

voisinage de l'axis et de l'atlas qui cependant sont garantis par les masses charnues des splénius, complexus et des muscles profonds de la nuque.

Les artères qui se rendent à la nuque, comme toutes celles qui appartiennent à la région des gouttières vertébrales, sont peu volumineuses, aussi les hémorragies sont-elles peu à craindre, tout au plus pourra-t-on être obligé de lier quelques petites artérioles, mais cette considération anatomique explique également combien dans la région de la nuque les sphacèles des lambeaux peuvent être à redouter.

Les pansements antiseptiques, joints à l'extension de la tête pour rapprocher les parties, amèneront la guérison, mais quelquefois après une assez longue suppuration.

A part les anthrax et les furoncles qui se développent avec une extrême facilité dans la région de la nuque, les *lésions nutritives* ne méritent pas de nous arrêter.

Nous avons longuement décrit les anthrax en général, disons cependant qu'à la nuque, en raison même de la disposition spéciale de la vascularisation de la région, les accidents du sphacèle sont toujours menaçants et que l'on voit souvent des anthrax pénétrer jusqu'aux muscles et jusqu'aux os qu'ils mettent à nu; alors que l'antisepsie n'était pas connue on voyait trop souvent la mort survenir par infection purulente à la suite d'anthrax de la nuque.

Parmi les *lésions formatives* de la nuque, il en est une seule sur laquelle nous devons insister, ce sont les *lipomes*, très fréquents dans la région. Ils sont d'un volume très variable, tantôt assez petits, bien limités et sans tendance à grossir, tantôt au contraire progressant lentement, se glissant entre les muscles, poussant des prolongements multiples, ils finissent alors par acquérir un volume énorme, sont bosselés et envahissent même les parties latérales du cou. Toujours bénignes, ces tumeurs sont plutôt une gêne et une difformité qu'un danger; elles affectent toujours les caractères généraux des lipomes: indolence, fausse fluctuation que nous connaissons.

Tous les lipomes de petit ou de moyen volume doivent être enlevés, mais faut-il opérer les gros lipomes qui envahissent toute la nuque et qui ont des prolongements au-dessous des muscles? La tumeur étant innocente par elle-même et l'opération pouvant par l'étendue et la profondeur de la plaie être chose grave, c'est au chirurgien à apprécier, suivant les cas, la conduite qu'il croira devoir tenir.

22° MALADIES CHIRURGICALES DU COU EN GÉNÉRAL.

La diversité et l'importance des organes du cou, larynx, trachée, corps thyroïde, pharynx, œsophage, dont les lésions nous sont connus, la présence et la multiplicité des gros vaisseaux et des nerfs qui traver-

sent la région, donnent aux affections chirurgicales du cou une importance considérable.

Sans parler des hémorragies que nous allons étudier dans un instant, rappelons que le tissu connectif du cou en continuité avec celui des régions voisines se laisse infiltrer par le sang ou le pus qui peut fuser le long des gaines vasculo-nerveuses, le long de l'appareil laryngo-trachéal ainsi que du pharynx et de l'œsophage tout comme aussi dans l'intérieur des lames aponévrotiques qui engainent les muscles.

Dans le cou se trouvent des lames aponévrotiques, véritables cloisons qui séparent les organes les uns des autres et leur constituent ainsi de véritables gaines, de vraies loges. C'est dans ces gaines que s'accumulent le sang et le pus qui peuvent fuser plus ou moins loin jusqu'au point où la loge est fermée par l'adhérence de la lame fibreuse. Le tissu connectif sous-cutané est en communication directe avec celui qui double en bas la peau des parois thoraciques, et celle de la face en haut; les gaz ou les liquides épanchés dans cette couche sous-cutanée peuvent donc s'étendre au loin; mais ils ne sauraient gagner en profondeur en raison de la lame fibreuse aponévrotique qui se trouve au-dessous et qui constitue l'aponévrose cervicale moyenne; celle-ci engaine les muscles sous-hyoïdiens et adhère à la partie inférieure des veines du cou. Cette lame, en raison même de ses rapports intimes avec le ventre postérieur de l'omo-hyoïdien, se fixe sur le bord supérieur de la clavicule, et jette un voile fibreux entre les muscles sous-hyoïdiens du côté droit et ceux du côté gauche. Cette cloison détermine ainsi un pont fibreux; les liquides situés à sa face antérieure fuseront sans peine au-dessous de la peau jusqu'au thorax et au delà, tandis que ceux placés à sa face postérieure, en arrière d'elle, gagneront l'intérieur de la poitrine. Latéralement et sur le même plan se trouve la loge musculaire du sterno-mastoïdien fermée en bas et en haut par les insertions de ce muscle. En arrière d'elle, soudée sur son bord postérieur, se trouve une lame fibreuse qui passe par dessus les vaisseaux et les nerfs destinés à l'épaule, cette lame rejoint en arrière celle du trapèze. Au-dessous de cet ensemble fibreux et plongés dans un tissu connectif lâche, l'on trouve une chaîne de ganglions lymphatiques qui d'une part remonte jusqu'au crâne et qui d'autre part descend d'un côté jusque dans la poitrine et de l'autre dans l'aisselle. Dans ce tissu connectif cheminent les artères carotides, sous-clavières et leurs branches, les grosses veines du cou et les troncs nerveux qui les accompagnent. Les paquets vasculo-nerveux logés dans ces gaines de tissu connectif condensé forment ainsi de véritables conducteurs au pus ou au sang infiltrés et leur permettent de fuser au loin et de gagner soit la poitrine, soit l'aisselle ou l'épaule. Plus en dedans, sur la ligne médiane se trouvent en avant le larynx et la trachée, en arrière le pharynx et l'œsophage, le tissu connectif lâche qui garnit les côtés de ces tubes splanchniques,

