

le sillonnement de toutes parts et les opérations qu'on y pratique si souvent rendent l'anatomie du cou particulièrement intéressante et utile pour le chirurgien.

Le cou présente deux parties distinctes : l'une antéro-latérale et l'autre postérieure. Cette dernière porte encore le nom de *nuque*. Le bord antérieur du muscle trapèze leur sert de limite. Après avoir étudié successivement ces deux parties et consacré un chapitre spécial aux ganglions lymphatiques, je terminerai par l'histoire du développement de la face et du cou.

Portion antéro-latérale du cou.

La portion antéro-latérale du cou comprend quatre régions : la *région sus-hyoïdienne* ; la *région sous-hyoïdienne* ; la *région carotidienne* ; la *région du creux sus-claviculaire*.

Après l'étude isolée de chacune de ces régions, je présenterai une description générale desaponévroses de la région antéro-latérale du cou.

RÉGION SUS-HYOÏDIENNE

La région sus-hyoïdienne a pour limites : en haut, le bord inférieur de la mâchoire inférieure ; en bas, le corps et les grandes cornes de l'os hyoïde ; en dehors, le ventre postérieur du muscle digastrique et une ligne oblique étendue de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. A cette dernière ligne correspond la bandelette fibreuse qui sépare nettement la région sus-hyoïdienne de la région parotidienne.

J'ai donné plus haut, en étudiant le plancher de la bouche, les raisons pour lesquelles la région sus-hyoïdienne ne devait pas être, suivant moi, confondue avec le plancher de la bouche sous le nom de *région glosso-sus-hyoïdienne*, ainsi que l'a fait Blandin et qu'on le fait généralement : la limite naturelle entre ces deux régions est le muscle mylo-hyoïdien. Je rappelle le fait suivant à l'appui de cette opinion : une tumeur développée au-dessous du muscle mylo-hyoïdien se dirige vers la peau : elle fait au contraire saillie sous la muqueuse buccale lorsqu'elle siège au-dessus du muscle. Ces deux régions se complètent sans doute l'une l'autre et la séparation clinique n'est pas toujours aussi nettement tranchée, mais elles doivent cependant être décrites séparément.

M. C. Perier a présenté à la Société de chirurgie un exemple confirmatif de cette manière de voir. Son malade portait deux kystes indépendants, ainsi que le démontra la ponction, l'un situé au-dessous du mylo-hyoïdien, l'autre au-dessus : le premier faisait saillie sous la peau, le second sous la muqueuse. Une injection iodée pratiquée dans le kyste sous-hyoïdien amena la guérison du kyste buccal.

J'ai déjà signalé l'*angine de Ludwig* à propos du plancher de la bouche : il me paraît, en effet, certain que le siège anatomique de cette grave affection est au-dessus de la sangle mylo-hyoïdienne ; mais elle se manifeste aussi à la région sus-hyoïdienne et c'est par cette voie que doivent être pratiquées les incisions destinées à la combattre. Je dois donc y revenir ici.