

elles qui présente des caractères bien particuliers dont j'ai parlé plusieurs fois déjà : c'est l'*ostéome*. Cette tumeur mériterait d'être décrite sous le nom d'*ostéome de la face*, parce qu'elle peut prendre son point de départ dans le sinus frontal, l'orbite, les fosses nasales, le sinus maxillaire, et dans ces divers cas présente des caractères identiques. J'ajoute que, lorsque la tumeur est volumineuse et a refoulé les parties, il est souvent impossible de déterminer rigoureusement son point de départ. Disons aussi que son extrême rareté en constitue presque une curiosité pathologique.

Ces tumeurs sont remarquables au point de vue pathogénique en ce qu'elles paraissent se développer ordinairement aux dépens non pas des os eux-mêmes, mais de la couche profonde de la fibro-muqueuse qui tapisse l'appareil de l'olfaction. Cette muqueuse jouant dans ces régions le rôle de périoste, on peut donc dire que ce sont des productions périostales.

On ne saurait les méconnaître sur le vivant, car elles présentent la marche des tumeurs bénignes, c'est-à-dire une marche extrêmement lente, et sont d'une dureté pierreuse. C'est en effet un de leurs caractères les plus constants que d'offrir la consistance éburnée. Elles contiennent parfois dans leur épaisseur du tissu spongieux, mais le plus souvent un tissu qui ressemble à de l'ivoire, aussi sont-elles inattaquables avec nos instruments ordinaires, et l'on conçoit que Michon, par exemple, ait pu jadis passer un temps infini à diviser ce qu'il considérait comme le point d'attache de la tumeur. Or il résulte de l'origine périostale de ces tumeurs, ainsi que le fit remarquer Dolbeau, qu'il n'y a pas en réalité de pédicule, de point d'attache au squelette; la tumeur est enclavée dans les os de la face et immobilisée dans une cavité osseuse. Les conséquences opératoires qui découlent de cette disposition présentent une haute importance. Au lieu de chercher à détacher très laborieusement un pédicule qui n'existe pas, il faut à l'aide du ciseau et du maillet agrandir la loge osseuse qui contient la tumeur et, quand celle-ci est suffisamment dégagée, exercer à sa circonférence des pesées à l'aide d'un levier. L'opération devient alors relativement simple.

## CHAPITRE IV

## MALADIES DE LA BOUCHE ET DE SES DÉPENDANCES.

Je suivrai pour cette étude l'ordre que j'ai adopté dans mon *Traité d'anatomie topographique*, c'est-à-dire que je passerai successivement en revue les maladies :

- 1° De la région parotidienne;
- 2° De la joue;
- 3° Des lèvres;
- 4° De la région palatine;
- 5° Du plancher de la bouche;
- 6° De l'isthme du gosier;
- 7° De la mâchoire supérieure;
- 8° De la mâchoire inférieure;
- 9° Des dents et des gencives.

## 1° MALADIES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

**A. Traumatismes.** — La région parotidienne est assez rarement affectée de traumatismes. Par contre, les *plaies* qu'on y observe présentent une gravité particulière, en raison des vaisseaux et des nerfs qui s'y rencontrent; en raison aussi de la blessure de la glande parotide, dont une fistule salivaire peut être la conséquence.

Si la plaie est superficielle, elle ne diffère pas de celle des autres régions, tout au plus pourrait-elle avoir intéressé le nerf auriculo-temporal, ce qui n'offre pas grand inconvénient : mais, si la plaie est profonde, de quelque nature qu'elle soit, il peut survenir des accidents qui placent le chirurgien dans une situation fort embarrassante. Le principal est une hémorrhagie immédiate, provenant de la blessure d'une des nombreuses artères contenues dans la loge parotidienne ou dans son voisinage. La plaie porte-t-elle sur une collatérale : l'occipitale, l'auriculaire postérieure? Porte-t-elle sur le tronc de la carotide externe, ou même sur le tronc beaucoup plus profond de la carotide interne? Autant de questions dont la solution présente les plus grandes difficultés. Si la plaie est large et permet une exploration complète, on arrive à voir le vaisseau blessé, mais si la plaie est le résultat d'un



instrument piquant, d'un couteau à lame étroite ou d'une arme à feu, le problème est à peu près insoluble.

