

currente un rétrécissement toujours gênant sans doute, mais qui ne met pas la vie en danger, peut subitement devenir une menace d'asphyxie rapide.

**Traitement.** — Il faut toujours, si le rétrécissement est reconnu, si sa cause productrice est dévoilée, la combattre autant que possible par les moyens appropriés, les antisiphilitiques surtout. Mais dès que les menaces d'asphyxie sont évidentes, dès que le danger peut devenir imminent, il importe de recourir à la trachéotomie. Malheureusement quand le siège du rétrécissement est au-dessous de la clavicule, nous ne pouvons plus y atteindre; tout au plus serait-il possible, à travers une boutonnière faite à la trachée, d'aller avec des pinces dilatatrices tenter de forcer l'obstruction. Cette ressource nous fait même défaut lorsque le rétrécissement siège dans les divisions de la trachée.

*b. Fistules.* — Quand une ouverture anormale s'est produite au tube laryngo-trachéal soit par suite d'un traumatisme ou par rupture d'un abcès, si cette ouverture communique plus ou moins largement avec le dehors, il peut se faire que la cicatrisation se fasse irrégulièrement et qu'une fistule plus ou moins large fasse communiquer l'extérieur avec le tube aérien. Cet accident se produit quelquefois à la suite de la trachéotomie. Comme dans toutes les fistules, l'orifice cutané est froncé, en cul de poule, arrondi ou ovalaire de très petit diamètre souvent. Dans ce dernier cas une petite quantité d'air seulement passe par la fistule, aussi la respiration n'est-elle pas gênée, mais la petite quantité d'air qui s'échappe par la fistule suffit pour déterminer une altération du timbre de la voix quand la fistule a son siège au-dessous des cordes vocales. Un fait qui se déduit directement de la physiologie a toujours été signalé dans les cas de fistules laryngo-trachéales, c'est l'impossibilité de l'effort, la glotte en effet peut être fermée, mais l'air s'échappant par la fistule empêche le thorax de s'immobiliser pour donner un point d'appui aux muscles dont la détente brusque produit l'effort. C'est en raison du même mécanisme que le malade ne saurait en chantant tenir une note: pour y arriver, comme pour faire un effort quelconque, il lui faut oblitérer sa fistule au moyen d'un doigt appliqué sur son ouverture.

Souvent en même temps que la cicatrisation vicieuse a déterminé une fistule elle a produit dans l'intérieur du tube aérien un rétrécissement. On conçoit que dans ces cas complexes la respiration soit très gênée et que les altérations de la phonation soient plus grandes; l'on s'explique également que lorsqu'il existe un rétrécissement il faut s'abstenir de chercher à l'oblitérer, la fistule permettant, alors surtout qu'elle est située au-dessous du rétrécissement, une entrée et une sortie de l'air: c'est une sorte de trachéotomie naturelle.

**Traitement.** — Dans tous les autres cas il faut fermer la fistule, si les cautérisations ne suffisent pas, on s'adressera aux méthodes autoplastiques.

#### 19° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE.

Après tout ce que nous venons de dire en étudiant les lésions traumatiques du corps thyroïde et du larynx, après ce que nous dirons plus loin en traitant de celles du cou en général, la région sous-hyoïdienne ne nous offre plus que peu de chose à étudier.

En raison des mouvements qu'exécutent le larynx et l'os hyoïde pendant la déglutition, la respiration et la phonation, il se produit au-devant de l'appareil laryngien, au-dessous de la peau, par tassement du tissu connectif sous-cutané, une large bourse séreuse pré-thyroïdienne, qui s'étend en haut jusque sous la face postérieure de l'os hyoïde (bourse de Boyer). Cette bourse séreuse peut être complète et unique, ou encore elle peut être divisée par des cloisons connectives en bourses multiples plus ou moins volumineuses, d'où des variétés dans le siège des kystes ou des hygromas qui s'y développent; tantôt, en effet, on les trouve entre l'hyoïde et le thyroïde, tantôt au-devant de la saillie thyroïdienne et même plus bas.

Très longtemps indolores, ces kystes peuvent à un moment s'enflammer, adhérer à la peau qui s'ulcère et laisse s'écouler un liquide muco-purulent, une fistule persistante s'établit, et pour débarrasser le malade, il faut en arriver à l'extirpation de la poche kystique.

Nous avons déjà parlé des kystes congénitaux de la région, nous y reviendrons du reste plus loin.

