

C O U

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Le *cou* est cette partie du corps qui relie la tête au tronc. Ses limites sont assez difficiles à préciser. Les supérieures sont : en haut, le bord inférieur du maxillaire inférieur ; sur les côtés, une ligne fictive réunissant l'angle de la mâchoire au sommet de l'apophyse mastoïde, en arrière, une autre ligne, qui joint les apophyses mastoïdes l'une à l'autre, en passant par la protubérance occipitale externe.

Les limites inférieures sont très nettes en avant et sur les côtés ; la fourchette sternale sur la ligne médiane, à droite et à gauche les clavicules, qu'il est toujours facile de reconnaître, circonscrivent nettement la région ; il n'en est pas de même en arrière ; une ligne s'étendant, de l'une à l'autre extrémité externe des clavicules et passant un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale, est la limite toute fictive qu'on peut lui assigner. (L'extrémité externe de la clavicule qui fait, chez un tiers des sujets environ, une saillie appréciable au-dessus de la face supérieure de l'acromion, se trouve, sur le vivant, à deux petits travers de doigt, 2 centimètres et demi à 3 centimètres, en dedans du bord externe de l'acromion.)

Le cou présente de grandes différences selon les individus, on dit des uns qu'ils ont le cou grêle et long, des autres qu'ils l'ont gros et court ; cependant sa longueur ne varie guère, les cous qui paraissent longs se rencontrent chez les individus dont les systèmes musculaire et graisseux sont peu développés, les cous courts se voient dans les conditions opposées.

L'aspect du cou est fort différent selon qu'on regarde un individu de dos ou de face.

Le cou, vu par derrière, se présente sous la forme d'un trapèze dont l'une des bases, la petite, se trouve à la ligne qui, passant par la protubérance occipitale externe, réunit les sommets des deux apophyses mastoïdes, tandis que la grande répond à la ligne qui s'étend de l'une à l'autre extrémité externe des deux clavicules, en passant, nous venons de le dire, un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale ; chacun des côtés est représenté par le bord antéro-externe du muscle trapèze qui va de l'occipital à l'acromion et à la clavicule. Ces deux côtés, plus accusés en bas, se voient aussi, quand on regarde un sujet de face, et séparent la région postérieure ou *nuque* de la région antéro-latérale.

La région de la *nuque*, très courte dans l'extension de la tête, beaucoup plus longue dans la flexion est concave dans le sens vertical, convexe transversalement. Nous ne reviendrons pas sur l'exploration de son squelette, formé par la portion cervicale de la colonne vertébrale, exploration que nous avons suffisamment indiquée ailleurs. (Voir *Exploration clinique de la colonne vertébrale*.)

Nous rappellerons seulement : qu'à la partie supérieure de la nuque, immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale externe, terminant en haut la gouttière médiane large qui correspond, chez un bon nombre d'individus, aux apophyses épineuses cervicales, se trouve une dépression, *fosselle de la nuque*, *fosselle sous-occipitale*, limitée par le relief de l'extrémité supérieure des bords internes des muscles trapèze. Cette fosselle correspond à l'espace occipito-atloïdien et par conséquent au *bulbe rachidien*. De chaque côté de cette dépression se rencontrent les *ganglions sous-occipitaux* ; au nombre de deux ou trois, sous-aponévrotiques, reposant sur le grand complexus, ganglions qu'on ne sent pas à l'état normal, mais qui s'engorgent dans les affections du cuir chevelu, en particulier dans celles qui dépendent de la syphilis.

La nuque présente une peau épaisse, très adhérente, surtout à la partie supérieure de la région, à l'aponévrose du

trapèze, peu mobile par conséquent; elle est souvent le siège de furoncles et d'anthrax. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané assez abondant en haut se trouve contenu, dans des aréoles fibreuses, analogues à celles qu'on rencontre au cuir

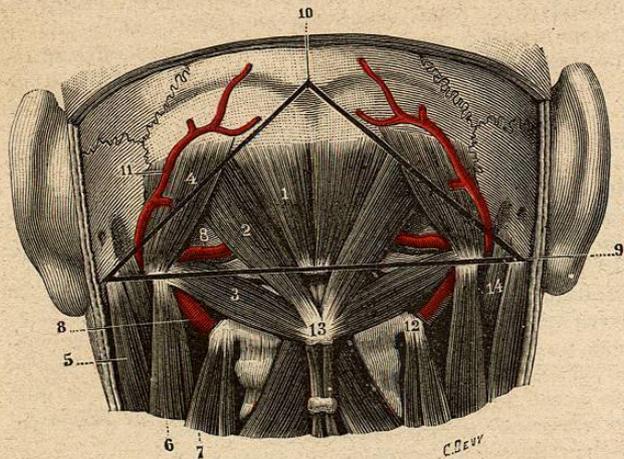


Fig. 12. — Région de la nuque (Plan profond).

