

TRAITE ELEMENTAIRE  
DE  
PATHOLOGIE EXTERNE

RB110  
F6  
1878  
t.5



BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
UNIVERSITE DE PARIS

000258

TRAITE ELEMENTAIRE  
DE  
PATHOLOGIE EXTERNE

TROISIEME PARTIE

MALADIES DES REGIONS  
(Suite)

CHAPITRE XV

MALADIES DU COU

Afin de justifier le plan que nous avons adopté dans l'étude des maladies du cou, il nous a paru indispensable de jeter un rapide coup d'œil sur l'anatomie de la région, de préciser ses limites et de rappeler la disposition des organes qui entrent dans sa composition.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES. — DIVISION DU COU EN REGIONS  
SECONDAIRES

Les *limites* du cou, assez nettement accusées en avant, sont beaucoup plus arbitraires en arrière. Nous admettrons pour limites supérieures : le bord inférieur de la branche horizontale et le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, le conduit auditif externe, l'apophyse mastoïde et la ligne courbe occipitale supérieure ; pour limites inférieures : la fourchette sternale, le bord supérieur des clavicules et des apophyses acromiales, enfin une ligne unissant en arrière ces deux apophyses et passant par la septième vertèbre cervicale.

Autant la partie antéro-latérale du cou est riche en organes importants et compliquée dans sa structure, autant la composition anatomique des parties postérieures est simple. La même différence se remarque dans les maladies du cou qui, peu variées et généralement peu graves à la partie postérieure, présentent au contraire, lorsqu'elles siègent à la partie antérieure, une infinie variété et acquièrent souvent un caractère

de complexité et de gravité en rapport avec la variété et l'importance des organes lésés.

Aussi est-il nécessaire, pour l'anatomiste comme pour le chirurgien, d'établir une ligne de démarcation entre la moitié antérieure et la moitié postérieure du cou, ligne de démarcation qui s'étend superficiellement de l'apophyse mastoïde à l'acromion, et qui profondément est marquée, comme nous le verrons, par une cloison aponévrotique qui va s'insérer à la colonne cervicale. La section postérieure est souvent désignée sous le nom de *région de la nuque*; la section antéro-latérale, qui constitue la *région cervicale proprement dite*, est aussi appelée *région prévertébrale*.

La *région de la nuque* est d'une structure très-simple. Au-dessous de la peau, assez épaisse à ce niveau et doublée d'une couche abondante de tissu cellulo-adipeux, on trouve une série de plans musculaires qu'il est inutile d'énumérer ici. Le centre de la région est occupé par la portion cervicale du rachis, renfermant la moelle.

Les vaisseaux et les nerfs sont peu nombreux. Les artères sont : l'*occipitale*, très-profonde à son origine et située à la partie supérieure de la nuque; la *cervicale profonde*, également située à une grande profondeur; la *scapulaire postérieure*, qui ne donne que quelques branches à la partie inférieure de la nuque; enfin, la *vertébrale*, qui parcourt le canal formé par la série des trous creusés dans l'épaisseur des apophyses transverses cervicales, et qui, parvenue au niveau de l'axis, décrit une double courbure et apparaît dans l'aire d'un triangle formé par les muscles grand et petit droit, grand et petit oblique de la tête.

Quant aux nerfs, ils proviennent des branches postérieures des nerfs cervicaux et sont généralement peu volumineux, sauf les branches postérieures de la première et surtout de la seconde paire cervicale, connue sous le nom de *nerf sous-occipital*.

La *région antéro-latérale du cou, région prévertébrale*, peut être considérée comme un lieu de passage pour les organes qui se portent de la tête à la poitrine et réciproquement.

Si l'on excepte le corps thyroïde, de nombreux ganglions lymphatiques, les glandes salivaires, quelques muscles, quelques vaisseaux et nerfs, éléments communs de nutrition, la région prévertébrale ne renferme, pour ainsi dire, aucun organe qui lui soit propre, ou du moins les plus importants de ces organes ne font que traverser la région, soit pour se rendre à la tête (artères carotides), soit pour s'enfoncer dans la poitrine (veines jugulaires, nerfs pneumogastrique, grand sympathique, diaphragmatique, larynx et trachée, pharynx et œsophage, etc.). Le cou est encore un lieu de passage pour les vaisseaux et nerfs qui vont se distribuer aux membres supérieurs.