Des abcès peuvent se manifester dans la région sous-hyoïdienne, ils peuvent être le résultat d'altérations des organes voisins, tube laryngo-trachéen ou corps thyroïde, leur siège est alors variable, ainsi que les symptômes auxquels ils donnent naissance; il en est cependant qui siègent toujours au-devant de la membrane hyo-thyroïdienne, ils paraissent liés à l'inflammation des tissus qui se trouvent entre l'épiglotte et cette membrane. Le gonflement produit par ces abcès détermine souvent des œdèmes des replis aryténo-épiglottiques et les accidents d'asphyxie qui en sont la conséquence.

#### 20° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION STERNO-MASTOÏDIENNE.

Toutes les plaies de la région seront décrites plus loin avec les plaies du cou en général, il en sera de même des anévrysmes. Nous nous bornerons ici à décrire les altérations propres au muscle sterno-mastoïdien. Rappelons d'abord que Maubrac, dans une thèse faite sous ma direction, a démontré que ce muscle se compose en réalité de plusieurs faisceaux distincts, dont l'action peut s'individualiser ou se combiner; rappelons en outre que le sterno-mastoïdien, de même que le trapèze, sont des muscles qui interviennent activement comme accessoires des sens, et



nous permettent de tourner la tête vers le côté où un objet quelconque pourrait nous devenir funeste ou dangereux, de le reconnaître et de l'éviter. C'est à cette action annexe des organes des sens que j'ai cru devoir rattacher la double source d'innervation de ces muscles.

Qu'à la suite de section de ces muscles ou de leur destruction par plaie contuse, une bride cicatricielle se développe dans leur milieu, la longueur de leurs fibres se trouvera diminuée, ils seront rétractés. Le même fait pourra se produire si, à la suite d'un épanchement sanguin dans leur gaine (*hématome*), qui, quelquefois chez les enfants nouveau-nés, résulte d'un accouchement difficile, les fibres musculaires, dont la rupture cause cet hématome, se cicatrisent par des tissus fibreux et adhèrent à la gaine aponévrotique. De même encore, à la suite de toutes les dégénérescences du muscle, des gommes syphilitiques surtout, la cicatrisation vicieuse des fibres musculaires peut se produire, et leur raccourcissement s'ensuivre.

Toutes ces lésions, qu'il suffit d'indiquer ici, peuvent agir consécutivement de la même manière, et déterminer des positions vicieuses de la tête et du cou, connues sous le nom générique de torticolis musculaire.

#### TORTICOLIS.

Le torticolis est une déviation du cou, congénitale ou acquise, due à une altération des os, des muscles ou de toute autre partie molle de la région cervicale.

La plus grande part dans l'étiologie générale indiquée par la définition doit être faite aux muscles. C'est eux qui, par leur paralysie, leur contracture ou leurs altérations trophiques, peuvent agir sur la colonne cervicale pour l'incliner. Aussi, pourra-t-on rencontrer des torticolis permanents, ceux dont nous nous occuperons ici, intermittents, paralytiques, etc., etc.

Nous ne décrirons dans ce chapitre ni le torticolis osseux, ni celui des parties molles, peau ou tissu cellulaire et aponévroses, ce serait revenir sur ce que nous avons déjà dit du mal cervical, ou anticiper sur les cicatrices vicieuses, que nous étudierons plus loin, en traitant des affections du cou en général.

L'étiologie du torticolis musculaire est des plus incertaines. La plupart des auteurs, cependant, font jouer le rôle le plus important aux maladies dont le fœtus aurait pu souffrir avant la naissance, mais avec eux on tombe dans les généralités incertaines des convulsions, des lésions du placenta, des impressions pénibles supportées par la mère, des attitudes vicieuses prises par le fœtus dans l'œuf.

Il est plus simple d'admettre que l'hérédité, les circonstances diverses pouvant avoir troublé la fécondation et la gestation, sont des raisons suffisantes pour expliquer une malformation de tous points comparable au pied bot.

Plus tard, la paralysie infantile, et surtout les traumatismes dont l'enfant à la naissance peut être victime, sont des causes qu'on ne saurait méconnaître. Il en est de même des altérations inflammatoires aiguës ou chroniques que les muscles présentent quelquefois chez des sujets prédisposés, chez les syphilitiques en particulier.