1. Muscle petit droit postérieur. — 2. Muscle grand droit postérieur. — 3. Muscle grand oblique. — 4. Muscle petit oblique. — 5. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — 6. Muscle angulaire de l'omoplate (faisceau supérieur). — 7. Muscle angulaire de l'omoplate (faisceau inférieur). — 8. 8. Artère vertébrale. — 9. Apophyse mastoïde. — 10. Inion. — 11. Artère occipitale. — 12. Apophyse transverse de l'axis. — 13. Apophyse épineuse de l'axis. — 14. Muscle digastrique.

chevelu : il est assez fréquemment le point de départ de lipomes qui peuvent acquérir de très grandes dimensions.

L'aponévrose superficielle recouvre la face postérieure des muscles trapèze, sous eux, se trouvent les muscles proprement dits de la nuque, disposés sur plusieurs couches. Rappelons que la plus superficielle de celles-ci comprend deux muscles, en dehors l'angulaire de l'omoplate, en dedans le splénius, qui peuvent être, de même que le trapèze, atteints de con-

tracture donnant lieu à une variété de torticolis, dit torticolis postérieur.

La couche musculaire la plus profonde de la nuque est paire et symétrique. De chaque côté de la ligne médiane, les muscles grand droit postérieur de la tête en dedans, grand oblique en bas et en dehors, petit oblique en haut et en dehors, imitent un triangle où se trouve l'artère vertébrale ou plus exactement sa portion horizontale. Un peu en haut et en dehors de ce triangle, sur le bord externe du muscle petit oblique, ou mieux un peu en dedans du bord postérieur tangible de l'apophyse mastoïde, on rencontre l'artère occipitale.

« Cette portion dangereuse de la région sous-occipitale (partie supérieure de la nuque) pourrait être circonscrite par trois lignes; deux abaissées de la protubérance occipitale externe au sommet des apophyses mastoïdes et la troisième allant d'une apophyse à l'autre. » (Richet.) Dans l'aire de ce triangle se trouve la fossette de la nuque (et nous savons quels sont ses rapports avec l'espace occipito-atloïdien et le bulbe rachidien) et aussi les portions accessibles par la région spinale des artères précédemment indiquées; on comprend facilement, d'après cela, la gravité extrême que peuvent présenter les plaies profondes de la partie supérieure de la région de la nuque.

I. — RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE

Si, quand on regarde un individu de face, on le prie de porter la tête un peu en arrière, on voit se dessiner, sous les téguments, deux cordes latérales, étendues de haut en bas et de dehors en dedans, des apophyses mastoïdes à la fourchette sternale; ces deux cordes, formées par les muscles sterno-mastoïdiens, limitent avec le bord inférieur du maxillaire inférieur toujours visible et la fourchette sternale facilement reconnaissable, un espace auquel on donne le nom de *région hyoïdienne*.

Au-dessus des clavicules, on remarque une dépression plus ou moins profonde suivant les sujets, dépression limitée en avant par le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien,

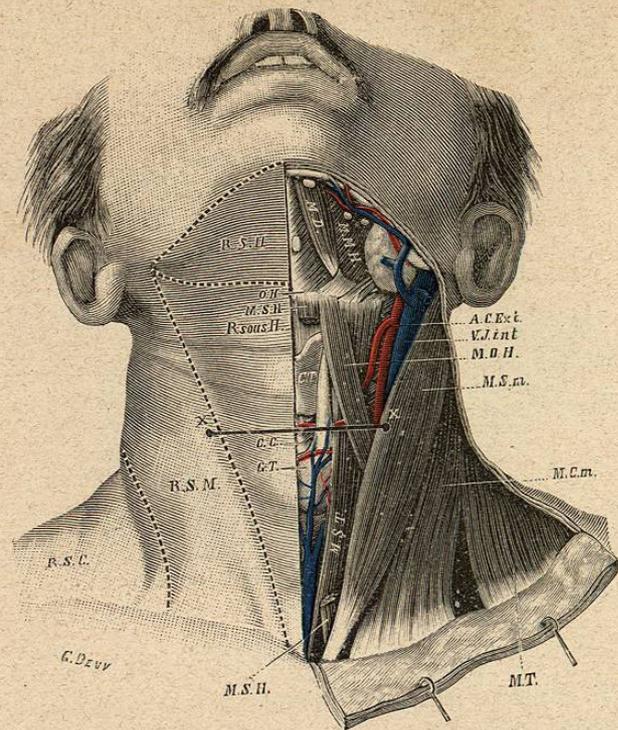


Fig. 13. — Face antérieure du cou.