ivre un passage facile aux liquides qu'ils conduisent dans les médiastins antérieur ou postérieur sans qu'aucune lame aponévrotique interposée ne puisse faire obstacle à leur migration.

Enfin en arrière du pharynx et au-devant des corps vertébraux et des muscles insérés sur leur face antérieure se trouve une nouvelle lame fibreuse, aponévrose profonde du cou, qui remonte en haut jusqu'à l'apophyse basilaire et n'est limitée en bas que par les insertions du diaphragme à travers lesquelles les liquides peuvent même fuser en suivant les vaisseaux et les nerfs qui passent par les ouvertures de cette grande cloison musculaire. Nous avons insisté sur cette loge postérieure en parlant de la tuberculose vertébrale.

A. — Lésions traumatiques.

Plaies par instruments piquants. — Les piqûres du cou sont d'une gravité en rapport avec les organes atteints; si la pointe de l'instrument vulnérant est très amincie, elle peut, alors même qu'elle a pénétré profondément, ne donner lieu à aucun accident grave; mais souvent les vaisseaux et les nerfs sont piqués, une hémorrhagie peut survenir ou ultérieurement un anévrysme tout comme des accidents paralytiques ou convulsifs. Quand un emphysème survient, surtout quand il est étendu, on peut être sûr que le larynx ou la trachée ont été atteints.

Plaies par instruments tranchants. — Elles peuvent, suivant les cas, être transversales ou obliques, ce n'est que par suite d'opérations chirurgicales qu'elles sont verticales. Leur direction transversale ou oblique varie suivant qu'elles sont produites par tentatives de suicide ou par attentat criminel. Leur profondeur, la nature et le nombre d'organes atteints, varient avec la force productrice et le sens dans lequel cette force agit. Dans les tentatives de suicide la plaie, toujours oblique de haut en bas, est dirigée le plus habituellement de gauche à droite. Ce n'est que lorsque le suicidé est gaucher qu'elle se dirige en sens contraire. Elle est presque toujours alors peu profonde à son extrémité initiale, les vaisseaux restent indemnes, et la plaie porte surtout sur le tube laryngo-trachéal. Il n'en est pas de même dans les attentats: la plaie est alors très profonde sur les côtés latéraux et bien souvent la carotide et la jugulaire interne sont sectionnées. La complexité de ces plaies du cou peut être énorme. J'ai fait jadis l'autopsie d'un jeune homme qui dans une rixe avait reçu un coup de couteau porté de gauche à droite vers la région moyenne du cou; la jugulaire interne, la carotide primitive gauche étaient sectionnées et le couteau était venu ouvrir le tronc brachio-céphalique artériel après avoir perforé la trachée. Rarement les instruments tranchants peuvent atteindre directement les vaisseaux sous-claviers en raison de leur situation profonde à la base du cou.

Les plaies transversales du cou sont plus béantes et paraissent d'autant plus profondes que la tête est en extension; leurs lèvres s'écartent alors très largement, tandis qu'elles se rapprochent lorsque la tête est fléchie en avant. Cette position est donc avantageuse au point de vue de la réparation, mais elle a par contre l'inconvénient de faciliter l'entrée du sang dans les voies aériennes et l'emphysème sous-cutané. On a fait jouer un rôle considérable à la section du peucier qui par la rétraction de ses fibres favorisait la béance des plaies transversales du cou. Si le fait peut être vrai alors que la plaie est peu profonde et ne dépasse pas l'aponévrose moyenne, il n'en est plus ainsi lorsque la section a porté plus profondément et divise la presque totalité de cette lame musculaire dont les fibres n'ont aucune insertion directe sur l'aponévrose moyenne.