On a beaucoup discuté la question de savoir si la rupture des muscles, celle du sterno-mastoïdien en particulier, pouvait amener le torticolis, et les auteurs, Volkmann surtout, ont, à la suite d'observations rigoureuses et d'expériences faites sur les animaux, admis en dernier ressort que la rupture ne pouvait que rarement déterminer la déviation du cou. Leurs conclusions s'appuient sur ce fait que le muscle, en se réparant, se soude par une cicatrice suffisante ou trop longue, et que, par conséquent, sa rupture ne saurait amener son raccourcissement, au moins dans la plupart des cas.

Il n'en serait pas de même de la contusion du muscle, de son attrition, telle qu'on l'observe quand, dans un accouchement laborieux, le forceps l'a sérieusement blessé. La myosite, comme elle fait chez le syphilitique, peut alors succéder au traumatisme et avoir pour conséquence d'atrophie le raccourcissement de la fibre musculaire.

Il est en effet très rare d'observer des torticolis, si ce n'est chez les adultes, qui aient le vrai caractère de la contracture. Le torticolis congénital classique s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins avancé de dégénérescence et d'atrophie. Dernièrement, nous avons observé semblable lésion chez une enfant de quatre ans qui avait très nettement pour cause une contusion du muscle sterno-mastoïdien pendant l'accouchement.

Le rhumatisme, la névropathie constituent l'étiologie presque obligée du torticolis des adultes, qui n'appartient pas davantage à la maladie que nous étudions, que le mal cervical ou les cicatrices vicieuses.

La paralysie liée à une lésion centrale, à une blessure du nerf spinal doit être signalée à titre d'exception. Les observations précises manquent pour lui donner une valeur qu'on serait tenté de lui accorder.

Le torticolis musculaire est donc la forme classique, celle dont le chirurgien doit se préoccuper, parce qu'elle est susceptible d'un traitement sérieux et efficace.

Plusieurs muscles peuvent être atteints, mais un seul d'entre eux, presque toujours, est contracté ou atrophié : le muscle sterno-cleido-mastoïdien. Par ordre de fréquence, viennent ensuite le trapèze et le splenius, l'angulaire de l'omoplate, les scalènes. Tous les muscles de la nuque, d'un côté, seront, à titre d'exception, causes de la déviation.

Le muscle malade est sain ou désorganisé, altéré profondément. Depuis l'amaigrissement de la fibre charnue, jusqu'à sa dégénérescence fibreuse et à sa rétraction amenées peu à peu par l'hyperplasie conjonctive de l'enveloppe, on voit tous les degrés qui conduisent à la



dégénérescence complète. On doit ces remarques aux recherches histologiques faites par les chirurgiens qui, opérant le torticolis à ciel ouvert, ont pu recueillir des fragments de muscles et les examiner ensuite.

Assez souvent, les parties molles autour du muscle, tissu cellulaire et aponévrose, participent à la lésion locale et sont épaissies, durcis, rétractés. Fait important qui devra dans quelques cas modifier les règles de l'intervention chirurgicale.

La déviation du cou produite par un raccourcissement des muscles ne peut rester sans effet sur l'ensemble des organes qui composent la région. La colonne vertébrale est déviée, les vaisseaux se trouvent incurvés et leur circulation devient défectueuse. Les organes des sens eux-mêmes auraient à souffrir de ces modifications portant sur la direction de la tête et la nutrition générale. Mais si les os souffrent, en général, très peu du changement d'attitude et ne présentent que très rarement des troubles dus à la compression qu'ils subissent, la nutrition générale de la face et du cou est assez souvent compromise. Ainsi s'expliquent l'amaigrissement correspondant des parties molles de la face, le moindre volume du crâne et, au dire de Broca, l'atrophie du lobe cérébral du même côté, lésions diverses dont il ne faudrait pas, toutefois, s'exagérer l'importance ou le degré.

Il est, en effet, assez constant de retrouver aussi intelligents que d'autres les enfants atteints de torticolis, et les troubles sensoriels qu'ils présentent ne sont guère que le strabisme, dû simplement à une déviation de la tête : encore faut-il qu'elle soit très accentuée.

L'anatomie pathologique du torticolis suffit presque pour indiquer à quels signes on devra la reconnaître. Comme le sterno-mastoïdien est, on peut dire, toujours la lésion dominante, la tête est inclinée du côté malade, la face légèrement tournée du côté sain. Dans cette situation, l'apophyse mastoïde se rapproche de l'articulation sterno-claviculaire et l'épaule est un peu élevée, en même temps qu'elle se trouve sur un plan antérieur à celui du côté sain. Sous la peau, on voit se dessiner fortement la saillie du muscle, qui la soulève comme le ferait une corde tendue. Plus en arrière et en dehors, le creux sus-claviculaire se dessine plus accusé.

