ne pense; comme, partout en médecine, il ne s'agit pas de mathématiques. *Ganglion dur* n'est pas équivalent à *expectation*, *ganglion ramolli* à *injections*, *ganglion ouvert* à *intervention*.

Il faut se guider non seulement d'après la période à laquelle l'adénite est arrivée, mais encore d'après sa forme, ses rapports, ses connexions, son ancienneté, le traitement suivi, et ensuite il ne faut négliger ni l'état général ni l'état social du malade.

Comme pour les tumeurs blanches, je ne récuse aucun traitement dans la thérapeutique des adénites tuberculeuses. Mais je tiens à faire ressortir la *bénignité de l'affection*, et sa *curabilité* souvent spontanée.

TORTICOLIS

Le torticolis est aigu ou chronique, musculaire ou osseux, congénital ou acquis.

Voici les variétés les plus fréquentes et leur thérapeutique :

1° Un enfant ou un adolescent, couché bien portant, se réveille avec une vive douleur au cou et avec une déviation de la tête. Il s'agit d'un **torticolis aigu.** Presque toujours il s'agit d'une arthrite cervicale, de nature rhumatismale.

Rassurez l'entourage. Calmez la douleur avec des compresses sur lesquelles vous verserez 10 à 20 gouttes de salicylate de méthyle. C'est le meilleur topique que je connaisse.

Au bout de deux ou trois jours, pratiquez l'extension de sa tête avec l'appareil de Sayre ou avec les mains et entourez le cou d'ouate. Mettez par dessus un collier en carton. Avec ce traitement, quatre à cinq jours suffisent pour guérir le torticolis aigu.

2° Le **torticolis est chronique**, mais il est acquis. Le début de la maladie a été une scarlatine ou un rhumatisme articulaire. La tête se dévie peu à peu; on ne la redresse pas et le torticolis devient très prononcé.

Examinez les points douloureux, ils siègent au niveau des articulations et au niveau du trapèze.

Deux diagnostics sont à discuter : le torticolis chronique rhumatismal ou le torticolis par mal de Pott, survenu à la faveur d'une maladie infectieuse.

Dans les deux hypothèses, la conduite du médecin est toute tracée. Il faut donner le chloroforme et, sans qu'on exerce aucune manœuvre violente, la tête se redressera au moment où la résolution musculaire est obtenue.

Appliquez alors avec précaution une minerve plâtrée la

plus simple, celle qui ne nécessite pas de grandes manipulations. Je conseille la bande en I. Une bande de tarlatane, assez large pour envelopper la nuque jusqu'aux oreilles, est appliquée depuis le front jusqu'au-dessus des épaules. Elle est fixée au niveau du front par une bande plâtrée oblique qui entoure la tête et une autre qui entoure le thorax.

Laissez l'appareil plâtré en place pendant un mois. Après cela, enlevez-le et faites faire au malade des exercices d'auto-suspension à l'appareil de Sayre et du massage.

La figure montre le résultat obtenu sur une fillette par ce procédé.

3° **Le torticolis est manifestement sous la dépendance d'un mal de Pott cervical.** — Il existe une tuméfaction très

Fig. 79. — Torticolis chronique. Avant le redressement.

nette, les mouvements sont douloureux; la tête, en même temps qu'elle est inclinée sur le côté, est reportée en avant, à tel point que le menton touche la poitrine. Il existe ou non des orifices fistuleux. Enfin la maladie s'est établie peu