

CHAPITRE II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU COU.

§ 1. — *Considérations anatomiques.*

Les travaux d'anatomie modernes ont simplifié la topographie du cou et fourni aux chirurgiens des points de repère précieux. Cette étude, qui doit précéder celle des lésions inflammatoires de cette région, nous fera comprendre non seulement la marche des processus suppuratifs et le développement des tumeurs, mais nous fournira en même temps des renseignements précis au point de vue des interventions chirurgicales qui se pratiquent sur cette région.

Si l'on suit la description de C. Langer, on trouve que la cavité viscérale du cou, c'est-à-dire la cavité qui renferme le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, la glande thyroïde et les annexes de ces organes ; on trouve, disons-nous, que cette cavité est enfermée dans une enveloppe musculaire qui mérite le nom pittoresque de *manteau musculaire*.

Muscles du cou. — La couche la plus interne est formée par les scalènes qui, de l'orifice supérieur du thorax, montent obliquement le long de la colonne vertébrale en formant une sorte de paroi latérale à la partie inférieure de la cavité viscérale. Par l'orifice qui existe entre le scalène antérieur et le scalène postérieur, cette paroi communique avec le creux sus-claviculaire. En avant, la cavité viscérale est fermée par les muscles qui s'insèrent sur l'os hyoïde et qui se portent les uns en bas, les autres en haut : les premiers constituent un faisceau plus large en bas qu'en haut, en forme d'un demi-cône, présentant sur la ligne médiane une fente étroite ; les seconds montent en haut en s'élargissant et appartiennent à la région sus-hyoïdienne. La paroi externe du manteau est formée par les bords renversés en avant du trapèze et du sterno-mastoïdien. Elle recouvre le triangle latéral du cou et présente deux espaces conjonctifs, un petit qui se trouve entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, l'autre plus grand qui se trouve au-dessus de la clavicule et est limité en avant par le bord postérieur du sterno-mastoïdien, en arrière par le bord antérieur du trapèze. Ce dernier espace ne communique pas avec la cavité viscérale,

dont le sépare le manteau formé par les scalènes. Le manteau musculaire externe est ouvert en avant où il est complété par les muscles hyoïdiens, mais ces derniers ne remplissent pas entièrement l'espace libre et laissent persister un espace dans la gouttière carotidienne. Par conséquent, sans couper de muscles, on peut pénétrer dans la cavité viscérale ; à travers l'espace qui sépare les deux chefs du sterno-mastoïdien, à travers celui qui se trouve entre les deux sterno-hyoïdiens, et à travers la gouttière carotidienne, entre les muscles hyoïdiens et le sterno-mastoïdien.

Si l'on enlevait tous les organes du cou sauf les muscles, on trouverait une sorte de système de cordages qui, s'élevant à partir de l'orifice supérieur du thorax, s'insèrent les uns sur la colonne vertébrale (scalènes), d'autres sur le crâne (sterno-mastoïdiens), d'autres encore sur le maxillaire inférieur (ceux-là partis de l'os hyoïde), et forment un certain nombre de ponts jetés entre les points d'insertion de tous ces muscles. Les espaces qui existent entre les muscles sont comblés par des aponévroses solides, dont la disposition constitue un des chapitres les plus compliqués de l'anatomie.

Aponévroses. — D'après les notions classiques, on distingue plusieurs aponévroses : l'aponévrose prévertébrale, qui fixe les muscles contre la face antérieure de la colonne vertébrale, ensuite les deux feuillets de l'aponévrose proprement dite du cou : un feuillet superficiel (qu'il faut distinguer de l'aponévrose superficielle, qui n'est autre chose que la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané et renferme le muscle peaucier) et un feuillet profond. En laissant de côté l'aponévrose pré-vertébrale, nous ferons observer que les deux feuillets de l'aponévrose du cou forment une enveloppe fibreuse très mince au manteau musculaire, ne présentant que par places la solidité d'une véritable aponévrose. Si on les suit d'arrière en avant, on les voit se séparer au-dessus de la clavicule : le feuillet profond forme l'aponévrose de l'omo-hyoïdien et de la sorte ferme solidement le creux sus-claviculaire ; le feuillet superficiel passe au-dessus des petits vaisseaux et des nerfs (artère cervicale superficielle, artère transverse de l'omoplate) qui à ce niveau sont appliqués sur l'aponévrose de l'omo-hyoïdien. Par conséquent, si l'on veut pénétrer à ce niveau dans le creux sus-claviculaire, il faut fendre le feuillet superficiel, passer dans le vestibule du creux sus-claviculaire, et diviser ensuite le feuillet profond.

