

bouche en rend souvent l'évulsion impraticable; on est réduit alors à l'emploi des topiques émoullients et adoucissants.

ARTICLE III.

Des maladies des glandes parotides.

Nous allons traiter successivement des plaies, des engorgements, de l'inflammation, des abcès, du squirre, des fistules, etc., des glandes parotides.

§ 1. — Plaies de la glande parotide et de son conduit excréteur.

Ces plaies méritent une attention toute particulière à cause des fistules salivaires dont elles sont fréquemment suivies.

Les simples piqûres guérissent ordinairement avec facilité. L'engorgement qui survient dans le trajet étroit de la plaie en rapproche les bords et s'oppose à la formation d'une fistule. Cependant on a vu un coup d'épée (1) causer cette maladie. Un instrument tranchant qui divise plus ou moins profondément le tissu de la parotide donnerait plus souvent lieu à une fistule salivaire, si l'on n'avait soin d'exercer dès le principe une compression convenable sur la partie divisée. Mais c'est principalement à la suite des plaies contuses qu'on doit craindre la formation d'une fistule, et chercher à la prévenir par les moyens les plus efficaces.

Il n'est pas toujours possible, dans les plaies de la région parotidienne, de savoir dès le commencement si la glande a été intéressée, surtout lorsque la plaie a été faite par un instrument piquant ou par un corps contondant. Dans le premier cas on ne connaît pas précisément la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré; dans le second, on ne peut guère assurer jusqu'où a été porté le désordre, à moins qu'il n'y ait perte de substance. Ce n'est donc que dans les plaies par

(1) Ambr. Paré, liv. x, chap. 26.

instrument tranchant qu'on est certain ordinairement de la lésion de la glande parotide dès le principe de la maladie.

L'écoulement de la salive par la plaie n'est pas sensible dans les premiers jours de la blessure, parce que ce liquide se mêle au sang et au pus qui en coulent, et n'est pas reconnaissable. Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'on peut distinguer la salive qui sort par la plaie, surtout pendant les repas. Mais dans tous les cas il ne faut pas que le chirurgien attende que cet écoulement se soit manifesté pour le combattre; il doit s'attacher à le prévenir. Toutes les fois qu'une plaie intéresse ou peut intéresser la substance de la glande parotide, il faut réunir promptement et exactement ses bords avec des bandelettes agglutinatives, et exercer au moyen d'un bandage, sur la partie blessée de la glande, une compression assez forte pour empêcher l'écoulement de la salive; il faut encore imposer au malade un régime sévère, le repos et un silence absolu. On lit dans le *Journal de médecine* (1) le fait suivant : la parotide avait été coupée à trois lignes de profondeur par un morceau de verre; le mauvais état des bords de la plaie força d'en retrancher une portion avec des ciseaux; ils furent ensuite rapprochés avec soin, maintenus en contact à l'aide d'un bandage qui comprimait fortement : la cicatrisation se fit en dix-sept jours, et il ne survint point de fistule.

Les plaies du conduit excréteur de la glande parotide sont moins fréquentes que celle de la glande elle-même. Ce conduit a trop peu de grosseur pour qu'elles n'intéressent qu'une portion de son diamètre; presque toujours la division est complète. C'est presque toujours aussi par un instrument tranchant que cette division est faite. Lorsque la plaie est large et profonde, on peut quelquefois reconnaître au milieu des parties coupées les deux orifices accidentels du canal salivaire. Quand la joue est divisée verticalement ou obliquement dans toute son épaisseur, il n'est pas douteux que le canal ne soit ouvert; mais dans beaucoup de cas le diagnostic est plus obscur, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on reconnaît à l'écoulement de la salive pendant les repas que le canal salivaire a été blessé. On aurait tort de croire que la division de ce conduit est nécessairement suivie d'une fistule : il n'est pas impossible que les deux orifices du canal, convè-

(1) Tome xv, p. 449.