La section des troncs nerveux, pneumo-gastrique, laryngés, phrénique, et sur les côtés latéraux, nerfs du plexus cervical et racines du plexus brachial, détermine des accidents immédiats ou consécutifs en rapport avec leur action physiologique; il ne faut pourtant pas perdre de vue que la trachée étant incomplètement sectionnée, le blessé est aphone alors même que les nerfs récurrents ne sont pas atteints; le courant aérien n'atteignant plus les cordes vocales et ne pouvant plus les faire vibrer.

Les plaies veineuses de la base du cou sont toujours graves, indépendamment de l'hémorrhagie à laquelle elles donnent lieu. L'introduction de l'air dans les veines est en effet, nous le savons (voir t. I, page 685), un accident souvent mortel. Nous en avons expliqué le mécanisme et avons insisté sur la nature des accidents; nous n'y reviendrons donc pas ici.

Plaies par instruments contondants. — Les contusions du cou peuvent être le résultat d'une violence extérieure provenant du choc d'un projectile à la fin de sa course ou d'un coup agissant soit directement, soit d'écharpe. La peau peut avoir résisté, et les organes profonds, vaisseaux, larynx être détruits ou dilacérés; la gravité de l'accident sera en rapport avec l'importance des parties lésées. Dans les cas de suicide par pendaison ou de strangulation par tentative criminelle, la corde ou le lien constricteur déterminent au niveau des points touchés une contusion énergique; la peau du cou présente alors un sillon parcheminé, au-dessous duquel les cartilages du larynx, l'os hyoïde lui-même, peuvent être brisés sans déchirure des téguments.

Les plaies contuses du cou, fréquentes par projectiles de guerre, ont une importance qui varie beaucoup en raison des organes sous-jacents qui sont compris dans la blessure. Quand ces plaies sont simples, quand aucun vaisseau, aucun nerf, non plus que le tube aérien ou le canal alimentaire ne sont atteints, la guérison est simple et facile, à la condition toutefois qu'aucun corps étranger ne soit resté au fond de la plaie et

ne soit cause de suppuration. Les nouveaux projectiles dont la vitesse initiale et la force de pénétration sont si grandes ne permettront plus que fort rarement de constater les déviations circulaires autour du cou dont les traités de chirurgie militaire signalent un certain nombre d'exemples.

Il peut encore se produire des plaies du cou par un mécanisme inverse de celui que nous venons d'étudier, c'est de dedans en dehors qu'agit le corps vulnérant, ce peut être un fragment d'os pointu avalé et arrêté dans le pharynx ou l'œsophage ; ce peut être un séquestre qui blesse ou ulcère la paroi du cou ; les vaisseaux, les nerfs peuvent être lésés, un abcès peut se former et s'ouvrir à l'extérieur. Je me borne à indiquer la possibilité de ces accidents sur lesquels nous allons revenir en traitant des hémorragies et des phlegmons de la région.

Les brûlures du cou sont assez fréquentes ; les accidents qu'elles déterminent varient avec la profondeur des tissus atteints. Tantôt la peau seule est détruite et la réparation se fait toujours par cicatrices vicieuses ; tantôt au contraire quand il s'agit de caustiques, liquides surtout, portés dans un but chirurgical au fond d'une plaie ou d'une fistule, les organes profonds, les vaisseaux, peuvent être ouverts et des hémorragies mortelles peuvent enlever le blessé.

B. — Complications des plaies du cou.

Hémorragie artérielle. — Toutes les artères du cou, carotides primitive, interne, externe et ses branches, sous-clavière et ses divisions, peuvent être atteintes. La gravité de l'hémorragie est en rapport avec le calibre du vaisseau lésé, avec la grandeur et la forme de l'ouverture produite par la blessure et enfin avec la profondeur du vaisseau qui permettra de le découvrir plus ou moins facilement. La multiplicité des artères du cou rend souvent fort difficile de reconnaître quel est le vaisseau blessé, et cependant c'est indispensable si l'on veut y appliquer une ligature. Nous avons étudié longuement les plaies des artères (voir t. I, page 639) ; nous n'avons plus ici qu'à signaler les caractères particuliers qu'elles présentent dans la région du cou.