En raison de la variété et de l'importance des organes qui constituent la région prévertébrale, il est indispensable de diviser cette région en un certain nombre de régions secondaires qui sont : 1° la *région parotidienne*;

2° la *région sus-hyoïdienne*; 3° la *région sous-hyoïdienne*; 4° la *région sterno-mastoïdienne*; 5° la *région sus-claviculaire*.

Nous examinerons rapidement les limites et nous rappellerons les particularités anatomiques les plus importantes de chacune de ces régions secondaires du cou.

1° La *région parotidienne*, que quelques auteurs rattachent à la face, est tellement confondue par sa partie inférieure et par sa partie profonde avec la région cervicale que nous n'avons pas cru devoir l'en séparer. Elle est d'ailleurs nettement circonscrite, et limitée en avant par la branche montante du maxillaire, en arrière par l'apophyse mastoïde et le sterno-mastoïdien, en haut par le conduit auditif, en bas par une ligne fictive prolongeant le bord inférieur de la mâchoire. A ce niveau la région parotidienne est séparée de la région sus-hyoïdienne par un plan fibreux aponévrotique. Profondément elle confine à la paroi latérale du pharynx.

La région parotidienne se fait remarquer par la présence de la glande parotide, qui en occupe la plus grande partie, de nombreux ganglions lymphatiques, de l'artère carotide externe, des branches artérielles et veineuses occipitales, auriculaires postérieures, maxillaires internes et temporales superficielles, enfin des nerfs facial et auriculo-temporal.

2° La *région sus-hyoïdienne*, limitée en haut par le bord inférieur du maxillaire, en bas par l'os hyoïde, latéralement par les bords antérieurs des muscles sterno-mastoïdiens, constitue le plancher de la bouche et se confond avec la base de la langue.

Les organes les plus importants de cette région sont : la glande sous-maxillaire avec son conduit excréteur et le groupe de glandules désigné sous le nom de glande sublinguale; des ganglions lymphatiques abondants, groupés pour la plupart autour de la glande sous-maxillaire; les artères et veines linguales et sublinguales, les artères et veines faciales et sous-mentales; enfin les nerfs du plexus cervical, le lingual, l'hypoglosse et quelques rameaux du glosso-pharyngien.

3° La *région sous-hyoïdienne* a pour limites : en haut l'os hyoïde, en bas la fourchette sternale, latéralement les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens.

Elle renferme le corps thyroïde, le larynx, la trachée, l'œsophage. Nous signalerons l'existence de deux bourses séreuses : l'une, sous-cutanée, placée en avant du cartilage thyroïde; l'autre, située à la face antérieure de la membrane thyro-hyoïdienne, se prolonge sous l'os hyoïde.

Les vaisseaux de la région sont : les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures, les plexus veineux thyroïdiens; les nerfs principaux sont les laryngés supérieur et inférieur. Enfin, mentionnons l'existence de quelques ganglions lymphatiques entourant la trachée, à la partie inférieure de la région.

4° La *région sterno-mastoïdienne* se délimite naturellement par les

insertions et les bords du muscle sterno-cléido-mastoidien. Confondue avec les régions voisines, elle est surtout remarquable par la présence des gros troncs vasculo-nerveux du cou. Il suffira de nommer les carotides primitive, interne et externe, la jugulaire interne, les nerfs pneumogastrique et grand sympathique, pour montrer l'importance de cette région, au point de vue chirurgical. Nous rappellerons qu'elle renferme encore un grand nombre de ganglions lymphatiques disposés suivant la longueur des vaisseaux.

5° La *région sus-claviculaire* est circonscrite au triangle de ce nom, dont la base répond à la clavicule, le bord interne au bord postérieur du sterno-mastoidien, et le bord externe au bord antérieur du trapèze. On y rencontre les vaisseaux sous-claviers et leurs branches, les rameaux du plexus cervical superficiel et les racines du plexus brachial, ainsi que de nombreux ganglions lymphatiques. Enfin cette région répond au sommet du poumon et se continue directement au-dessous de la clavicule avec la cavité axillaire.

Ces diverses régions secondaires du cou sont reliées entre elles ou séparées par des plans aponévrotiques dont il importe de rappeler la disposition générale.

Le *fascia superficialis* du cou enveloppe en totalité les régions cervicales postérieure et antéro-latérale, et se continue avec celui de la poitrine et de la tête. Dans l'écartement de ce fascia se trouvent le peaucier, les branches du plexus cervical et les veines jugulaires antérieure et postérieure.