nablement rapprochés, se réunissent en même temps et par le même mécanisme que les parties molles qui les entourent. L'écoulement de la salive y met seulement un obstacle qui rend la cicatrisation beaucoup plus difficile, sans qu'elle soit néanmoins au-dessus des ressources de la nature. Aussi, en admettant que la guérison des plaies du conduit salivaire ait eu lieu quelquefois sans fistules, pensons-nous que des guérisons de cette espèce sont fort rares, et sommes-nous loin de partager l'opinion des chirurgiens qui regardent comme extraordinaires les cas où « il survient une fistule salivaire après de profonds coups de sabre à la joue avec division du conduit excréteur » (1). Quelque respectable que soit l'autorité de M. Percy, quelques droits que lui donne sa vaste expérience dans le traitement des blessures, nous présumons que si de grandes plaies des joues ne sont que rarement suivies de fistules salivaires, cela tient à ce que rarement le conduit salivaire est lui-même divisé. Nous ferons remarquer qu'il est fort difficile et souvent impossible dans la plupart de ces plaies de distinguer le conduit de la glande parotide au milieu du tissu cellulaire, des vaisseaux sanguins et des nerfs qui traversent la joue, en sorte qu'on n'acquiert presque jamais la certitude de la lésion du canal qu'en voyant sortir la salive à travers la plaie. Or, comment être sûr que le canal a été ouvert, lorsqu'on a réuni la plaie immédiatement?

Mais si l'on reconnaît la lésion du conduit de Stenon, soit à l'instant même où la plaie vient d'être faite, soit quelques jours plus tard, on ne doit pas tenter simplement la réunion des parties, il faut recourir à des moyens propres à prévenir la formation presque inévitable d'une fistule. Ces moyens sont différents selon que la plaie intéresse toute l'épaisseur de la joue, et pénètre jusque dans la bouche, ou que la joue n'est divisée que dans une partie de son épaisseur. Dans le premier cas, on doit placer une mèche de charpie dans la moitié interne de l'épaisseur de la plaie, vis-à-vis de l'endroit où correspond l'ouverture accidentelle du conduit, afin d'établir une fistule interne par laquelle la salive puisse couler dans la bouche : cette mèche doit être retenue par un fil qui embrasse sa partie moyenne, et qui, ramené lui-même dans l'angle supérieur de la plaie, est fixé au dehors avec un morceau de taffetas d'Angleterre. Dans le second cas, il faut achever de diviser la

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1811, n° 3.

joue dans toute son épaisseur, mais à l'endroit seulement qui correspond au canal, afin que la plaie communique avec la bouche, et qu'on puisse aussi placer une mèche de charpie. Dans l'un et l'autre cas, il faut continuer l'usage de la mèche pendant un temps assez long pour rendre l'ouverture interne en quelque sorte calleuse. La partie extérieure de la plaie se cicatrise promptement, excepté dans le trajet étroit que parcourt le fil, et cette petite ouverture elle-même se ferme dès qu'on cesse de se servir de la mèche.

Je n'ai jamais eu occasion de faire usage du procédé que je viens de décrire, et je ne sache point qu'il ait été employé par d'autres chirurgiens; il ne repose donc que sur des probabilités. On peut juger, jusqu'à un certain point, de ses résultats, par une observation qu'on trouve dans le *Journal de médecine* (mois d'octobre 1807), et qui a été communiquée par M. Garnier. Il s'agit d'une plaie de la joue, faite par un coup de sabre, dans laquelle le canal de Stenon fut ouvert. On réunit la plaie avec des emplâtres agglutinatifs, et l'appareil levé le quatrième jour fut réappliqué de suite. La salive ne coulait point par la plaie qui était presque entièrement fermée; mais la joue était très-tuméfiée. On la couvrit d'un cataplasme émollient, dont l'usage, continué pendant douze jours, diminua beaucoup l'inflammation, surtout à la partie antérieure de la joue. Il se manifesta à cette époque une tumeur oblongue, d'un pouce et demi d'étendue, commençant au-dessous de l'endroit où le canal avait été coupé, et se dirigeant obliquement de haut en bas et de derrière en devant. Cette tumeur était formée par de la salive épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané; lorsque le malade parlait beaucoup ou qu'il mangeait, le volume de la tumeur augmentait, et la peau qui la couvrait était fortement tendue. La cavité de la bouche était moins humectée du côté malade que du côté sain. Un stylet d'or très-fin, terminé par un bouton olivaire, introduit par l'orifice du conduit de Stenon, y pénétrait facilement jusqu'à l'endroit où le conduit avait été coupé; mais il fut impossible, quelque force qu'on employât, de le faire parvenir dans l'espèce de sac qui contenait la salive, ce qui prouve que la partie antérieure de ce conduit était oblitérée à l'endroit de la plaie. L'indication était évidemment d'ouvrir la tumeur par la bouche, d'entretenir l'ouverture dilatée pendant quelque temps pour la rendre fistuleuse et assurer par là le libre écoulement de la salive. M. Garnier saisit parfaitement cette indication; il perça la tumeur avec un trois-