Les piqûres des artères, même les plus volumineuses, les carotides, peuvent ne pas entraîner la mort immédiate, elles peuvent donner naissance à un anévrysme simple ou artérioso-veineux si la veine est simultanément atteinte. D'autres fois le sang extravasé passe dans le tissu connectif lâche, et détermine une poche sanguine plus ou moins considérable qui, en comprimant la trachée, peut devenir cause d'asphyxie. S'agit-il de la sous-clavière dont l'immense majorité des plaies sont mortelles, la cause vulnérante qui a atteint l'artère n'a pu y atteindre sans blesser les grosses veines de la base du cou, sans ouvrir la plèvre, et léser le sommet du poumon ; le sang s'épanche dans la

cavité pleurale, dans le médiastin et détermine l'asphyxie, ainsi que nous le verrons en étudiant les plaies de la poitrine.

La mort immédiate est le résultat le plus ordinaire des plaies de la carotide primitive et de la carotide interne. On a pu cependant sauver quelques blessés soit par la ligature soit, dans des cas très rares, par la compression. Très souvent la mort intervient avant que le chirurgien ne puisse être arrivé auprès du blessé ; quelquefois cependant la syncope qui survient rapidement permet d'attendre les secours. Toujours il faut avoir grand soin de lier les deux bouts du vaisseau divisé, les hémorragies de retour étant presque inévitables en raison des anastomoses des artères du côté droit avec celles du côté gauche.

Les blessures de la carotide externe semblent moins graves, mais ici il est souvent bien difficile de savoir quel est le vaisseau qui donne du sang. A leur point de départ les carotides externe et interne sont juxtaposées et entre-croisées, le tronc de la carotide externe est quelquefois très court et ses premières divisions si rapprochées qu'elles en partent souvent en forme de bouquet artériel. C'est l'absence ou la persistance du pouls temporal et des battements de la faciale au niveau de la mâchoire, qui permettent de reconnaître la blessure de la carotide externe. On arrêtera l'hémorragie si c'est possible et on pratiquera la ligature des deux bouts quelle que soit la branche artérielle sur laquelle on opère. Souvent il faut en venir à la ligature de la carotide primitive. Il peut se faire que le chirurgien arrive quand, pour une raison quelconque, syncope, applications froides, compression, l'hémorragie est arrêtée. A mon avis, le chirurgien, après avoir constaté que c'est bien une hémorragie artérielle importante qui a eu lieu, après avoir reconnu l'absence du pouls temporal ou des battements de la faciale, devra toujours se souvenir que l'hémorragie peut disparaître immédiatement par déplacement des caillots ou encore consécutivement par les voies anastomotiques, et aller à la recherche des deux bouts du vaisseau sectionné et les lier.

Une des blessures artérielles les plus graves au cou est celle de la vertébrale, qui peut être atteinte par projectiles de guerre ou par instruments piquants jusque dans son canal apophysaire, tout comme elle peut l'être à la base du cou et au niveau des coudes axoïdo-atloïdien et atloïdo-occipital. On comprend que ces blessures s'accompagnent le plus souvent de fractures des vertèbres, de déchirure des méninges rachidiennes et de lésions traumatiques de la moelle. La recherche de la vertébrale à la base du cou est très difficile en raison de la profondeur à laquelle est situé le vaisseau et des artères qui la croisent dans son trajet ascendant.

Hémorragies veineuses. — Les plaies des jugulaires antérieure ou externe n'ont pas d'importance par elles-mêmes, ce n'est que par suite de phlébite, de thrombose ou encore lorsqu'elles sont blessées à la

base du cou, par introduction possible d'air dans les veines, qu'elles peuvent amener des accidents graves.

Il n'en est pas de même des blessures de la jugulaire interne. Quand cette veine volumineuse est sectionnée complètement ou dans une grande partie de son diamètre, le sang s'écoule à flots par son bout supérieur, et à chaque mouvement d'expiration la pression intra-thoracique exagérée fait en même temps refluer le sang par le bout inférieur. La quantité de sang perdue est donc énorme et le malade succombe presque aussi rapidement que par la section de la carotide. Dans ces conditions il importe avant tout de ne point perdre de temps, il faut arrêter l'hémorrhagie et le meilleur moyen est ici encore la ligature des deux bouts du vaisseau coupé.