L'*aponévrose superficielle* ou *aponévrose d'enveloppe du cou*, partie de la ligne blanche cervicale postérieure, se porte en avant, embrassant dans un dédoublement le muscle trapèze, puis arrivée au bord antérieur de ce muscle, traverse le triangle sus-claviculaire, enveloppe dans un dédoublement le muscle sterno-mastoidien, et arrive enfin sur la ligne médiane antérieure du cou, où elle se continue avec celle du côté opposé.

Ses limites supérieures sont celles de la région cervicale : la ligne courbe occipitale supérieure, l'apophyse mastoïde, le bord inférieur du maxillaire; à ce niveau, elle se confond avec les aponévroses de la face. En bas et en arrière, elle se continue sans ligne de démarcation avec les aponévroses du dos et de l'épaule; en avant, elle s'insère sur le bord supérieur du sternum et de la clavicule.

De la face profonde de cette aponévrose, dans le point où elle quitte le bord antérieur du trapèze, on voit se détacher deux cloisons qui, suivant les insertions des scalènes antérieur et postérieur, vont se fixer sur la bifurcation des apophyses transverses. Cette double cloison, dans l'écartement de laquelle sont placées les racines des plexus cervical et brachial, divise le cou en deux grandes loges, l'une antérieure, plus vaste, comprenant la grande région prévertébrale et répondant aux régions sus-hyoïdiennes, sous-hyoïdienne, sterno-mastoidienne et sus-

claviculaire, l'autre postérieure, répondant à la région cervicale postérieure ou à la nuque.

La loge postérieure est des plus simples dans sa structure; il suffit de connaître la superposition des muscles, à chacun desquels l'aponévrose fournit une loge secondaire.

La loge antérieure est beaucoup plus compliquée. Au niveau de la région sus-hyoïdienne, il existe une loge secondaire assez nettement circonscrite. En effet, l'aponévrose superficielle s'insère en haut à la branche de la mâchoire, en bas à l'os hyoïde, latéralement et superficiellement au tendon du digastrique et à la glande sous-maxillaire. La région sus-hyoïdienne n'est ouverte qu'en arrière dans le point où pénètrent les muscles stylo-hyoïdien et digastrique. Plus profondément les muscles mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien, génio-glosse, sont entourés de gaines celluleuses, et de ce côté la loge sus-hyoïdienne répond au plancher buccal et se continue avec la base de la langue.

Dans les régions sous-hyoïdienne, sterno-mastoidienne et sus-claviculaire, les feuilletts aponévrotiques sont communs à ces trois régions.

Au-dessous de l'aponévrose superficielle existent diverses lames dont l'ensemble constitue l'aponévrose profonde du cou, que Richet a bien décrite sous le nom d'*aponévrose omo-claviculaire*.

Celle-ci représente la forme d'un triangle situé sur la ligne médiane du cou, dont la base répond au sternum et aux clavicules, dont les bords latéraux sont formés par les muscles omo-hyoïdiens, et dont le sommet est à l'os hyoïde. L'aponévrose omo-claviculaire s'insère donc en bas au bord postérieur du sternum et des clavicules, latéralement aux muscles omo-hyoïdiens qu'elle enveloppe, en haut au bord inférieur de l'os hyoïde. Elle fournit aux muscles de la région sous-hyoïdienne des loges secondaires, et renferme dans son épaisseur les plexus veineux thyroïdiens, les veines jugulaires interne et externe à leur embouchure dans la sous-clavière; enfin au voisinage de son insertion inférieure, elle embrasse dans une expansion les troncs veineux brachio-céphaliques et les veines sous-clavières.

On sait que cette disposition a pour but de maintenir béantes les veines qui avoisinent l'ouverture supérieure du thorax et que la pression atmosphérique tendrait à affaisser à chaque inspiration. Je rappellerai encore que, grâce à la béance de ces vaisseaux, l'aspiration thoracique s'exerce sur le sang veineux, d'où résulte, lorsque les veines du cou sont ouvertes, la possibilité de voir l'air atmosphérique s'y précipiter au moment de l'inspiration.

Au-dessous de l'aponévrose omo-claviculaire, on rencontre le larynx, la trachée et l'œsophage sur la ligne médiane, et le faisceau vasculo-nerveux sur les parties latérales.