quarts à hydrocèle, et lorsque la salive qu'elle contenait se fut écoulée, il retira la canule de l'instrument et la remplaça par une mèche de charpie, dont une extrémité fut conduite jusque dans l'intérieur du sac. Le lendemain de l'opération, M. Garnier trouva que la mèche de charpie s'était déplacée, que la salive s'était de nouveau amassée dans le sac, et qu'elle ne coulait point dans la bouche : l'ouverture faite à la tumeur était cicatrisée, et l'on essaya en vain d'y introduire un stilet. On pratiqua une nouvelle ponction, et l'on plaça dans la piqure faite par le trois-quarts et à la faveur de la canule, une corde à boyau d'une ligne de diamètre environ : une de ses extrémités se trouvait dans l'intérieur du sac, et l'autre, qui sortait un peu de la bouche, était fixée par un fil au bonnet du malade. Au bout de deux jours, la corde à boyau fut retirée et remplacée par une autre de même grosseur. On continua le même pansement pendant dix jours, au bout desquels la guérison fut achevée, c'est-à-dire que l'ouverture fut convertie en une fistule par laquelle la salive passait librement dans la bouche. La tumeur disparut, et un engorgement dur, qui était survenu dans le trajet de la bougie, céda aux cataplasmes émollients.

Dans quelques cas de plaie du canal de la glande parotide, on a observé un phénomène particulier : les deux bouts du conduit ne se réunissent point, il ne se forme pas non plus de fistule ; on voit sur l'endroit même de la division une tumeur molle qui s'affaisse sous le doigt et fait jaillir dans la bouche un filet de salive. Or, comme l'a remarqué M. Percy (1), une telle tumeur ne peut être qu'une espèce de sac intermédiaire entre les deux orifices non immédiatement réunis, et dans lequel, comme dans un bassin, la portion postérieure du conduit salivaire verse le liquide qu'y puise ensuite la portion antérieure, pour la conduire à la bouche. M. le capitaine Lasocki, autrefois au service de France dans la légion de la Vistule, porte une tumeur de cette espèce, survenue à la suite de plusieurs blessures qu'il a reçues à l'affaire de Sommo-Sierra, en Espagne. Cette tumeur occupe le centre d'une vaste cicatrice qui divise en deux toute la joue gauche ; elle se vide toutes les fois qu'on la comprime. Peut-être une longue compression dissiperait-elle cette espèce de rétention de salive : c'est l'opinion de M. Percy.

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine, ann. 1811, n° 3.*

§ 2. — Des oreillons.

On désigne communément sous ce nom un engorgement inflammatoire qui règne ordinairement d'une manière épidémique.

Cette affection peut avoir son siège dans le tissu même de la glande parotide, mais le plus souvent elle n'occupe que le tissu cellulaire et la peau qui couvrent la face externe de cette glande.

Les enfants et les jeunes gens sont presque seuls exposés à cette maladie ; il est rare qu'on l'observe chez des personnes de trente ans ; les vieillards n'en sont presque jamais atteints. La cause la plus ordinaire de cet engorgement est l'exposition au froid et à l'humidité. Le même individu en est rarement attaqué deux fois en sa vie ; mais l'engorgement peut se montrer successivement à droite et à gauche, comme il peut aussi occuper les deux côtés à la fois.