R. S. H. Région sus-hyoïdienne. — R. sous H. Région sous-hyoïdienne. — R. S. M. Région sterno-mastoïdienne. — R. S. C. Région sus-claviculaire. — M. D. Muscle digastrique. — M. M. H. Muscle mylo-hyoïdien. — M. O. H. Muscle omo-hyoïdien. — M. S. H. M. S. H. Chef supérieur et inférieur du muscle sterno-hyoïdien réséqué dans sa partie moyenne. — M. S. M. Muscle sterno-mastoïdien. — M. C. M. Muscle cléido-mastoïdien. — M. T. Muscle trapèze. — M. S. T. Muscle sterno-tyroïdien. — O. H. Os hyoïde. — C. T. Cartilage thyroïde. — C. C. Cartilage cricoïde. — G. T. Glande thyroïde. — A. C. Ext. Artère carotide externe. — V. J. int. Veine jugulaire interne. — X. X. Ligne passant par le cartilage thyroïde et les tubercules antérieurs des apophyses transverses de la sixième vertèbre cervicale.

en arrière par le bord antérieur du muscle trapèze, c'est le *creux sus-claviculaire*.

La région antéro-latérale du cou comprend donc les régions secondaires : hyoïdienne, sus-claviculaire, auxquelles il faut ajouter la région sterno-mastoïdienne, formée par le muscle du même nom et les organes qu'il recouvre.

Dans la *région hyoïdienne*, on voit, sur la ligne médiane, une saillie plus rapprochée du menton que du sternum, plus prononcée chez l'homme que chez la femme, c'est l'angle saillant du cartilage thyroïde plus marqué à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, on lui donne le nom de *pomme d'Adam*.

Au-dessus de lui, la palpation permet de reconnaître une dépression haute d'un centimètre environ, admettant la pulpe de l'index, limitée en haut par un corps dur de quelques millimètres de hauteur et qui se prolonge sur les parties latérales jusqu'au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, c'est l'*os hyoïde*, corps et grandes cornes, os mobile qui répond, dans la position droite de la tête, au corps de la 3^e vertèbre cervicale et permet de diviser la région hyoïdienne en deux autres régions secondaires dites sus-hyoïdienne et sous-hyoïdienne.

La *région sus-hyoïdienne* est limitée : en bas, par le corps et les grandes cornes de l'os hyoïde; en haut, par le bord inférieur de la mâchoire inférieure prolongé jusqu'au bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens; de chaque côté par le bord antérieur de ces mêmes muscles dans la portion qui s'étend de l'angle de la mâchoire à l'os hyoïde; elle a été confondue, par quelques anatomistes, avec le plancher de la bouche sous le nom de région glosso-sus-hyoïdienne. Nous avons vu, à propos de la cavité bucco-pharyngée, que la région sus-hyoïdienne doit être distinguée du plancher de la bouche et que la limite qui les sépare est le muscle mylo-hyoïdien.

La région sus-hyoïdienne, dans la position droite de la tête, ne se voit guère; le cou, à son niveau, forme un angle ouvert en avant, masqué par la saillie du menton; pour la bien exposer, il faut mettre la tête dans l'extension, mais pour l'explorer il faut la mettre dans la flexion, car les différents

plans qui la forment sont alors dans le relâchement, ce qui permet une palpation facile qu'on aidera, s'il le faut, du toucher buccal.

Le fond de la région sus-hyoïdienne est formé, sur la ligne médiane et en partie sur les côtés, par le muscle mylo-hyoïdien, il est complété sur les parties latérales par le muscle hyo-glosse qui repose lui-même sur le pharynx (constricteur moyen).

C'est là un fait important, dont il faut se souvenir, dans les incisions profondes de la région.

La région sus-hyoïdienne est fermée en avant par la peau très mobile sur les parties profondes, au-dessous d'elle, on rencontre une couche cellulo-graisseuse plus ou moins abondante; il n'est pas rare de voir, chez les individus pourvus d'embonpoint, la graisse s'y accumuler, de façon à former des bourrelets qui créent les mentons à double ou à triple saillie.

L'aponévrose est plus ou moins résistante suivant les sujets, son grand développement explique la tendance qu'ont certaines collections sus-hyoïdiennes à s'ouvrir plutôt du côté du pharynx que de la peau.

Si on tire de chaque côté, une ligne, de la partie médiane du bord inférieur du maxillaire, à 1 centimètre et demi environ de la ligne médiane de l'os hyoïde, ligne qui représente la direction des ventres antérieurs des muscles digastriques, on délimite ainsi un espace triangulaire à sommet mentonnier, à base répondant au corps de l'hyoïde, espace auquel on donne le nom de *région sus-hyoïdienne médiane*. Elle n'est point dangereuse. Les plaies profondes qui l'atteignent pénètrent en plein plancher buccal, sans léser d'organes ou de vaisseaux importants.

Il existe, dans cette région, à égale distance du menton et de l'os hyoïde, quelques ganglions lymphatiques, situés entre l'aponévrose et le mylo-hyoïdien, dits *ganglions médians*; ils sont inappréciables à l'état normal et reçoivent les vaisseaux blancs de la partie médiane de la lèvre inférieure et du menton; ils devront être explorés soigneusement dans l'épithélioma ou les inflammations de ces régions. Notons enfin qu'il n'est pas rare de voir des tumeurs nées du plan-

cher de la bouche faire saillie à la région sus-hyoïdienne médiane, telles, certaines variétés de grenouillettes.