Mais il peut advenir que la jugulaire interne ne soit ouverte que partiellement; la gravité de l'hémorrhagie est en rapport avec le diamètre de l'ouverture veineuse; dans les cas de simple piqure ou de plaie petite au fond d'une blessure anfractueuse dans laquelle les parties molles sectionnées ne sont plus en parallélisme avec l'ouverture de la veine, le sang qui s'infiltré dans le tissu connectif ambiant peut compromettre la vie du blessé par compression du larynx et de la trachée et peut même fuser jusque dans le médiastin. Ces plaies veineuses si graves peuvent être le résultat de tentatives de suicide, d'attentats criminels, de coups de feu comme aussi d'ulcération des parois veineuses par des lésions tuberculeuses ou cancéreuses voisines.

Enfin les chirurgiens eux-mêmes peuvent quelquefois atteindre et blesser la jugulaire interne, alors surtout qu'ils tentent d'extirper des ganglions profondément situés. Quand la jugulaire est blessée à sa partie supérieure, vers le trou déchiré, il est presque impossible de l'atteindre et la mort est à peu près fatale.

Les nerfs du cou, les carotides peuvent être simultanément blessés, d'où des complications qui augmentent singulièrement la gravité de la blessure. Enfin l'entrée de l'air dans les veines est toujours à redouter; la mort immédiate en est la conséquence habituelle, bien que cependant on compte quelques cas de guérison.

En présence d'une plaie latérale ou d'une piqure de la jugulaire interne, quelle conduite rationnelle faudra-t-il tenir? On comprimera le bout qui donne du sang, le bout supérieur surtout, la compression seule a donné quelque succès; mais toujours les hémorrhagies consécutives sont à craindre; mieux vaut donc lier la veine au-dessus et au-dessous du point blessé. On a employé la ligature latérale; jusqu'à présent elle compte peu de succès, car elle tient rarement, et l'hémorrhagie reparaît. Je crois cependant avec quelques chirurgiens que la ligature latérale au catgut ou antiseptique mérite d'être tentée.

La veine sous-clavière est rarement blessée; directement située en arrière de la clavicule, elle est protégée par cet os; mais quand celui-ci

est brisé, ses fragments peuvent déchirer la veine. L'hémorrhagie est d'autant plus grave que la veine adhérente à l'aponévrose moyenne qui l'engaine reste béante et que cette béance facilite l'entrée de l'air.

Corps étrangers. — Les plaies du cou sont souvent compliquées par la présence de corps étrangers provenant directement des corps vulnérants: lames brisées, ou projectiles de guerre, ou indirectement des parties de vêtements, cravates, cols de vêtement ou de chemise entraînés dans la plaie. Il importe de les extraire, car leur présence entraîne la formation d'abcès et de fistules persistantes, et peut être cause d'accidents variés par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins et sur les troncs nerveux au contact desquels ils se trouvent. Ces corps étrangers entraînés par leur poids et par la suppuration peuvent se déplacer et produire ainsi des lésions consécutives plus ou moins éloignées du siège de la plaie primitive.

C. — Lésions nutritives.

1° PHLEGMONS DU COU.

A la suite de tous les traumatismes, des plaies contuses surtout, quand une voie d'accès est ouverte aux microbes aériens, le tissu connectif des différentes loges du cou peut s'enflammer et suppurer. Il en est de même quand les lymphatiques ont apporté aux ganglions des éléments septiques nés dans des régions voisines. C'est ainsi que l'érysipèle, les ulcérations des lèvres, de la muqueuse buccale, pharyngienne, ou laryngienne peuvent, surtout quand déjà l'économie est affaiblie par une maladie infectieuse générale, diphthérie, scarlatine, typhus, etc., déterminer la formation d'un phlegmon du cou. Toutes les dégénérescences des ganglions, qu'elles succèdent à la tuberculose, au carcinome ou à l'épithélioma développés dans la région ou dans des régions voisines, peuvent encore être des causes de phlegmons du cou. On comprend que dans les cas de traumatisme le tissu connectif est pris d'emblée, tandis que dans les cas de dégénérescences ou d'infection septique transportée de plus loin les ganglions sont toujours pris en première ligne et transmettent leur inflammation au tissu connectif ambiant.

On comprend encore que lorsque le traumatisme est la cause déterminante, le tissu connectif s'enflammera dans la loge atteinte et le phlegmon sera superficiel, moyen ou profond suivant que la lésion aura débuté sous telle ou telle lame aponévrotique. Quand c'est l'extension d'un érysipèle qui détermine le phlegmon il reste d'ordinaire superficiel et limité au tissu connectif sous-cutané. Lorsqu'au contraire le phlegmon est consécutif à une inflammation quelconque des ganglions lymphatiques, c'est dans la loge dans laquelle ils sont compris que l'on verra se développer la suppuration.