Après s'être réunis au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien, ces feuillets se séparent pour lui donner une gaine, et se réunissent de rechef au devant de son bord antérieur ; mais au bout d'un très court trajet, ils se séparent de nouveau pour envelopper les muscles qui partent de l'os hyoïde, de sorte que sur toute la région médiane du cou les deux feuillets sont en somme séparés l'un de l'autre. En se séparant au niveau de la fosse jugulaire, ils forment un vestibule analogue à celui que nous avons trouvé dans le creux sus-claviculaire. Si l'on veut pénétrer à ce niveau dans la cavité viscérale, il faut d'abord diviser le feuillet superficiel, ce qui conduit sur un lacis veineux, et fendre ensuite le feuillet profond en se créant ainsi un passage vers la trachée ou dans le médiastin antérieur, derrière le sternum. On admet généralement que le feuillet pro-

fond se fixe sur le sternum et la première côte, en fermant ainsi en avant la cavité viscérale et la gaine vasculaire. En haut, au niveau du larynx et de l'os hyoïde, les deux feuillets se confondent de nouveau et ne se séparent encore une fois que pour former une gaine aux muscles sus-hyoïdiens et à la glande sous-maxillaire. Par conséquent, si l'on veut pénétrer jusqu'à la carotide au niveau de la fosse carotidienne, on n'aura à fendre qu'un seul feuillet aponévrotique.

Le feuillet profond de l'aponévrose du cou envoie encore un prolongement très important qui part de la face postérieure du sterno-mastoïdien et se dirige vers la profondeur pour s'unir à la gaine des vaisseaux et à l'aponévrose pré-vertébrale, en fermant ainsi complètement la cavité viscérale.

On voit que cette description est schématique et même artificielle, car l'ancienne anatomie descriptive ne nous donne pas de preuves de ces alternatives d'union et de séparation des deux feuillets dont il est tout le temps question.

En nous aidant des recherches de Henke, nous essaierons de corriger ce que la théorie précédente a d'artificiel.

Le tissu conjonctif du corps forme une couche continue qui traverse en quelque sorte tous les organes. Au niveau du cou, il faut par conséquent examiner les rapports que ce tissu affecte d'un côté avec les organes de la cavité viscérale, les vaisseaux, les muscles, etc., et de l'autre avec le tissu conjonctif des parties voisines du corps. On peut supposer *a priori* qu'il présentera dans les diverses régions une consistance variable suivant le degré de mobilité dont jouit l'organe qu'il enveloppe. Ces rapports sont d'autant plus importants à connaître qu'ils régissent en quelque sorte la marche du pus. L'ancienne anatomie ne se doutait même pas de l'importance du tissu conjonctif, et un prosecteur, qui faisait de belles préparations, était loin de penser que les lambeaux de tissu conjonctif qu'il rejetait au loin seraient plus tard l'objet de recherches importantes.

Bichat, le célèbre élève de Desault, est le premier qui ait considéré le tissu conjonctif comme un système organique à part. Le premier aussi il l'a décrit comme tel, et, pour montrer son rôle dans la propagation des exsudats et produits pathologiques, il l'a injecté avec de l'eau et de l'air. Les recherches de Bichat furent continuées par Henke. En injectant de l'eau dans les artères et en élevant ainsi la pression intra-vasculaire, il a fait transsuder le liquide à travers les capillaires et est arrivé à provoquer artificiellement un œdème du tissu conjonctif. Si dans ces cas on fait des coupes sur des cadavres congelés, on trouve que là où le tissu conjonctif est lâche, le liquide s'accumule en grande quantité et déplace les organes; par contre dans les endroits où le tissu conjonctif est dense et solide, les rapports réciproques des organes sont respectés. Mais avant tout, on peut se rendre compte sur ces préparations de la continuité du tissu conjonctif qui entoure les organes, et de l'existence de points de moindre résistance vers lesquels se porteront les produits pathologiques dans leur propagation à travers le tissu conjonctif.

Espaces conjonctifs. — Au niveau du cou, on trouve quatre fentes conjonctives, deux paires et deux impaires, renfermant des organes très faiblement unis les uns aux autres. Les fentes impaires sont situées: l'une, la pré-viscérale, au-devant des organes renfermés dans la cavité viscérale du cou; l'autre, rétro-viscérale, derrière ces mêmes organes. Les fentes paires sont situées sur les côtés du cou: l'une le

long des vaisseaux, l'autre au niveau de la moitié inférieure du sterno-mastoïdien. Toutes ces fentes communiquent entre elles; mais elles doivent être étudiées séparément.