La trachée et l'œsophage sont entourés d'une gaine commune qui les accompagne jusque dans le médiastin, se continue sur les côtés avec la

gaîne des vaisseaux et adhère sur la ligne médiane à la face profonde de l'aponévrose omo-claviculaire.

La gaîne aponévrotique qui entoure le faisceau vasculo-nerveux, c'est-à-dire la carotide, la jugulaire interne, les nerfs pneumogastrique et grand sympathique, ainsi que la branche descendante du grand hypoglosse, est reliée à celle de la trachée et de l'œsophage par des tractus celluloux. Latéralement, on peut la poursuivre jusqu'aux apophyses transverses cervicales où elle se termine. Les divers organes renfermés dans cette gaîne sont d'ailleurs intimement unis entre eux par un tissu cellulaire dense et serré.

On peut donc à la rigueur considérer qu'il existe un feuillet profond de l'aponévrose cervicale entourant les vaisseaux du cou, ainsi que la trachée et l'œsophage, accompagnant ces organes jusque dans la poitrine et se terminant sur le péricarde, remontant en haut sur les vaisseaux jusqu'à la région parotidienne, enfin s'insérant latéralement sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales; c'est cette lame aponévrotique que Richet désigne sous le nom d'*aponévrose cervico-péricardique*.

La figure 1 permet d'embrasser d'un seul coup d'œil la disposition des divers plans aponévrotiques du cou et des organes qui y sont contenus.

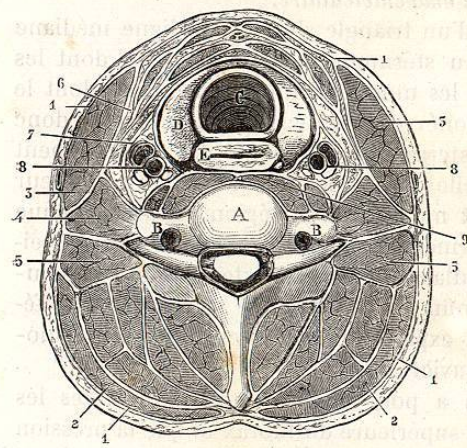


Fig. 1. — Coupe transversale du cou au niveau de la sixième vertèbre cervicale. — A, corps vertébral. — BB, apophyses transverses. — C, trachée. — D, corps thyroïde. — E, œsophage. — 1, 1, 1, 1, peau et *fascia superficialis*. — 2, 2, aponévrose superficielle. — 3, 3, muscles sterno-mastoidiens. — 4, muscle scalène antérieur. — 5, muscle scalène postérieur. — 6, aponévrose omo-claviculaire. — 7, 8, troncs vasculo-nerveux. — 9, aponévrose prévertébrale.

On voit successivement : 1° la fascia superficialis qui enveloppe le cou dans toute sa circonférence; 2° au-dessous de lui l'aponévrose cervicale superficielle, fournissant par sa face profonde un feuillet qui vient s'insérer aux apophyses transverses et divise ainsi le cou en deux grandes loges, l'une antérieure, l'autre postérieure; 3° au-dessous de ce fascia, l'aponévrose omo-claviculaire, renfermant dans des loges distinctes les muscles sous-hyoïdiens; 4° plus profondément la gaîne fibro-celluleuse de la trachée et de l'œsophage sur la ligne médiane et celle des vaisseaux et nerfs sur les côtés, reliées entre elles par l'aponévrose cervico-péricardique; 5° enfin tout à fait profondément la colonne vertébrale recouverte par les muscles prévertébraux et l'aponévrose prévertébrale.

D'après le résumé anatomique qui précède, on a pu voir que s'il est nécessaire, pour n'omettre aucun détail, de diviser artificiellement le cou en un certain nombre de régions secondaires, il n'est pas moins utile, pour avoir une idée vraie de la disposition des éléments si complexes qui entrent dans la composition du cou, d'envisager ceux-ci dans leur ensemble, et dans les rapports qu'ils offrent entre eux.