Que faire dans ce cas?

Une compression méthodique pourra réussir, et, lorsqu'on ne connaît pas l'artère blessée, je suis d'avis qu'il est bon de commencer par là, car cette manœuvre suffira peut-être, s'il s'agit simplement d'une collatérale : mais, si l'hémorragie persiste, une intervention directe sera nécessaire.

Ou bien la plaie extérieure est large, ou bien elle est étroite. Dans le premier cas, l'indication est toute tracée : nettoyez la plaie, débarrassez-la des caillots qui la remplissent et allez à la recherche du vaisseau. Il est indispensable, en raison des nombreuses anastomoses des carotides entre elles, de faire l'hémostase sur les deux bouts. Si vous le pouvez, appliquez une ligature sur chacun d'eux. La région est si profonde et ses parois latérales sont si rapprochées l'une de l'autre, qu'il sera peut-être difficile de placer un fil ; dans ce cas, appliquez une pince à forcipressure, que vous laisserez en place pendant vingt-quatre heures.

Si la plaie est très étroite, faut-il l'agrandir pour aller chercher le vaisseau dans les profondeurs de l'excavation parotidienne ? C'est évidemment la meilleure pratique à suivre, c'est même la seule qui soit logique d'une façon générale, mais elle présente un inconvénient sérieux dans le cas particulier. Le nerf facial traverse la région d'arrière en avant et croise presque à angle droit la direction de la carotide externe, qui est verticale. Or ce nerf est plus superficiel que l'artère, de telle sorte que, si l'on pratique une incision pour découvrir le vaisseau, il y a toutes chances de couper le nerf en route, avant d'arriver sur l'artère, et il en résultera une paralysie faciale. Il est vrai que, lorsque la vie du malade est en jeu, cet accident vient en second plan ; cependant il constitue une infirmité si pénible qu'il faut tout faire pour l'éviter. Le nerf facial courra de grands dangers, surtout si l'incision est pratiquée verticalement, c'est-à-dire dans un sens perpendiculaire à sa direction : il faudra donc faire une incision horizontale, parallèle aux branches principales du nerf, et cheminer dans le même sens en écartant les parties molles, jusqu'à ce qu'on arrive sur le vaisseau. A l'encontre de l'artère qui adhère solidement au stroma fibreux de la glande, le nerf facial est entouré d'une couche celluleuse lâche, qui facilitera son éloignement du champ opératoire.

On pourrait encore songer à la ligature à distance de la carotide primitive ou de la carotide externe, mais cette méthode est beaucoup moins certaine que la précédente, ainsi que je le démontrerai dans un instant.

Nous avons raisonné dans l'hypothèse d'une hémorragie primitive, voyons le cas suivant. L'hémorragie s'est arrêtée spontanément ou par la compression, mais après quelques jours elle se reproduit, s'arrête et se reproduit encore ; bref, il existe une hémorragie secondaire. Si les parties molles de la région ne sont pas trop altérées, on devra suivre la même conduite que dans le cas précédent, c'est-à-dire aller trouver les deux bouts de l'artère : mais, s'il existe une violente inflammation de la région, si les parties sont tuméfiées, indurées, ce qui a lieu surtout dans le cas de plaie par arme à feu, la recherche dans la plaie devient à peu près irréalisable. Quelle conduite tenir ?