La maladie est ordinairement précédée de quelques symptômes fébriles. Il se manifeste bientôt une douleur fixe dans la région parotidienne, et un gonflement, plutôt œdémateux qu'inflammatoire, qui commence à l'angle de la mâchoire et s'étend de là sur les parties voisines du cou et de la face. Les glandes sous-maxillaires, sublinguales et amygdales même, participent à cette affection, qui empêche les mouvements de la mâchoire, et rend la déglutition très-difficile ou même impossible.

Cette maladie se termine ordinairement par résolution. Au bout de trois ou quatre jours, les parties tuméfiées s'amollissent, deviennent flasques ; les symptômes généraux diminuent ; la peau se ride ; elle exhale par ses pores une légère rosée ; quelquefois une sueur générale se manifeste et semble enlever par degré le gonflement. Mais, lorsque après quatre ou cinq jours les symptômes locaux persistent avec la même intensité, ou continuent à faire des progrès ; lorsque la tension augmente, et qu'il s'y joint de la rougeur ; lorsque les douleurs deviennent pulsatives, il est probable qu'il y aura suppuration : un point blanc ne tarde pas à paraître dans l'endroit le plus élevé de la tumeur ; il s'élargit peu à peu ; la fluctuation, d'abord obscure, devient de jour en jour plus sensible et s'étend du centre à la circonférence. Quelquefois l'induration succède à l'engorgement inflammatoire. Cette terminaison est la plus rare de toutes.

Les oreillons sont sujets à une espèce de terminaison dont les autres

maladies offrent, en général, très-peu d'exemples; c'est la métastase. Elle a ordinairement lieu sur les testicules chez l'homme, sur les mamelles ou sur les parties extérieures de la génération chez la femme. Le froid et l'humidité de l'atmosphère, les purgatifs drastiques, les saignées intempestives, semblent la provoquer. On juge que la maladie va se porter sur un autre organe lorsque la tuméfaction disparaît rapidement et que les symptômes généraux, loin de diminuer en proportion, prennent, au contraire, une nouvelle intensité. Il ne tarde point à se manifester dans ce cas une douleur accompagnée de tuméfaction au testicule du même côté, ou aux deux testicules à la fois, selon que l'affection première a occupé les deux régions parotidiennes ou s'est bornée à une seule. Le gonflement des testicules qui succède aux oreillons peut offrir les mêmes terminaisons que la maladie qui l'a précédé. Tantôt une sueur abondante a lieu sur le scrotum, et la résolution termine heureusement la maladie; d'autres fois, le testicule conserve une dureté considérable, à laquelle succède dans quelques cas l'atrophie de cet organe. Enfin, cette affection secondaire est elle-même susceptible de métastase sur la parotide, de celle-ci sur le testicule encore, et à plusieurs reprises de l'un sur l'autre. La disparition subite de l'engorgement, soit de la parotide, soit du testicule, a quelquefois été suivie promptement de délire, de convulsions, de la mort. On a pensé alors que la métastase s'était faite sur le cerveau, mais l'ouverture des cadavres n'a point confirmé cette conjecture, au moins quant à une congestion vers cet organe.

Le traitement des oreillons est fort simple. On applique sur la partie tuméfiée des fomentations chaudes propres à favoriser l'exhalation qui accompagne ordinairement la résolution. Quelques auteurs ont conseillé de couvrir les parotides avec de la laine imbibée d'huile de lis et de camomille; d'autres de soustraire seulement la partie tuméfiée à l'impression du froid, en y appliquant un mouchoir qui, passant sur le sinciput, est ramené et noué sous le menton. On prescrit à l'intérieur des boissons rafraîchissantes les premiers jours, et plus tard une infusion diaphorétique. On donne aussi quelques doux minoratifs qui favorisent la résolution et préviennent la métastase.

Lorsque la suppuration survient, on doit la favoriser à l'aide des cataplasmes émollients, et lorsqu'elle est bien établie, faire une petite incision à la partie la plus saillante de la tumeur pour donner issue au pus; la guérison est ordinairement très-prompte.