L'espace *rétro-viscéral* est situé derrière le pharynx et l'œsophage. Il renferme le tissu conjonctif lâche qui se trouve entre ces organes et la face antérieure de la colonne vertébrale, et qui descend en bas, dans le thorax, pour se continuer avec le tissu conjonctif du médiastin postérieur.

La finesse de cette couche de tissu conjonctif est facile à apprécier en introduisant le doigt derrière le pharynx: on peut promener le doigt de bas en haut sans rencontrer d'obstacle. Si l'on coupe transversalement le pharynx, on peut décoller avec la plus grande facilité le larynx, la trachée et l'œsophage, de la colonne vertébrale. Si l'on injecte cet espace, il se forme une fente transversale derrière le pharynx, et une gaine circulaire autour de l'œsophage qu'elle paraît emprisonner. Plus bas, cette fente entoure la trachée en lui formant aussi une sorte de gaine circulaire de tissu conjonctif.

L'espace *pré-viscéral* se trouve en avant des viscères du cou, par conséquent entre la glande thyroïde et les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens.

Le tissu conjonctif qui remplit cette fente descend derrière le sternum et, en passant en avant de la trachée, de l'aorte, de la veine azygos gauche et du péricarde, pénètre dans le médiastin. Nous devons pourtant faire observer que le muscle sterno-thyroïdien passe au milieu de cette couche, au lieu de passer devant. A ce niveau, la fente en contournant par derrière les bords du muscle passe entre lui et le sterno-hyoïdien.

Les espaces *vasculaires*, en nombre pair, entourent les gros vaisseaux du cou, en sorte que ceux-ci y jouent librement comme dans une gaine.

Lorsqu'on a pénétré jusqu'aux gros vaisseaux du cou, on peut, en suivant cette fente, remonter avec le doigt jusqu'au rocher, et descendre jusqu'à la crosse de l'aorte, sans rencontrer d'obstacles marqués. Le doigt, bien entendu, sera serré par les lèvres de la fente, car les vaisseaux que renferme cette dernière sont moins volumineux que le doigt. A cet égard, il y a entre l'artère et la veine une différence quelquefois bien mise en évidence par les tumeurs du corps thyroïde. Le doigt glisse avec une très grande facilité le long de l'artère où il ne rencontre presque pas d'obstacles; la veine, par contre, adhère assez intimement, par son côté opposé à l'artère, aux parties voisines, et glisse par conséquent moins facilement. Toutefois ces adhérences ne sont pas très accusées, et B. v. Langenbeck a fait observer qu'on peut repousser la jugulaire en dedans, au-devant de la carotide, sans déplacer tant soit peu cette dernière.

Les espaces *sterno-mastoïdiens*, également en nombre pair, se trouvent au niveau de la face postérieure de la partie inférieure de ce muscle. Quand on divise les insertions inférieures de ce muscle, on

peut le rabattre en haut sans aucune difficulté, ce qui prouve en tous les cas qu'à ce niveau ses adhérences sont très faibles.

Mais si l'on injecte le tissu conjonctif, on trouve une fente qui sépare la face postérieure du muscle des parties voisines. Ce détail doit donc être relevé pour corriger les inexactitudes qui se trouvent dans la description donnée plus haut. Nous avons dit notamment que de la face postérieure du sterno-mastoïdien part une cloison qui, en se dirigeant en arrière, se rend à la gaine des vaisseaux et à l'aponévrose pré-vertébrale. Il est certain que de la colonne vertébrale partent des cloisons qui se rendent à la gaine des vaisseaux et même à la face postérieure du muscle; seulement, tandis que les premières sont plus ou moins solides, les secondes sont pour ainsi dire insignifiantes, et se composent de quelques travées fibreuses qui traversent la fente sterno-mastoïdienne.

Cet espace est intéressant à plusieurs points de vue. D'abord, on y trouve l'omo-hyoïdien, qui, comparé au sterno-mastoïdien, jouit d'une très grande mobilité. Il est incurvé à l'état de relâchement et ne se redresse que pendant les contractions, de sorte que sa partie tendineuse est celle qui subit les plus grands déplacements: aussi doit-elle être entourée d'un tissu conjonctif lâche. D'un autre côté, malgré la présence d'une couche de tissu cellulaire lâche, la face postérieure du sterno-mastoïdien se trouve étroitement appliquée contre les parties qui se trouvent derrière. C'est pour cette raison que les injections ou les produits pathologiques n'arrivent pas à décoller le muscle des parties contre lesquelles il est appliqué.

Il s'agit maintenant de savoir par quels moyens ces fentes arrivent à garder leur configuration, quelles sont les parties qui les limitent et quels sont les rapports qu'elles affectent avec les parties voisines. Cette étude fera en même temps bien comprendre les rapports réciproques des aponévroses.