Dans quelques cas, l'inclinaison de la tête est si forte que la face vient toucher l'épaule et que toute la région cervicale présente la forme d'un arc de cercle. Cette apparence est surtout sensible en arrière, où l'on voit la ligne des apophyses épineuses fortement incurvée et les muscles de la nuque effacés du côté malade, tandis qu'ils forment un relief accusé du côté sain.

Si à ces divers signes on ajoute un certain degré d'atrophie de la face, l'œil plus ouvert, le front plus étroit et plus fuyant, la joue moins forte, on aura l'expression générale offerte par la partie malade.

Cependant d'autres symptômes méritent encore d'être signalés. Quand

on explore avec les doigts, on constate ce que l'œil faisait pressentir : la diminution de volume du muscle, son atrophie et sa diminution de longueur. Il est dur et grêle à ses extrémités, on peut aisément l'isoler des parties molles voisines ; en saisissant la tête, on peut, en général, la redresser un peu et lui imprimer des mouvements de rotation que le malade exécute du reste avec assez de facilité. Les muscles du côté sain sont loin, en général, d'avoir la souplesse qu'on constate sur les muscles du cou à l'état normal. Ils présentent un certain degré de tension, de dureté qui s'efface plus ou moins quand on redresse la tête. Il s'agit là d'une contraction permanente, en quelque sorte compensatrice, qui s'efforce, par action réflexe, de lutter contre la tendance du cou et de la tête à s'incliner sur le muscle atrophié.

L'attitude de la tête change avec le groupe musculaire intéressé. Le trapèze incline la tête de son côté et tourne la face comme dans le cas précédent. Le splénius, au contraire, lui imprime un mouvement de rotation en sens opposé, c'est-à-dire de son côté. Si, en même temps, sterno-mastoïdien et splénius sont affectés de rétraction ou de contraction du même côté, la tête est inclinée directement en avant, et en supposant que le sterno-mastoïdien droit et le splénius gauche, par exemple, soient raccourcis à la fois, elle subit un mouvement de rotation à gauche des plus accusés. L'analyse minutieuse des causes de la déviation peut seule rendre compte des diverses attitudes observées.

Dans les inflexions très prononcées du cou et de la tête, le strabisme se produit souvent et la vision binoculaire n'existe plus.

Le diagnostic du torticolis devra tout d'abord se préoccuper d'établir s'il y a vraiment torticolis et d'éliminer toutes les affections qui pourraient être confondues avec lui. Quelquefois l'enfant, par suite de troubles sensoriels, de perte de l'ouïe par exemple, peut prendre des attitudes vicieuses d'autant plus saisissantes que la face aura l'expression singulière que lui communiquent ces troubles eux-mêmes. C'est ce que l'on voit quelquefois dans l'hypertrophie des amygdales. Mais il sera facile d'éviter cette erreur en examinant l'arrière-gorge et en constatant que les muscles du cou ne sont pour rien dans cette attitude anormale.

Le mal vertébral cervical en impose plus souvent. On a, avec raison, admis un torticolis osseux. Ici deux cas se présentent : ou bien la tête est infléchie directement en avant, ou bien elle s'incline sur l'un des côtés. Dans les deux circonstances des trajets fistuleux, la ligne des apophyses épineuses déviée, la pression douloureuse sur les vertèbres, l'arrière-gorge déformée par la saillie des corps vertébraux sont des signes importants joints à l'impossibilité d'imprimer des mouvements à la tête, mouvements forcés qui du reste exagèrent singulièrement la souffrance. De plus, les muscles du côté malade, dans les déviations latérales, se conformant à la loi qui régit les déviations dans les maladies



articulaires, se contractent, maintiennent solidement la tête dans l'attitude vicieuse, tandis que ceux du côté sain, jouant le rôle des extenseurs, s'étiolent et s'atrophient. On ne retrouvera donc plus un muscle spécialement contracturé, tendu; on en rencontrera plusieurs; ce sera l'ensemble des muscles de tout un côté qui manifestement offrira l'aspect que nous avons signalé pour le sterno-mastoïdien dans le torticolis classique.

Les différences sont encore plus sensibles quand il s'agit du torticolis des parties molles superficielles, non de nature musculaire essentielle. Le sujet sera généralement un strumeux: le cou aura de nombreuses cicatrices maintenant la peau fixée sur les aponévroses, englobant dans des tissus indurés le tissu cellulaire, les aponévroses, les peauciers et la gaine des sterno-mastoïdiens. Le malade pourra jusqu'à un certain point redresser de lui-même la tête, mais dans ce mouvement des brides saillantes se dessineront alors sur les côtés du cou.