Il faut évidemment faire l'hémostase à distance, mais quel vaisseau convient-il de découvrir ? La blessure porte-t-elle sur la carotide externe ou sur l'interne ? Il est souvent fort difficile de le dire. Cependant, si les battements ont complètement disparu dans l'artère temporale, ou s'ils sont beaucoup moins forts que ceux du côté opposé, il est vraisemblable que la lésion porte sur la carotide externe, et alors il n'y a pas de doute, c'est ce vaisseau qu'il faudra lier à son origine : mais dans le doute, disent la plupart des auteurs, ou bien si la ligature de la carotide externe n'avait pas suffi, liez le tronc commun des deux carotides, c'est-à-dire la carotide primitive. Il semble que qui peut le plus peut le moins, mais ce n'est pas exact dans l'espèce, et cette dernière ligature ne donne qu'une bien médiocre sécurité. Rappelez-vous en effet que les deux carotides internes s'anastomosent largement entre elles par la communicante antérieure, et qu'elles s'abouchent également à plein canal avec les artères vertébrales. Or à quoi servira de lier la carotide primitive dans l'hypothèse d'une blessure de la carotide interne ? Absolument à rien. Cette ligature sera plus efficace sans doute dans l'hypothèse d'une blessure de la carotide externe : mais n'y a-t-il pas lieu de craindre que le sang revienne dans le bout central de cette artère par la carotide interne qui sera libre ?

De cette discussion il résulte que, dans une hémorragie de la région parotidienne, s'il est impossible, pour une cause quelconque, de faire l'hémostase dans la plaie, on doit lier la ca-



rotide externe à son origine, si c'est ce vaisseau qui est blessé, et encore faut-il savoir qu'une hémorrhagie peut se reproduire par le bout périphérique, en raison des nombreuses anastomoses des artères du cuir chevelu d'un côté à l'autre. Si l'hémorrhagie provient de la carotide interne, et qu'on ne puisse faire l'hémostase dans la plaie, la lésion est au-dessus de nos ressources, aucune ligature à distance ne pouvant réussir.

En cas de doute sur la source de l'hémorrhagie, plutôt que de lier la carotide primitive, il faut découvrir les carotides externe et interne à leur origine, et les lier isolément.

Un autre accident consécutif aux plaies profondes de la région parotidienne, c'est la section du nerf facial et la paralysie qui en est la conséquence. La section peut porter sur le tronc du nerf ou sur l'une de ses deux branches principales de bifurcation, d'où la production d'une paralysie totale ou partielle de la face. Nos ressources chirurgicales sont certes alors bien minimes; cependant je n'hésiterais pas en pareil cas à rechercher dans la plaie les deux bouts du nerf, et à les suturer le plus exactement possible. Le malade n'a rien à perdre en tentant l'entreprise.

Un troisième accident des plaies profondes est la blessure de la glande parotide et l'établissement d'une fistule salivaire. Ces fistules consécutives à une plaie de la glande sont loin d'être aussi constantes que celles qui résultent d'une plaie du canal de Sténon. Elles en sont même très rarement la conséquence, à moins qu'il ne s'établisse une suppuration prolongée par le séjour d'un corps étranger, je suppose. Nous en avons souvent la preuve dans les opérations que nous pratiquons sur la région. Lorsqu'une tumeur siège dans l'épaisseur de la glande, celle-ci est nécessairement divisée dans une grande étendue, et je n'ai jamais vu pour mon compte une fistule succéder à ces opérations; il s'écoule parfois pendant quelques jours un mélange de salive et de pus, mais la plaie se referme en général spontanément. Si elle persistait, il suffirait d'établir un peu de compression et au besoin de faire une légère cautérisation. Cet accident est en somme beaucoup plus léger que les deux précédents.

L'artère carotide externe est accompagnée dans l'épaisseur de la parotide par la veine jugulaire externe, de même que dans la profondeur de l'excavation l'artère carotide interne est accompagnée de la veine jugulaire interne: il est donc possible que ces deux vaisseaux soient blessés à la fois et qu'il en résulte l'établissement

d'un anévrysme artérioso-veineux. De même une simple piqûre de ces artères pourrait donner naissance à la production d'un anévrysme artériel, mais ces accidents sont d'une rareté extrême. Si un traitement chirurgical devenait nécessaire, car je suis d'avis de temporiser tant qu'il n'y a pas d'accidents pressants, le seul rationnel consisterait dans la ligature de la carotide primitive.