Le même plan nous paraît devoir être suivi dans l'étude des maladies du cou. En effet, d'une part, on s'exposerait à se perdre dans des détails infinis ou à rapprocher des lésions qui n'ont entre elles aucun rapport, en voulant se borner à faire la description générale de ces maladies, et, d'autre part, en étudiant isolément la pathologie de chacune des régions secondaires du cou, on serait en désaccord avec la réalité des faits cliniques, qui à tout moment nous montrent que les maladies ne respectent pas toujours les limites plus ou moins artificielles créées par l'anatomiste. Il est donc nécessaire de faire une double étude synthétique et analytique des maladies du cou, et de décrire ces maladies, d'abord d'une manière générale, en envisageant le cou comme une région du corps, puis d'une manière spéciale, dans chaque région secondaire (régions parotidienne, sus-hyoïdienne, sous-hyoïdienne, sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire). Comme complément de cette étude spéciale, nous décrirons isolément les maladies de la glande thyroïde, celles du larynx et de la trachée, enfin celles du pharynx et de l'œsophage.

## I. — MALADIES DU COU ENVISAGÉ COMME RÉGION DU CORPS

### ARTICLE PREMIER

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU COU

##### 1° Contusion.

Les contusions du cou sont assez rares et n'offrent d'intérêt que lorsqu'elles sont assez violentes pour déterminer des lésions du côté des organes importants qui entrent dans la composition de la région. Succédant parfois à l'action d'un corps contondant quelconque qui vient frapper le cou avec violence, les contusions de cette région s'observent surtout à la suite de pressions énergiques : tentatives de strangulation, passage d'une roue de voiture, etc.

Indépendamment des effets ordinaires sur les parties molles, les contusions violentes du cou peuvent être suivies de lésions plus ou moins graves, et en particulier de fractures de l'os hyoïde et du larynx, de fractures ou de luxations des vertèbres cervicales, de blessures des vaisseaux ou des nerfs. Ces diverses lésions ont été étudiées ou le seront ultérieurement.

## 2° Plaies.

Les plaies du cou peuvent être produites par des *instruments piquants, tranchants* ou *contondants* ou par des *projectiles de guerre*. On pourrait encore admettre une quatrième classe comprenant les *plaies opératoires*, c'est-à-dire faites par la main du chirurgien dans un but utile, mais ces plaies, dont l'étude rentre dans le domaine de la médecine opératoire, ne devront pas nous arrêter.

Quelle que soit la nature de l'agent vulnérant, une plaie du cou est *superficielle* ou *profonde*, suivant qu'elle reste bornée aux parties molles situées au-dessus de l'aponévrose superficielle, ou qu'elle dépasse les limites de celle-ci.

Une distinction non moins utile, et qui d'ailleurs se rattache par des liens étroits à la précédente, consiste à diviser les plaies du cou en *simples* ou *compliquées*, suivant que l'instrument vulnérant a borné son action à des organes peu importants, ou a intéressé au contraire des organes dont la blessure peut compromettre la vie, altérer une fonction ou déterminer quelque symptôme particulier. D'une manière générale, une plaie *superficielle* est en même temps *simple*, puisqu'il n'existe que quelques vaisseaux et nerfs de petit calibre entre la peau et l'aponévrose. Une plaie *profonde* peut à la rigueur être *simple*, lorsqu'il s'agit par exemple d'une plaie par instrument piquant. Il n'est pas impossible, en effet, qu'un instrument vulnérant de petites dimensions pénètre à une grande profondeur ou même traverse de part en part la région cervicale sans intéresser aucun organe important. Mais c'est là une très-rare exception, et, dans l'immense majorité des cas, les plaies *profondes* sont en même temps *compliquées*.

Laissant pour un moment de côté les plaies par instruments piquants, qui n'offrent d'intérêt qu'autant qu'elles sont accompagnées de complications, nous reviendrons sur les plaies par instruments tranchants et contondants.

Ces plaies peuvent offrir une étendue variable, depuis la plus légère solution de continuité jusqu'à la presque complète séparation du cou, comprenant ainsi la peau, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, le larynx et l'œsophage, comme on l'observe dans certains cas de suicide.

La direction de la solution de continuité n'est pas moins variable; elle peut être verticale, transversale ou oblique; enfin on rencontre parfois au cou des *plaies à lambeau* et des *plaies avec perte de substance*.

La direction de la plaie influe notablement sur la manière dont elle se comporte. Les plaies longitudinales ont généralement peu de tendance à l'écartement. Il n'en est pas de même des plaies transversales ou obliques, dont les lèvres sont tout d'abord maintenues écartées par la contraction du muscle peucier. Mais ce qui contribue le plus puissamment à produire le défaut de coaptation des plaies transversales et obliques

du cou, c'est la mobilité extrême de la région. On conçoit, en effet, que tout mouvement imprimé à la tête dans une direction déterminée occasionne du côté des lèvres de la plaie des tiraillements d'autant plus considérables que ce mouvement s'accroît davantage. C'est là une des raisons pour lesquelles les tentatives de réunion immédiate, et surtout la suture, doivent être proscrites dans la généralité des plaies du cou.