Les moitiés droite et gauche de la région sus-hyoïdienne, *régions sus-hyoïdiennes latérales*, tirent leur principal intérêt clinique de la présence de la glande sous-maxillaire et surtout des ganglions qui l'entourent.

Glande et ganglions sont enfermés dans une loge aponévrotique, dont la paroi antérieure assez épaisse doit être incisée dans les adéno-phlegmons, très fréquents, de la région sus-hyoïdienne latérale.

« Ces ganglions au nombre de 8 à 10, sont placés, pour la plupart, dans l'angle formé par le mylo-hyoïdien et la face interne de la mâchoire et reçoivent les lymphatiques : du front, des paupières, du nez, des joues, des lèvres, des gencives inférieures, de la muqueuse buccale et d'une partie de la langue. » (Walther, *T. chir.*, t. V, p. 679.)

Pour palper la région sus-hyoïdienne, le chirurgien doit se placer en face du malade et lui dire de fléchir légèrement la tête. Il appuie la main gauche sur le sinciput, afin d'empêcher le redressement de l'extrémité céphalique. A l'état normal, on ne sent guère par le palper sus-hyoïdien seul, non combiné au toucher buccal, la glande sous-maxillaire et ses ganglions. On arrive toutefois à déceler la présence de très petits ganglions par la manœuvre suivante. Les doigts de la main droite, le pouce excepté, seront légèrement recourbés en crochet, la pulpe tournée en haut, et devront être portés à une certaine distance, un travers de pouce environ, en dedans du bord inférieur du maxillaire, leur pulpe déprimera, en cet endroit, les parties molles, et sera ramenée, sans que la pression diminue d'intensité, vers la face interne de la mâchoire.

Il arrive bien souvent que de la sorte, au moment où les doigts atteignent presque le maxillaire, on sente un ou plusieurs petits corps arrondis, du volume d'un pois, d'un noyau de cerise, qui s'échappent brusquement quand les doigts vont arriver à l'os.

On peut aussi sentir les ganglions de petit volume en introduisant l'index d'une main en arrière de la mâchoire, sur le plancher buccal, les doigts de l'autre main soutenant et déprimant la région sus-hyoïdienne latérale.

Signalons enfin, avant de quitter la région sus-hyoïdienne, la présence de vaisseaux importants, artère faciale, artère linguale, tronc veineux thyro-linguo-facial, nerf grand hypo-glosse; rappelons que le plan profond de la région sus-hyoïdienne latérale est en réalité formé par la paroi pharyngienne et nous aurons mis, croyons-nous, le clinicien en possession des souvenirs anatomiques qui lui sont indispensables pour l'étude de la pathologie de la région.

II. — RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE

La région sous-hyoïdienne, limitée en haut par l'os hyoïde, en bas par la fourchette sternale et sur les parties latérales, par le bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens, est occupée, sur la ligne médiane, par le conduit laryngo-trachéal, dont il est facile, sauf chez les individus très gras, de reconnaître les parties constituantes. Quand on regarde la région sous-hyoïdienne, l'attention est attirée par une saillie qui se trouve à sa partie supérieure, c'est l'angle du cartilage thyroïde et par une dépression qu'on remarque à sa partie inférieure c'est le creux sus-sternal.

Immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, on trouve une dépression, c'est l'espace thyro-hyoïdien, il répond à la face antérieure de l'épiglotte, et il nous paraît bon de rappeler, qu'entre ce fibro-cartilage et la membrane thyro-hyoïdienne, il existe un espace rempli de tissu cellulo-adipeux (loge thyro-épiglottique) qui peut s'enflammer et donner lieu à une variété de phlegmon du cou. Rappelons encore, qu'entre l'os hyoïde et la membrane thyro-hyoïdienne, existe une bourse séreuse, bourse de Boyer, qui peut s'enflammer et donner naissance à de véritables hygromas, qu'enfin on trouve, dans l'espace thyro-hyoïdien, des kystes mucoides dont le développement semble être en rapport avec l'évolution du corps thyroïde.

Il est facile de sentir, au-dessous de l'espace thyro-hyoïdien, l'échancrure du bord supérieur du cartilage thyroïde, son angle saillant qui s'efface à mesure qu'on s'approche du bord inférieur. De chaque côté de l'angle du cartilage thyroïde, dont la hauteur varie de 2 à 3 centimètres, selon les

sujets, on reconnaît les faces latérales de cet organe auquel il est possible d'imprimer des mouvements de latéralité assez étendus. On perçoit quelquefois, pendant ces mouvements, une crépitation sourde qu'on attribue, au frottement des bords postérieurs du cartilage, contre la colonne vertébrale.