**B. Inflammations de la région parotidienne.** — La région parotidienne est le siège d'inflammations spéciales qui ont reçu le nom de parotidites. Il en existe deux espèces distinctes: l'une d'elles, la plus bénigne, porte le nom d'*oreillon*, et l'autre celui de phlegmon de la parotide.

L'*oreillon* est une affection spéciale à l'enfance, plutôt médicale que chirurgicale, qui se traduit par un gonflement douloureux de la région sans rougeur ni chaleur, occupant souvent les deux côtés, de nature épidémique et se terminant toujours par résolution; c'est une sorte de fluxion. Un des traits les plus remarquables de cette affection est sa coïncidence avec une orchite, une ovarite ou une mammite. Le diagnostic s'impose en quelque sorte de lui-même, et le traitement consiste dans l'application de quelques topiques calmants.

Bien autrement grave est le phlegmon de la parotide, ou parotidite proprement dite. Elle se rencontre le plus ordinairement dans le cours des fièvres graves, la fièvre typhoïde en particulier, dans les états cachectiques, et résulte probablement du transport d'un produit septique, d'un microbe, de la bouche dans la glande par le canal de Sténon. En même temps que la région est tuméfiée comme dans l'*oreillon*, elle est rouge et chaude, et les malades éprouvent un grand état de malaise. La suppuration envahit à peu près constamment et vite toute l'épaisseur de la glande, mais, en raison de la texture très serrée du stroma de la parotide, le pus se collecte difficilement, reste longtemps à l'état d'infiltration, de telle sorte qu'il n'existe pas de fluctuation véritable. Il faut tenir grand compte de cette disposition, afin de donner issue au pus en temps opportun. Si l'on attend, en effet, que la suppuration soit très manifeste, il est souvent trop tard pour éviter la production des fusées purulentes vers la bouche, le pharynx, l'oreille, sans compter qu'une incision précoce soulage beaucoup les malades. Il est bon d'agir dès que l'on constate de l'empatement, une sorte d'œdème.

L'incision devant être assez profonde, il convient de songer à la



blessure possible du nerf facial. Aussi rapprochez-vous de préférence du sterno-mastoïdien plutôt que de l'angle de la mâchoire, le nerf devenant de plus en plus superficiel à mesure qu'il arrive près du masséter à la surface duquel il s'épanouit. Parvenu à la profondeur de 1 1/2 à 2 centimètres, si vous jugez nécessaire d'aller plus loin, abandonnez le bistouri, servez-vous de la sonde cannelée pour débrider, et faites des mouvements de va-et-vient dans le sens transversal, c'est-à-dire parallèles à la direction du nerf. Le pansement devra être aussi antiseptique que possible.

La région parotidienne peut renfermer des abcès provenant d'une autre source, une lésion de l'articulation temporo-maxillaire, par exemple. L'origine la plus fréquente est l'oreille. Il suffit de se rappeler que les granulations de la parotide sont en rapport immédiat avec la portion cartilagineuse du conduit auditif externe sans interposition d'un plan aponévrotique, pour comprendre la propagation d'une otite externe à la parotide, d'autant mieux que le pus peut passer à travers les incisures du cartilage. C'est surtout dans l'otite externe que j'ai appelée sous-périostique que l'on observera cette complication.

Il est encore une autre source de phlegmon parotidien. La glande présente dans son épaisseur quelques ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux de la partie supérieure et de la face antérieure du crâne; l'un de ces ganglions est superficiel, constant et désigné sous le nom de pré-auriculaire. Ces ganglions peuvent être atteints d'adénite et donner naissance à un adéno-phlegmon de la loge parotidienne. On observera alors une inflammation franche et un gonflement beaucoup plus circonscrit que dans la parotidite septique. Il faut attendre alors, avant d'ouvrir, que la collection purulente se manifeste par une fluctuation évidente.