Lorsque la disparition subite de la tumeur et l'exaspération des symptômes généraux font présumer la métastase de la maladie, il faut de suite appliquer un vésicatoire sur la parotide pour rappeler l'irritation vers cette partie. On donne en même temps une boisson stimulante, telle que l'infusion de menthe ou d'arnica avec addition d'acétate ou de muriate d'ammoniaque. Si la métastase avait lieu sur le cerveau, il faudrait joindre à ces moyens l'application de sinapismes sur diverses parties du corps, recourir même à la saignée, si les symptômes généraux l'indiquaient, et si l'état du pouls ne s'y opposait point. Enfin, si le délire et les convulsions survenaient après la suppression subite du gonflement des testicules, des mamelles ou des grandes lèvres, ce serait sur ces parties mêmes, ou le plus près possible, qu'il faudrait appliquer les rubéfiants ou les vésicatoires dont l'usage a souvent produit de très-bons effets.

§ 3. — Des parotides.

Les régions parotidiennes sont sujettes à une autre espèce de gonflement qui survient dans le cours ou vers le déclin des fièvres de mauvais caractère. Cet engorgement est communément désigné en pathologie sous le nom de *parotide*. On en distingue de deux espèces, les parotides symptomatiques et les parotides critiques. Les unes se manifestent dès les premiers jours de la maladie ou pendant l'augment; elles ne sont accompagnées ni suivies d'aucune amélioration. Les autres ne paraissent qu'à l'époque où la maladie se termine, et leur apparition coïncide toujours avec une amélioration notable des symptômes.

Dans l'une et l'autre espèce, les symptômes locaux sont à peu près les mêmes que ceux des oreillons, et ce n'est que par les phénomènes généraux qu'on distingue ces affections l'une de l'autre.

Le pronostic des parotides critiques est aussi favorable que celui des parotides symptomatiques est fâcheux. Les premières indiquent la terminaison heureuse d'une maladie grave; les secondes augmentent le péril d'une affection déjà fort dangereuse par elle-même.

Le traitement n'est pas le même dans les deux espèces. Dans l'engorgement critique, on doit avoir pour but de favoriser la suppuration de la partie enflammée. La résolution n'est pas constamment suivie d'accidents fâcheux; mais elle ne laisse jamais le médecin dans

une pleine sécurité sur le sort du malade. En conséquence, si le gonflement a un caractère bien évidemment inflammatoire, et si l'intensité des symptômes annonce une prompte suppuration, il suffira d'appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients, jusqu'à ce que la fluctuation soit bien établie, et le ramollissement complet. On fera alors à la tumeur une simple incision qui permettra au liquide de s'écouler et à la plaie de se réunir promptement. Si le volume de la tumeur et la pression qu'elle exerce à l'intérieur faisaient craindre la suffocation, produisaient l'assoupissement, le délire, comme on en a quelques exemples, il serait imprudent d'attendre pour l'ouvrir la fonte purulente entière de la tumeur. Il faut inciser sans attendre plus longtemps sur le point le plus saillant. Telle est la marche à suivre lorsque l'inflammation est vive, et que la suppuration tend à s'opérer dans un petit nombre de jours. Il faut agir autrement lorsque les parotides ont le caractère des tumeurs froides, et lorsqu'elles ne suppurent qu'avec lenteur et d'une manière incomplète. Des cataplasmes irritants sont propres à accélérer la marche de la maladie : on les prépare avec la moutarde, l'oseille, les oignons de lis ou les oignons ordinaires cuits sous la cendre, mêlés avec du levain et du sain-doux. Si quelqu'un des accidents dont nous avons parlé précédemment forçait d'ouvrir la tumeur avant que la fluctuation fût bien établie, on se servirait du bistouri, si la tumeur était déjà ramollie dans quelque point, et de la pierre à cautère, si elle était encore dure dans sa totalité.