Le cartilage thyroïde répond, par son bord supérieur aux replis aryténo-épiglottiques; la glotte entre les deux lèvres de laquelle se trouve, de chaque côté, l'ouverture du ventricule du larynx répond à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de ce cartilage; aussi, comprend-on, qu'une incision faite sur sa ligne médiane (thyroïdotomie de Desault) permette d'extirper facilement les tumeurs laryngées occupant les cordes vocales, la glotte et la portion sous-glottique du larynx.

Au-dessous du cartilage thyroïde on rencontre une autre dépression, correspondant à l'espace crico-thyroïdien dont la hauteur, sur la ligne médiane, est de 5 à 6 millimètres. Cet espace est fermé par le ligament crico-thyroïdien moyen; on peut y introduire une canule, si on redoute la trachéotomie. (Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.)

En avant de la membrane crico-thyroïdienne il existe un ou deux petits ganglions, dits ganglions juxta-laryngiens médians, ils reçoivent les lymphatiques de la partie supérieure du larynx.

Puis vient le cartilage cricoïde qui répond au corps de la 6^e vertèbre cervicale et dont la partie antérieure peu élevée (5 à 7 millimètres) se trouve sur la même ligne transversale que les tubercules antérieurs des apophyses transverses de la 6^e vertèbre cervicale (tubercules carotidiens de Chassaignac). (Voir fig. 13, p. 258.) Il est assez facile, sauf chez les sujets très gras, de bien circonscrire la face antérieure du cartilage cricoïde, de reconnaître son bord inférieur, point capital pour l'opération de la trachéotomie.

Au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, si on applique la pulpe de l'index sur la ligne médiane du cou, on sent un corps élastique qui tend à se déplacer latéralement sous la pression qu'on exerce à sa surface, c'est la trachée, d'autant plus accessible que l'isthme du corps thyroïde, qui la recouvre, dans sa portion initiale, est moins développé. Si,

après avoir appliqué la pulpe de l'index sur le bord inférieur du cartilage cricoïde de façon à accrocher, pour ainsi dire, ce bord avec l'ongle, on cherche à faire descendre, vers la fourchette sternale, par des mouvements de reptation, la pulpe du pouce et celle du médius préalablement appliquées sur les parties latérales du cartilage cricoïde, on parvient, la tête étant dans l'extension, à saisir la trachée et à la fixer. C'est la manœuvre qu'on doit exécuter pour pratiquer la trachéotomie.

La trachée descend verticalement vers le bas, mais se rapproche de la colonne vertébrale et s'éloigne par conséquent des parties molles; il est difficile, chez les sujets pourvus d'embonpoint, de l'explorer jusqu'au-dessus de la fourchette sternale, dans le creux sus-sternal, creux rempli de grosses veines et dans la partie inférieure duquel, fait saillie quelquefois, le tronc brachio-céphalique veineux et toujours, la crosse de l'aorte, chez l'enfant à cause du peu de développement du sternum, chez le vieillard, par suite de la dilatation de l'artère.

Nous ne saurions terminer ce qui a trait au conduit laryngo-trachéal sans rappeler son extrême mobilité physiologique et provoquée.

L'os hyoïde, le conduit laryngo-trachéal, s'élèvent dans le deuxième temps de la déglutition et s'abaissent dans le troisième; on ne peut leur communiquer de mouvements verticaux, mais, par contre, il est facile de les mouvoir transversalement dans une assez grande étendue; l'extension de la tête les rend plus fixes.

Signalons, en passant, en arrière du conduit laryngo-trachéal, la partie inférieure du pharynx et la portion cervicale de l'œsophage.

Quant au *corps thyroïde*, il est fort important et joue un grand rôle dans la pathologie de la région sous-hyoïdienne. Nous avons déjà dit que son isthme qui recouvre, en général, les trois ou quatre premiers cerceaux de la trachée est plus ou moins développé suivant les sujets. Le corps thyroïde, plus gros chez la femme que chez l'homme, apparaît d'autant mieux, chez elle, que la saillie du cartilage thyroïde est moins développée. Quelques femmes, qu'on ne saurait

dire goitreuses, présentent une glande assez volumineuse pour que ses contours se dessinent sous les muscles et les téguments qui la recouvrent. On ne peut guère cependant palper la glande thyroïde, encore moins se rendre compte de sa consistance, à l'état normal, ce qui est dû à l'extrême mobilité du squelette sur lequel elle repose et à l'épaisseur des parties molles qui répondent à sa face antérieure.