Rapprochons des affections inflammatoires de la région parotidienne le simple engorgement de la glande par rétention de la salive à la suite de l'obstruction du canal de Sténon. Des corps étrangers s'y peuvent engager, ou bien c'est un petit calcul, un caillot sanguin ou un spasme qui déterminent cette obstruction. Toute la région est tuméfiée sans réaction inflammatoire et la douleur est très vive. Il faut alors pratiquer le cathétérisme du canal, ainsi que je le dirai en étudiant les affections de la joue.

Je signalerai encore une affection inflammatoire curieuse de la parotide et dont la pathogénie me semble fort obscure. Chassaignac la désigna sous le nom de *parotidite purulente canaliculaire*, ce

qui ne nous apprend pas grand'chose. Voici un fait que j'observai à Beaujon et qui donnera une bonne idée de la maladie. Un jeune homme âgé de seize ans est pris subitement d'un gonflement de la parotide gauche. En quarante-huit heures, apparaît sous la peau une tumeur du volume d'un œuf de poule, nettement limitée à la région, et cette tumeur disparaît en vingt-quatre heures. Cette disparition est due à l'écoulement par la bouche, à travers le canal de Sténon, d'un liquide purulent d'aspect laiteux. La tumeur est indolente, et la pression à sa surface détermine la sortie du pus par la bouche. C'est la quatrième fois depuis sept ans que les mêmes phénomènes se produisent. Le cathétérisme du canal de Sténon ne me permit de découvrir l'existence d'aucun calcul salivaire.

**C. Tumeurs de la région parotidienne.** — La peau et la couche sous-cutanée qui passent au devant de la glande parotide sont susceptibles de présenter les mêmes affections que dans les autres parties du corps : on y rencontre des lipomes, des kystes sébacés, des angiomes, des épithéliomes : mais ces tumeurs ne présentent rien qui soit spécial à la région. Il n'en est pas de même de celles qui sont situées dans la *loge parotidienne* et dont je m'occuperai spécialement dans ce chapitre.

Il est facile de reconnaître si la tumeur est située en dedans ou en dehors de l'aponévrose qui limite la loge par l'épaisseur des parties qui la recouvrent et par sa délimitation précise.

Les tumeurs de la parotide empruntent, de même que les plaies, un caractère tout particulier aux dispositions anatomiques de la région, et c'est ce qui rend leur étude intéressante. Je signalerai la présence de l'artère carotide externe au sein de la glande, mais surtout celle du nerf facial. Les rapports de la tumeur avec le nerf seront l'un des points les plus délicats à déterminer dans le diagnostic. Autre détail d'une importance majeure : la loge parotidienne est incomplète et présente constamment un orifice dans la partie la plus profonde de la région, en avant de l'apophyse styloïde. Par cet orifice s'engage un prolongement de la glande qui se trouve directement en contact avec les vaisseaux et nerfs de l'espace maxillo-pharyngien : artère carotide interne, veine jugulaire interne, nerfs pneumo-gastrique, spinal, glosso-pharyngien. Ce rapport fait déjà pressentir combien doit être périlleuse l'extirpation complète de la glande, surtout lorsqu'elle est atteinte de dégéné-



rescence et que sa délimitation est encore moins précise qu'à l'état normal.

Les tumeurs de la loge parotidienne doivent être divisées en *gazeuses*, *liquides* et *solides*. C'est à déterminer ce caractère qu'il faut tout d'abord s'attacher pour établir le diagnostic.

Je ne ferai que mentionner les tumeurs gazeuses, dont j'ai rapporté un cas que j'observai à l'hôpital Saint-Louis. Je n'en connais pas d'autre exemple. Il s'agissait d'un homme exerçant la profession de souffleur de verre. Dans la région parotidienne existait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, sonore à la percussion et réductible. Une injection de lait pratiquée dans la tumeur pénétra dans la bouche par le canal de Sténon, dont l'orifice était dilaté. Le repos et la compression suffirent à faire disparaître la tumeur.