Les parotides critiques se terminent quelquefois par gangrène. Celle-ci, tantôt paraît subitement, tantôt succède à des symptômes inflammatoires très-aigus : dans quelques cas elle est accompagnée ou précédée de bouffissure générale de la face. Cette gangrène se borne ordinairement à une assez petite étendue ; l'eschare tombe ; la plaie qui est au-dessous fournit une bonne suppuration et ne tarde point à se cicatriser. Aussi cette terminaison est-elle généralement plus effrayante que dangereuse. Il est néanmoins quelques cas où elle a été funeste ; alors la petitesse du pouls, le refroidissement des membres, les syncopes, la décomposition des traits, précèdent et annoncent la mort. Le traitement doit différer dans ces diverses circonstances. Lorsque la gangrène succède à une inflammation très-vive, et se borne rapidement, à peine a-t-on le temps de placer des remèdes stimulants, et l'on est obligé de continuer les émollients

pour favoriser la suppuration qui doit amener la chute de l'eschare. Lorsque la gangrène survient lentement, qu'elle est accompagnée de l'œdématie de la partie tuméfiée, de sueurs froides, de la prostration des forces et d'autres symptômes qui annoncent un grand danger, il faut appliquer des caustiques sur la tumeur, inciser les eschares, les couvrir d'antiseptiques, et prescrire à l'intérieur les toniques, les cordiaux, tous les moyens enfin qu'indique l'adynamie la plus prononcée.

Les parotides symptomatiques ont presque toujours une terminaison funeste. Les uns, les regardant comme un simple symptôme qui aggrave les autres, cherchent à en obtenir la résolution dès qu'elles paraissent ; les autres, voyant dans ce gonflement un dépôt d'une matière nuisible, craignent d'ajouter à la gravité de la maladie principale en provoquant sur un organe plus essentiel à la vie la métastase de cette précaudue matière. Quoi qu'il en soit de ces explications, on convient généralement que la résolution des parotides symptomatiques est plus à craindre que leur suppuration : en conséquence, aussitôt qu'elles se manifestent, il faut les couvrir de cataplasmes irritants, et même les ouvrir avant l'établissement de la suppuration, soit afin de diminuer la gêne mécanique qu'elles produisent, soit pour déterminer dans le lieu qu'elles occupent une excitation vive, une diversion salutaire. On emploie les caustiques ou l'instrument tranchant, selon que l'engorgement offre le caractère d'une inflammation aiguë ou d'une inflammation lente.

Diverses autres causes peuvent encore produire l'engorgement des glandes parotides et des parties qui les couvrent ; telles sont la répercussion de la gourme, de la gale, la rétrocession de la goutte, etc. La carie d'une ou plusieurs dents, une dentition difficile, le vice vénérien, peuvent aussi déterminer un gonflement dans la région des parotides, et simuler une des affections dont nous avons déjà parlé ; et comme le traitement ne doit pas être le même, il importe de ne pas commettre d'erreur à ce sujet.

Lorsque l'engorgement des parotides succède à la répercussion de la gourme, on doit chercher à rappeler cette éruption sur le cuir chevelu ; c'est le moyen le plus efficace et le plus direct d'obtenir la disparition de la maladie qui lui a succédé. Si les topiques rubéfiants qu'on applique sur la tête ne répondent point à l'intention dans laquelle on en a fait usage, il faut établir un vésicatoire à la nuque,

l'entretenir, et ne le fermer ensuite que lentement. Si la répercussion de la gale était la cause de l'engorgement, on prescrirait les bains sulfureux et le soufre à l'intérieur. Si ces remèdes étaient insuffisants, il faudrait soumettre le malade à une nouvelle contagion de la gale; c'est le moyen le plus sûr de dissiper la maladie à laquelle a donné lieu la répercussion de cet exanthème. Quand l'affection est due à la carie d'une ou de plusieurs dents, il faut de suite les extraire, à moins que la trop grande tuméfaction des gencives et de la joue ne force à différer cette opération jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires soient calmés. Dans le cas où l'irritation produite sur les gencives par une ou plusieurs dents qui en compriment le tissu, détermine le gonflement dont il s'agit, on y remédie par une simple incision de la membrane qui couvre le sommet des dents et s'oppose à leur sortie. Il est rare que le virus vénérien donne lieu à l'engorgement des parotides: si cependant cela arrivait, on aurait recours aux préparations mercurielles, mais on voit plus souvent l'usage du mercure amener la tuméfaction de ces glandes, en même temps que la salivation. Les remèdes laxatifs et les vêtements chauds sont alors les meilleurs moyens pour combattre le gonflement des parotides et l'écoulement de la salive.