Le clinicien ne doit pas oublier que le corps thyroïde est intimement adhérent au conduit laryngo-trachéal dont il suit les mouvements. Toute tuméfaction thyroïdienne, quand elle n'a pas acquis un très gros volume ou contracté d'adhérences avec les organes voisins, peut être déplacée latéralement comme le conduit laryngo-trachéal; elle suit de plus les mouvements de cet appareil, pendant la déglutition. Rien n'est plus facile que de le constater. On fera prendre au malade une gorgée de liquide en lui recommandant de la conserver dans sa bouche et de ne l'avaler que quand on le lui commandera. L'observateur, regardant alors la tumeur, dit au malade d'avaler, si la tuméfaction est thyroïdienne elle suivra fatalement le mouvement d'ascension du larynx (2^e temps de la déglutition) et s'abaissera avec lui dès que le liquide aura franchi l'isthme du gosier (3^e temps). On peut compléter cet examen par la manœuvre suivante. Si après avoir vu jusqu'où monte le gonflement, on applique les doigts de chaque côté du cou, un peu au-dessous du point où il s'est arrêté dans son ascension, on sentira, en faisant avaler de nouveau un peu de liquide, la tumeur qui vient faire effort contre les doigts.

En résumé, toutes les tumeurs thyroïdiennes suivent les mouvements du conduit laryngo-trachéal pendant la déglutition, mais peut-on dire que ce soit là un signe pathognomonique, et que toute tumeur qui se présente ainsi soit une tumeur thyroïdienne? Non. Une tumeur ganglionnaire (et il s'agit en général de ganglions tuberculeux ramollis) peut adhérer à l'arbre aérien ou au corps thyroïde et, par conséquent, se mouvoir avec eux pendant la déglutition. Il en est de même de certains kystes de l'espace thyro-hyoïdien souvent difficiles à distinguer d'une production analogue de la glande thyroïde.

Mais ce sont là des faits rares et, dans la grande majorité des cas, une tumeur siégeant dans la région sous-hyoïdienne et qui suit les mouvements du conduit laryngo-trachéal, pendant la déglutition, est une tumeur thyroïdienne.

Les ganglions lymphatiques sont nombreux dans la région sous-hyoïdienne. Nous avons déjà signalé plus haut, les glandes juxta-laryngiennes, qui reçoivent les lymphatiques de la partie supérieure du larynx. Il nous faut signaler encore un ganglion assez constant, appartenant au groupe des ganglions cervicaux supérieurs, superficiellement placé et appliqué, à une hauteur variable, sur la face externe du muscle sterno-thyroïdien, il reçoit des vaisseaux tégumentaires. N'oublions pas enfin les ganglions laryngo-pharyngo-œsophagiens, placés autour des canaux alimentaire et aérien, au milieu d'un tissu cellulaire lâche et fort abondant.

III. — RÉGION STERNO-MASTOÏDIENNE OU CAROTIDIENNE

Les régions sterno-mastoïdiennes ou carotidiennes, au nombre de deux, l'une droite, l'autre gauche, ont pour limites : en haut, une ligne horizontale étendue de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, en bas l'articulation sterno-claviculaire et la clavicule dans l'étendue qui donne insertion au faisceau claviculaire du même muscle, c'est-à-dire dans son tiers interne, en avant et en arrière les bords antérieur et postérieur du sterno-mastoïdien.

Ce muscle dépasse la région en haut où il forme le bord postérieur de l'ouverture de la loge parotidienne ; en bas il empiète, par son faisceau sternal, sur la région thoracique antérieure.

Le nom de carotidienne, qu'on donne encore à la région sterno-mastoïdienne, lui vient de ce que le muscle sterno-mastoïdien est le satellite des artères carotides primitive et secondaires. Il les recouvre toutes trois dans la position droite de la tête, mais quand cette dernière est dans l'extension et que la face est tournée du côté opposé à la région qu'on examine (position de la ligature), les carotides externe et interne ne répondent plus qu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien.

La région sterno-mastoïdienne prête à un très grand nombre de considérations de médecine opératoire qui ne sauraient trouver place ici.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, recouvert de dehors en dedans, par une peau très mobile, par le fascia superficialis qui contient dans son dédoublement le muscle peaucier, présente à sa face externe les branches du plexus cervical superficiel, ce qui nous explique les irradiations douloureuses vers le crâne, le thorax et l'épaule, dans certaines affections du cou. La veine jugulaire externe, dont la direction est assez bien représentée, par une ligne qui s'étendrait de l'angle de la mâchoire à la partie moyenne de la clavicule, croise la face antéro-externe du muscle ; en la comprimant au-dessus de la clavicule elle devient facilement appréciable.

Le muscle sterno-mastoïdien, contenu dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle, est le siège de prédilection des tumeurs gommeuses, sa contracture fréquente, sa rétraction plus rare, donnent lieu à la variété la plus commune du torticolis.

Sous le muscle, on rencontre le paquet vasculo-nerveux du cou, carotide primitive et ses deux branches de bifurcation, la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique ; il est entouré de nombreux ganglions lymphatiques sur lesquels nous reviendrons.