Il sera encore plus difficile de confondre le torticolis vrai avec les déviations résultant d'anciennes opérations sur le cou ou de brûlures mal cicatrisées.

Le diagnostic de la cause est assurément plus délicat. Le fait seul qu'un torticolis est intermittent, qu'il se présente chez un adulte, chez une femme, suffit pour affirmer la contraction hystérique.

Il est encore une forme de torticolis intermittent, spasmodique, connu sous le nom de *tic rotatoire de la tête*, elle appartient plutôt à la pathologie interne, car elle est toujours due à une lésion des centres nerveux.

Une déviation temporaire, douloureuse, survenue tout à coup sur un terrain arthritique, par l'action du froid, accusera le torticolis d'avenure qui disparaît rapidement sans laisser de traces.

La même lésion survenue chez un syphilitique, surtout quand on reconnaît en même temps que le muscle a des caractères inflammatoires non douteux, qu'il est atteint de myosite, établit trop nettement la variété pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Mais le torticolis congénital, celui dont on ne saisit pas exactement les débuts, suscite d'autres difficultés plus sérieuses. Reconnaître sa cause, son processus est presque toujours impossible et la plupart du temps il faut se contenter de constater la lésion sans en reconnaître la cause.

Une lésion centrale ou périphérique est toujours d'une extrême rareté par cette seule raison que si elle a atteint le centre on ne comprend guère comment elle a pu dans le jeune âge épargner la vie du sujet et que si elle est périphérique on ne peut admettre que par la voie du spinal elle a seulement frappé le sterno-mastoïdien sans altérer le trapèze.

Ces raisons de l'examen le plus attentif feront toujours reconnaître un

torticolis paralytique et surtout admettre sa rareté. Nous n'en parlons que pour mémoire.

Nous avons établi que les vertèbres cervicales et leurs articulations n'étaient que bien rarement altérées dans le torticolis. Par contre, nous avons signalé les troubles trophiques résultant des conditions dynamiques fâcheuses imprimées à la circulation des carotides. Nous avons ensuite établi que le muscle malade avait une tendance à s'atrophier toujours davantage, à dégénérer. Le pronostic du torticolis ne saurait donc être banal et le chirurgien doit se préoccuper de détruire une attitude vicieuse qui n'a aucune chance de se corriger d'elle-même et qui peut avoir les plus fâcheuses conséquences.

**Traitement.** — Le traitement est une question de médecine opératoire pure, car il se réduit à la ténotomie, à la ténotomie du sterno-mastoïdien. Nous condamnons en effet d'une manière absolue le redressement brusque qui n'a aucun caractère sérieux et prudent, le redressement progressif qui reste sans réponse, le massage toujours insuffisant, pour établir qu'un seul procédé nous reste: la ténotomie. Nous ne pouvons ici décrire cette opération, très délicate dans une région où les vaisseaux en rapport avec le muscle malade sont nombreux et développés. Nous nous contentons de déclarer que, entre les deux procédés qui consistent, l'un à couper les tendons de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors, nous n'hésitons pas à choisir le premier, car il nous semble plus simple d'agir avec prudence, d'aller sans violence et d'être sûr ainsi de ne jamais dépasser le tissu du muscle, que de plonger le ténotome au-dessous de la corde saillante au risque de heurter avant la section les gros troncs veineux placés au-dessous d'elle.

Inciser à ciel ouvert les parties rétractées comme le fait Volkmann afin d'être sûr de n'oublier aucune des brides saillantes, aponévrotiques ou connectives, est une méthode dangereuse qui par ses résultats ne rachète pas suffisamment ses inconvénients.

Ajoutons en dernier lieu que la ténotomie sans le secours d'un appareil, d'une minerve pour maintenir le redressement obtenu, serait une pure illusion.

## 21° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA NUQUE.

Les *lésions traumatiques* de la nuque sont, comme toutes celles du cou, très variables en gravité suivant leur profondeur, suivant les vaisseaux atteints, suivant que les lambeaux cutanés sont plus ou moins largement détachés ou contusionnés. On comprend qu'elles puissent d'autant plus facilement atteindre les vertèbres et la moelle qu'elles siègeront plus haut; dans sa partie moyenne, en effet, la colonne cervicale convexe en avant est beaucoup plus soustraite aux traumatismes qu'elle ne l'est au



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,