Les *complications* des plaies du cou sont extrêmement nombreuses et variables suivant le siège de la blessure.

Parmi ces complications, les unes sont *immédiates* ou *primitives*; les autres *secondaires* ou *consécutives*. Les complications immédiates sont l'*emphysème*, les *hémorrhagies*, les *paralysies*, l'*entrée de l'air dans les veines*. Nous mentionnerons seulement les *corps étrangers* qui déterminent des accidents variables suivant la région qu'ils occupent.

L'*emphysème*, qui complique si souvent les plaies du cou, est presque toujours dû à l'ouverture du conduit laryngo-trachéal. Cependant, il ne faudrait pas s'empresser de conclure, toutes les fois que ce symptôme existe, que l'instrument vulnérant a atteint le larynx ou la trachée. En effet, on peut observer, à la suite de blessures simples du cou, un léger emphysème du tissu cellulaire dont le mode de production s'explique par les mouvements incessants qui se passent entre les lèvres de la plaie. Dans ces mouvements alternatifs de rapprochement et d'écartement des bords de la solution de continuité, il se fait une sorte d'aspiration à la surface de la plaie et une petite quantité d'air pénètre dans le tissu cellulaire. Mais cet emphysème, indépendant de l'ouverture des voies respiratoires, est généralement peu étendu et disparaît rapidement.

Les *hémorrhagies*, très-fréquentes à la suite des plaies du cou, sont tantôt *artérielles*, tantôt *veineuses*. On comprend que la gravité de cet accident doit notablement différer suivant l'importance du vaisseau atteint, et suivant la nature de la blessure. Quelle comparaison peut-on établir, en effet, entre une plaie de la carotide et une plaie de l'artère occipitale, entre la simple piqûre d'une carotide et l'ouverture large de ce vaisseau? La même différence s'observe dans les hémorrhagies veineuses suivant leur provenance. Il nous a donc paru nécessaire d'étudier à part les plaies des vaisseaux du cou.

Quelle que soit la source de l'hémorrhagie, tantôt le sang s'écoule librement à l'extérieur, à travers un trajet direct, et la mort, dans ce cas, peut survenir presque immédiatement, lorsqu'il s'agit d'un gros vaisseau largement ouvert; tantôt le sang rencontrant un trajet plus ou moins irrégulier, s'infiltré en partie dans le tissu cellulaire. Il peut en résulter un gonflement parfois assez considérable pour déterminer une compression grave des organes qui traversent le cou. S. Cooper rapporte l'observation d'un soldat qui fut presque instantanément suffoqué par la compression sur la trachée d'une grande quantité de sang épanché au-dessous de la peau, et provenant d'une plaie par arme à feu de la veine jugulaire.

Les *paralysies* ne sont pas rares à la suite des plaies du cou, et varient

également avec le siège de la blessure et la nature des troncs nerveux atteints. Aussi devons-nous décrire à part les plaies des nerfs du cou.

Quant à l'entrée de l'air dans les veines, c'est une complication que l'on observe plus particulièrement dans les plaies opératoires, mais qui pourrait aussi bien survenir dans toute plaie accidentelle du cou. On sait dans quelles conditions elle se produit. Au moment de l'inspiration, il se fait dans la cage thoracique une tendance au vide que viennent combler d'une part l'air atmosphérique qui pénètre dans la trachée, et d'autre part le sang veineux qui afflue vers le cœur. Pour permettre l'aspiration du sang veineux et prévenir l'aplatissement des veines par la pression de l'air extérieur, les aponévroses présentent une disposition particulière que nous avons rappelée et qui a pour but de maintenir ces vaisseaux béants. On comprend donc que, si une veine du cou vient à être divisée dans le moment même de l'inspiration, l'air atmosphérique puisse être aspiré par l'ouverture béante et pénétrer dans le torrent circulatoire. Cet accident, commun à toutes les plaies du cou, entraîne presque instantanément la mort.

Parmi les complications secondaires des plaies du cou, il en est qui n'offrent aucune particularité propre à la région, tels sont : l'inflammation, la gangrène, l'infection purulente, le tétanos, etc. Nous aurons à revenir sur les hémorrhagies secondaires en étudiant les plaies des vaisseaux, enfin nous indiquerons plus tard certaines lésions consécutives à la blessure de tel ou tel organe (larynx, trachée, œsophage, glandes salivaires, etc.).