Rappelons que les vaisseaux carotidiens n'ont pas tout à fait la même direction à droite et à gauche. « Du côté droit, cette direction peut être très bien exprimée par une ligne qui, partant du milieu de l'espace compris entre la branche montante de la mâchoire et l'apophyse mastoïde, viendrait tomber sur l'extrémité interne de la clavicule, la direction des carotides gauches, par la même ligne, aboutissant à l'inter-valle qui sépare les deux faisceaux du sterno-mastoïdien. » (Richet.) Ces lignes sont utiles à connaître, mais, en clinique, c'est le bord antérieur du sterno-mastoïdien qui est le vrai guide pour l'exploration des vaisseaux. La carotide primitive peut être facilement comprimée sur le tubercule de Chassaignac (voir *Exploration clinique de la colonne vertébrale*) ; c'est une manœuvre utile dans le diagnostic de certaines tumeurs vasculaires du cou et du crâne.

Rappelons encore que la bifurcation de la carotide primitive se fait au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde, qu'en ce point il n'est pas rare d'observer, chez le vieillard, un renflement fusiforme du vaisseau qui a paru, à quelques pathologistes, être une prédisposition aux anévrismes plus fréquents là qu'en tout autre point de sa longueur.

Le paquet vasculo-nerveux du cou, entouré par une gaine cellulo-fibreuse assez dense, est plongé au milieu de l'atmosphère cellulo-graisseuse lâche du cou, d'où son extrême mobilité qui explique qu'il échappe, assez souvent, aux instruments vulnérants qui pénètrent à son niveau.

Il ne faut pas oublier que la région sterno-mastoïdienne, quoique assez nettement circonscrite, empiète à sa partie inférieure sur la région sous-hyoïdienne, puisque le bord antérieur du sterno-mastoïdien recouvre les parties latérales des lobes thyroïdiens, que, outre la carotide primitive, des vaisseaux importants s'y rencontrent, tels l'artère sous-clavière depuis son émergence du thorax jusqu'à sa sortie des scalènes, ses sept branches collatérales qui, toutes, naissent en dedans des scalènes; la veine sous-clavière, l'origine du tronc brachio-céphalique veineux; ce qui ne laisse pas que de rendre difficile, le diagnostic du vaisseau lésé, dans les plaies de la base du cou; celui du siège des tumeurs vasculaires de cette région.

Les *ganglions lymphatiques* qui accompagnent le paquet vasculo-nerveux du cou sont situés, pour la plupart, en avant des vaisseaux, quelques-uns en arrière, aussi ne faut-il négliger, dans aucun cas, l'examen des deux bords du muscle quand on recherche leur présence, les plus importants et les plus gros sont appliqués sur la partie latérale externe de la veine jugulaire interne.

Les ganglions qui se trouvent au point de bifurcation de la carotide primitive et dans le voisinage du tronc veineux thyro-linguo-facial (ganglions cervicaux supérieurs), sont les aboutissants des lymphatiques; d'une partie du cuir chevelu, de l'oreille, de la cavité buccale, de la langue, des amygdales, du pharynx, de la trachée, de l'œsophage; d'autres ganglions, situés plus bas, leur font suite, ce sont les ganglions carotidiens ou cervicaux inférieurs, ils sont l'aboutissant des

lymphatiques efférents du groupe précédent, et reçoivent quelques vaisseaux du corps thyroïde.

On voit combien sont nombreux les afférents des ganglions lymphatiques qui accompagnent le paquet vasculo-nerveux du cou et combien devront être multipliées les recherches qui pourront donner la clef d'engorgements suspects. Ces ganglions sont souvent atteints par la tuberculose, c'est là que la bacillose ganglionnaire a été surtout étudiée.

La *palpation* de la région sterno-mastoïdienne n'est pas toujours facile à cause de la contracture ou de la rétraction du muscle qui accompagnent si souvent les affections de la région. Dans ces cas-là, on fait comme on peut. Heureusement il n'en est ainsi que dans les affections aiguës ou dans les affections chroniques anciennes, dans un grand nombre de cas il est possible de palper la région sterno-mastoïdienne. Comment faut-il s'y prendre?

On doit tout d'abord mettre le muscle dans le relâchement. On y arrive en disant au malade, qu'on fera asseoir sur une chaise ou sur son lit, de ne point se raidir, de ne faire aucun effort. Puis le chirurgien, se plaçant devant le malade, lui saisira le crâne, avec la main gauche, et imprimera, à la tête, une légère flexion en avant, accompagnée d'une légère inclinaison sur l'épaule du côté malade. Il est alors facile de saisir le muscle relâché, de le soulever en quelque sorte, d'insinuer un peu les doigts sous sa face profonde et de reconnaître, par exemple, de petits ganglions que la vue n'avait pas révélés.

Quand il s'agit de savoir si, une tumeur, née dans la région sterno-mastoïdienne, s'est développée dans le muscle (fait assez rare) ou bien lui adhère, il faut le faire contracter. On y arrive en disant au malade de tourner la tête du côté opposé, mais, à peine ce mouvement est-il commencé, qu'il faut s'opposer à sa continuation, ce à quoi on arrive facilement, avec la main gauche, appliquée sur la tempe de la région pariétale du côté opposé à celui qu'on palpe.