L'espace *retro-pharyngien*, qui renferme le tissu conjonctif le plus lâche, est encore celui dont les limites latérales sont le mieux déterminées. Si on le parcourt avec le doigt de haut en bas, on se rend compte de l'existence d'un obstacle de chaque côté de la fente. Cet obstacle est formé par la cloison qui va de la gaine des vaisseaux à la colonne vertébrale, cloison que nous avons décrite comme partant de la face postérieure du sterno-mastoïdien et dépendant de l'aponévrose du cou. La fente pré-viscérale possède également des limites latérales, moins précises il est vrai, qui se présentent sous forme d'une membrane s'étendant des bords des muscles hyoïdiens aux faces latérales des viscères du cou et à la gaine des vaisseaux. Si l'on se figure les parois latérales des fentes rétro et pré-viscérale réunies, on trouve que la cavité viscérale est limitée de chaque côté par une cloison qui se dirige des bords des muscles hyoïdiens vers la partie latérale de la face antérieure de la colonne vertébrale, mais que cette cloison est en même temps appliquée contre la face latérale des viscères et la gaine des vaisseaux.

Où ces espaces communiquent-ils entre eux? Cette communication existe en bas, et nous l'avons déjà fait pressentir, en disant que la trachée et l'œsophage étaient comme suspendus au milieu de l'atmosphère celluleuse qui les entoure. Mais cette communication existe aussi en haut, dans la région de l'artère thyroïdienne inférieure. A ce niveau, les limites latérales des fentes rétro et pré-viscérales sont si peu accusées, qu'on peut pénétrer, par chacune de ces deux fentes, dans la fente vasculaire qui les fait ainsi communiquer l'une avec l'autre.

L'espace *sterno-mastoïdien*, difficile à injecter à cause de la tension du muscle, est celui dont les limites sont les moins précises. Si, après avoir coupé les insertions inférieures du muscle, on les soulève en haut, on tombe directement dans

la fente vasculaire; aussi Henke n'hésite-t-il pas à considérer la fente vasculaire et la fente inter-musculaire qui se trouve derrière le sterno-mastoïdien, comme n'en formant qu'une seule.

Il nous reste à étudier les *rapports* qui existent entre ces espaces et le tissu conjonctif du membre supérieur et de la tête. Deux communications existent entre le bras et le cou: d'abord la fente vasculaire, par laquelle on peut pénétrer dans l'aisselle en suivant la sous-clavière et le plexus brachial; ensuite la fente sterno-mastoïdienne qui conduit dans le grand interstice inter-musculaire situé entre la paroi latérale du thorax et la tête de l'humérus. Du côté de la tête, la communication se fait par l'intermédiaire de la fente vasculaire, qui se divise en suivant les ramifications de la carotide externe. Les adhérences entre la face postérieure de la gaine de la glande sous-maxillaire avec cette fente sont particulièrement lâches.

Si, après cette étude des espaces conjonctifs du cou, nous voulions nous rendre compte de la disposition des aponévroses, nous trouverions les membranessuivantes:

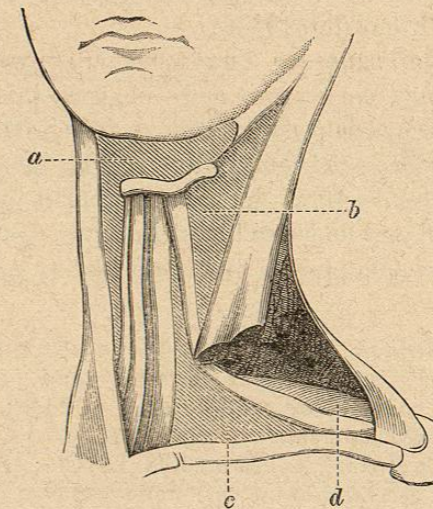


Fig. 108. — Schéma des muscles et aponévroses du cou.

1) Le feuillet qui part de chaque côté de la colonne vertébrale en se rendant aux muscles hyoïdiens inférieurs. Ce feuillet, désigné par Henke sous le nom du *médiastin du cou*, ferme latéralement la cavité viscérale et limite la fente vasculaire en lui constituant une paroi interne. D'après l'ancienne théorie, ce feuillet formait une cloison qui partait du feuillet profond de l'aponévrose du cou, là où cette dernière se trouve appliquée contre la face postérieure du sterno-hyoïdien. Or l'existence de ce feuillet profond sur la face postérieure du sterno-mastoïdien n'est plus admise aujourd'hui. Par contre on admet que:

2) L'aponévrose du muscle omo-hyoïdien forme une membrane