DIAGNOSTIC. — Une plaie du cou étant donnée, il sera généralement assez facile, d'après les commémoratifs et d'après la forme et l'étendue de la solution de continuité, de déterminer la nature de la cause qui l'a produite. On éprouvera de plus sérieuses difficultés pour établir avec certitude la profondeur et le trajet de la plaie. La nature de l'instrument, la situation du blessé au moment de l'accident, la direction dans laquelle le coup a été porté; en un mot, les commémoratifs devront être étudiés avec soin et pourront fournir d'utiles renseignements. Mais le diagnostic se basera principalement sur le siège de la solution de continuité et sur les différents signes indiquant que tel ou tel organe du cou a été atteint.

Quoique le siège de la solution de continuité permette de soupçonner le trajet de la blessure, on ne peut avoir à ce sujet que des présomptions, car il est fréquent que l'instrument vulnérant, pénétrant en un point du cou, traverse obliquement les tissus et atteigne des organes plus ou moins éloignés de la région où siège l'ouverture cutanée. Ce sera donc surtout en recherchant avec soin quels sont les organes du cou qui ont été intéressés, que l'on parviendra à établir le trajet de la blessure. Nous reviendrons plus tard sur ce diagnostic en étudiant les plaies de chaque région secondaire du cou et en montrant à quels signes se reconnaissent les blessures de chacun des organes qui y sont contenus (vais-

seaux, nerfs, larynx, trachée, œsophage, etc.). Bornons-nous pour le moment à conseiller la plus grande réserve dans l'exploration des plaies du cou. L'introduction de stylets ou de sonde devra être à peu près complètement proscrite, à moins que l'on ne soupçonne la présence de quelques corps étrangers, et même dans ce cas, on devra user de la plus extrême douceur, dans la crainte d'augmenter les désordres, ou de donner lieu à des hémorrhagies.

Le pronostic des plaies du cou varie considérablement suivant la nature, le siège et la profondeur de la solution de continuité.

Les plaies contuses, les plaies par armes à feu, sont généralement plus graves que les plaies par instruments piquants et tranchants. D'une manière générale, la gravité de ces plaies augmente aussi à mesure qu'on s'avance des régions postérieures vers les régions antérieures du cou, où se trouvent placés les organes les plus importants.

Il ne faudrait pas croire que les plaies superficielles du cou, qui n'intéressent que des organes de peu d'importance, soient constamment exemptes de danger. Dieffenbach (1) a fait justice de cette erreur et a montré par de nombreux exemples que les plaies superficielles du cou peuvent être suivies d'accidents graves et même de mort. Ces plaies, en effet, se compliquent souvent d'érysipèle, de phlegmon, etc. Mais je m'empresse d'ajouter que ces complications sont fréquemment imputables au traitement mis en usage, et principalement aux tentatives de réunion immédiate. Je dirai, enfin, pour terminer, que la gravité particulière de certaines blessures du cou tient souvent à l'état général des blessés qui influe d'une manière manifeste sur la marche ultérieure de la plaie. J'ai vu, chez plusieurs aliénés ayant tenté de se suicider en se coupant le cou, des blessures même légères ne présenter aucune tendance à la guérison, ou se compliquer rapidement d'accidents inflammatoires.

TRAITEMENT. — Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une plaie du cou exempte de complication? Doit-il tenter la réunion immédiate par la suture? Cette question est aujourd'hui à peu près universellement jugée par la négative, et il est de règle de proscrire la suture dans la généralité des plaies du cou. Nous avons déjà donné la raison de cette proscription, et nous ajouterons que c'est à l'oubli de ce précepte que l'on doit de voir certaines plaies du cou, d'apparence très-bénigne, se compliquer d'accidents graves. On pourrait tout au plus faire une exception pour quelques plaies superficielles, à direction verticale, ou pour les plaies à lambeau, dans lesquelles l'application de quelques points de suture est quelquefois utile.

A défaut de la suture, on peut souvent aider à l'affrontement des plaies larges et qui ont une grande tendance à l'écartement, en maintenant les lèvres de la solution de continuité avec quelques bandelettes

(1) *Beobachtungen über Halswunden* (Rust's Magazin, t. XLI, p. 395, 1834).