On sent alors, le sterno-mastoïdien, sous la forme d'une corde dure et tendue et, en ce qui touche ses rapports, avec une tumeur développée dans la région, on se rappellera que, s'il s'agit d'une tumeur du muscle, tumeur qui suivait les mouvements de latéralité qu'on lui imprimait dans l'état de

relâchement, cette tumeur devient complètement immobile ; que si on est en présence d'une tumeur, ganglionnaire le plus souvent, adhérente au muscle, cette tumeur perd de la mobilité qu'on avait constatée pendant que le muscle était inactif.

CRÉUX SUS-CLAVICULAIRE

Le *creux sus-claviculaire*, disséqué, se présente sous la forme d'un triangle dont la base répond à la partie moyenne de la clavicule, le bord antérieur oblique en haut et en arrière au bord postérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, le bord postérieur, au bord antérieur du trapèze ; le sommet résulte de la réunion de ces deux bords. Comme le fait remarquer Richet, le triangle sus-claviculaire est beaucoup moins large quand on a conservé l'aponévrose cervicale superficielle qui réunit les bords du trapèze et du sterno-mastoïdien, c'est ainsi qu'il se présente sur le vivant, c'est de cette façon que nous devons l'envisager. Dans ces conditions, le triangle sus-claviculaire se présente plutôt, sous la forme d'un ovale, dont la grosse extrémité se trouve en bas, tandis que le sommet dirigé en arrière et en haut se termine au niveau de la troisième vertèbre cervicale, c'est-à-dire sur une ligne correspondant à la direction de l'os hyoïde

A la région sus-claviculaire, correspond une dépression, le *creux sus-claviculaire*, qui ne disparaît jamais entièrement chez les sujets gras mais, qui se prononce, chez ceux qui sont maigres. La clavicule fait alors une saillie exagérée sur laquelle on voit nettement s'insérer les deux saillies, du trapèze en dehors, du sterno-mastoïdien en dedans. Ce creux, de même que la fossette sus-sternale, se déprime à chaque inspiration et s'accuse surtout dans les cas de dyspnée.

C'est tout ce que révèle la vue, il faut y ajouter cependant, chez quelques individus dont le système veineux est bien développé, chez les vieillards en particulier, la saillie de l'extrémité inférieure de la veine jugulaire externe, voisine du bord postérieur du sterno-mastoïdien. La peau de cette région est très mobile sur les parties profondes.

Pour *palper le creux sus-claviculaire*, dans la profondeur,

il faut relâcher les parties superficielles (aponévrose cervicale superficielle et les muscles qui bordent le triangle), on y arrive facilement en inclinant la tête du malade sur l'épaule du côté examiné et en élevant légèrement le membre supérieur correspondant. On sent ainsi, assez facilement, en déprimant les parties molles, le squelette de la région, formé en haut et en arrière par les apophyses transverses des quatre dernières vertèbres cervicales, en bas par la clavicule et la première côte ; il est quelquefois possible de sentir, chez les sujets maigres, en réclinant un peu en dedans le bord postérieur du sterno-mastoïdien relâché, un cordon résistant qui n'est autre que le muscle scalène antérieur. En suivant ce cordon ou plus simplement le bord postérieur du sterno-mastoïdien, on arrive ainsi sur la première côte où il est facile de sentir les battements de l'artère sous-clavière après sa sortie des scalènes.

C'est là qu'on peut la comprimer à l'aide de la pulpe des doigts, les meilleurs des instruments.

Les différents plans que l'on rencontre en allant des parties superficielles vers les parties profondes sont : la peau, le peaucier, compris entre deux couches celluluses, et sous lequel rampent les branches sus-acromiales et sus-claviculaires du plexus cervical superficiel ; l'aponévrose cervicale superficielle, au-dessous d'elle une couche celluleuse peu serrée ; puis vient l'aponévrose moyenne du cou, tendue par le muscle omo-hyoïdien, au-dessous d'elle enfin et dans l'espace compris entre l'omo-hyoïdien et la clavicule, une nouvelle couche celluleuse qui renferme des vaisseaux importants : la scapulaire supérieure, la scapulaire postérieure, la terminaison de la veine jugulaire externe ; puis, comprise dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne, la veine sous-clavière qui dépasse la clavicule ; on trouve enfin, sur un plan plus profond, le muscle scalène antérieur et le nerf phrénique appliqué sur sa face antérieure ; la compression de ce dernier nerf, au-dessus de la clavicule, est souvent douloureuse dans les affections qui intéressent le diaphragme.

Entre les muscles scalènes et en dehors d'eux, se trouvent les organes les plus importants de la région : l'artère sous-clavière et au-dessus d'elle les cordons du plexus brachial.