Avant de terminer ce qui est relatif à l'engorgement de la glande parotide, nous dirons quelques mots d'une variété de cette affection dont on ne connaît encore qu'un seul exemple: c'est l'accroissement contre nature, ou la simple augmentation de volume de cette glande, qui, sans être altérée dans sa structure, devient fort grosse, et forme au devant de l'oreille une tumeur considérable. Tenon a observé cette espèce de tumeur. En 1760, il donna à l'Académie des sciences le précis de son observation. « Un enfant d'un an avait sur la joue gauche une tumeur presque aussi grosse que le poing, et qui s'étendait depuis l'oreille jusqu'à l'angle des lèvres. Cette tumeur, qui avait crû, pour ainsi dire, depuis la naissance de l'enfant et peu à peu, était molle, blanche, indolente, mobile et comme composée de grains glanduleux; elle paraissait de plus parsémée de gros vaisseaux qui formaient deçà et delà sur la peau des lacis en spirale ou des tourbillons rougeâtres. » Cet enfant étant mort, mais par une cause étrangère à cette tumeur, Tenon fit l'ouverture du cadavre. Après avoir enlevé les téguments, et séparé la tumeur des parties environnantes, il trouva qu'elle était formée par la glande parotide, qui, sortie de ses limites

ordinaires, avait pris un volume considérable. De grosses artères qui venaient des carotide et maxillaire externes se rendaient à cette glande et y entraient par sa partie inférieure. Il est probable que la quantité de sang que ces artères portaient à la glande avait été la cause de son prodigieux accroissement. Si l'on eût connu la véritable nature de la maladie, on aurait pu en borner les progrès par la compression.

Cette observation est bien propre à augmenter la circonspection des praticiens lorsqu'il s'agit de prononcer sur la nature des tumeurs et sur les moyens d'en délivrer les malades: on peut juger quel eût été le succès d'une opération entreprise pour enlever celle-ci.

§ 4. — Du squirrhe de la glande parotide.

Comme toutes les autres parties du corps et surtout les substances glanduleuses, la parotide est sujette aux engorgements squirrheux. Tantôt le squirrhe succède à une tuméfaction inflammatoire, surtout lorsqu'on a eu l'imprudence d'y appliquer des répercussifs; tantôt il se forme d'une manière lente sans être précédé d'aucun signe d'inflammation. Dans l'un et l'autre cas, la tumeur est située profondément entre l'oreille et la branche de la mâchoire; elle est dure, rénitente, immobile, indolente, sans inégalités à sa surface, et sans altération de la couleur de la peau. Quelquefois elle reste longtemps dans le même état; si elle fait quelques progrès, ils sont si lents qu'on s'en aperçoit à peine. Dans d'autres cas, au contraire, son volume augmente rapidement, et bientôt le malade y éprouve des élancements.

Le diagnostic du squirrhe de la parotide offre d'assez grandes difficultés et peut embarrasser les praticiens les plus éclairés. Souvent on a pris pour cette affection l'engorgement dur et rénitent des glandes lymphatiques et du tissu cellulaire qui couvrent et avoisinent la parotide: je pourrais citer quelques exemples de cette méprise; mais je me bornerai au suivant. Une demoiselle de Bruxelles, âgée de vingt-sept ans, portait depuis longtemps derrière la branche de la mâchoire une tumeur presque aussi grosse que le poing, dure, indolente, et peu mobile. Les médecins et les chirurgiens de Bruxelles, auxquels elle s'était adressée, pensèrent, les uns que la tumeur avait