Il faut rapprocher de ces tumeurs purement gazeuses celles également tout à fait exceptionnelles dans lesquelles existe un mélange de pus et d'air dans la poche. En pressant cette dernière, le pus s'écoule dans la bouche, et l'on perçoit un bruit de gargouillement : il est probable que l'origine est la même dans les deux cas.

Les *tumeurs liquides* de la parotide sont des anévrysmes ou des kystes.

Les anévrysmes sont artériels ou artério-veineux. Fort rares d'ailleurs, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres régions et donnent lieu à des phénomènes dus à la compression des organes voisins au même titre que les diverses tumeurs de la parotide.

Les kystes de la loge parotidienne sont relativement fréquents. Ils sont constitués par une distension des culs-de-sac glandulaires et peuvent contenir de la salive. On y rencontre même des calculs en plus ou moins grand nombre. Ils sont parfois purement séreux — j'ai opéré à Beaujon, en 1878, un kyste hydatique — mais ils contiennent le plus ordinairement un liquide noirâtre semblable à du café. Ce sont des kystes sanguins qui me paraissent présenter une grande analogie avec ceux que l'on observe plus fréquemment encore dans le corps thyroïde.

Au point de vue des signes cliniques, les kystes de la parotide ne diffèrent pas de ceux des autres régions du corps, c'est-à-dire qu'ils constituent des tumeurs lisses, régulières, de consistance absolument uniforme, fluctuantes et indolentes.

Ils affectent des sièges fort différents et sous ce rapport peuvent être divisés en trois espèces : les kystes superficiels, les interstitiels et les profonds. Les premiers forment relief sous la peau, les derniers font saillie dans le pharynx. Les kystes interstitiels font plutôt saillie du côté de la peau, mais, comme ils sont recouverts par une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire, il est beaucoup plus difficile d'en constater exactement la consistance, et on peut très facilement les confondre avec un adénome, dont les caractères extérieurs sont sensiblement les mêmes.

Les kystes parotidiens profonds sont développés sans doute aux dépens du prolongement pharyngien de la glande, et l'on conçoit que leur diagnostic présente une certaine obscurité, qu'il soit même tout à fait impossible au début. On trouve sur les parties latérales du pharynx, au niveau de l'amygdale, une tumeur lisse et fluctuante qui s'est développée d'une façon indolente. On pourrait songer à un anévrysme de l'artère carotide interne, mais la tumeur est complètement silencieuse. En pressant avec une main sur la peau, un doigt de l'autre main étant dans le pharynx, on peut se renvoyer la fluctuation, ce qui constitue un signe pathognomonique. La tumeur comprime la veine jugulaire interne et produit parfois des phénomènes de congestion cérébrale; supposez que le nerf facial soit aussi comprimé et qu'il existe une paralysie faciale, on conçoit que l'on puisse songer tout d'abord à une affection du cerveau. Un homme me fut amené dans ces conditions à Beaujon, et ma première idée fut qu'il était atteint d'une tumeur cérébrale, parce que les accidents s'étaient développés lentement. Je pratiquai une ponction de la tumeur par le pharynx, retirai une assez grande quantité de liquide noirâtre, et les accidents de compression disparurent. Le liquide se reproduisit; je répétai la ponction plusieurs fois, et finalement le malade sortit guéri.

J'ai établi plus haut un rapprochement entre les kystes de la parotide et ceux du corps thyroïde; non seulement ces kystes ont de l'analogie par la nature de leur contenu, ils se ressemblent encore par la circonstance suivante : la ponction donne issue à du liquide noirâtre, mais, lorsque ce liquide est écoulé, c'est du sang pur qui sort à la suite et avec la même abondance; la canule retirée, le kyste se remplit immédiatement, devient extrêmement tendu, et quelquefois est agité de battements. Je ne saurais fournir l'explication de ce phénomène qui ne se produit pas dans les kystes séreux, mais seulement dans les kystes sanguins et dans