

certain cas seulement, car heureusement il ne survint pas sur le malade atteint de kyste profond. Je parlerai plus loin de leur traitement.

Les *tumeurs solides* de la région parotidienne sont nombreuses. Les auteurs les divisent en bénignes et malignes, ce qui ne me satisfait pas beaucoup, car, si l'on peut quelquefois dire à l'avance que telle tumeur sera bénigne, ce n'est souvent que l'avenir qui le démontre. De plus, une tumeur primitivement bénigne peut devenir maligne en subissant certaines transformations.

Je préfère une division basée sur un caractère anatomique que la clinique peut révéler dans la très grande majorité des cas : les tumeurs sont *encapsulées*, mobiles sur les parties sous-jacentes, ou bien *elles ne sont pas encapsulées*, mais adhérentes et fusionnées avec les tissus ambiants. Remarquez d'ailleurs que les premières sont ordinairement de nature bénigne, tandis que les secondes sont le plus souvent de nature maligne.

Les tumeurs encapsulées ou mobiles sont : l'adénome, le sarcome, le chondrome, le myxome, le lymphome; ce sont du moins celles que l'on y rencontre le plus ordinairement. Les tumeurs non encapsulées et par conséquent non mobiles sont le carcinome, le lipome profond et l'angiome.

Je ne décrirai pas en particulier chacune des tumeurs encapsulées, car leur texture est la même que celle qu'elles présentent dans tous les autres points du corps. Je les décrirai d'autant moins isolément que d'après les examens de Ranvier on les rencontre très rarement à l'état de pureté. Virchow n'a-t-il pas décrit le chondro-myxo-sarcome de la parotide? Si l'usage du microscope est indispensable pour connaître la nature exacte de la tumeur, il ne faut pas demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner. En se basant sur la conformation extérieure, sur la marche, le mode de développement de la tumeur, on peut avancer qu'il doit y avoir prédominance de tel ou tel tissu, mais aller plus loin est s'exposer à l'erreur, et ce n'est pas d'ailleurs nécessaire pour établir un diagnostic suffisamment exact et instituer une thérapeutique rationnelle.

Les tumeurs non encapsulées, le carcinome, le lipome et l'angiome, ne doivent pas davantage nous occuper isolément.

Étant donné une tumeur quelconque siégeant dans la région

parotidienne, quelle conduite doit tenir le chirurgien? Trois problèmes sont à résoudre :

- 1° La nature de la tumeur;
- 2° Ses connexions avec les principaux organes de la région;
- 3° Le traitement qu'il convient d'employer.

1° *Nature de la tumeur.* — Le premier soin du chirurgien sera de reconnaître si elle appartient aux tumeurs gazeuses, liquides ou solides. La sonorité, la réductibilité de la tumeur gazeuse avec ou sans gargouillement, la feront diagnostiquer tout de suite. Je répète que cette variété de tumeur est plutôt une curiosité pathologique.

La fluctuation est le seul signe qui autorise à admettre l'existence d'une tumeur liquide.

La poche contient-elle du pus, du sang, un liquide sanguinolent ou bien de la sérosité? Ce pourrait être un abcès froid développé dans un des ganglions lymphatiques situés dans la loge, ou bien consécutif à une affection de l'oreille, de l'articulation temporo-maxillaire. Mais le malade aura quelquefois éprouvé ou éprouvera encore de la douleur, la marche aura été assez rapide. Cependant le diagnostic peut être si obscur dans ce cas qu'il exige l'emploi de la ponction exploratrice, car un abcès froid peut être absolument indolent.

La poche contient-elle du sang? on n'est autorisé à l'admettre, que s'il existe des signes d'anévrysme : battements, souffle, thrill, etc. : or l'anévrysme est fort rare dans cette région; cependant j'ai dit plus haut, à propos des plaies, qu'on y avait observé des anévrysmes artérioso-veineux.

Le kyste renferme-t-il un liquide sanguinolent, noirâtre, ou bien de la sérosité? Si la poche faisait une saillie suffisante à la surface des téguments, on rechercherait le phénomène de la transparence, et encore faut-il avoir soin de se servir d'un stéthoscope, car la simple application de la main posée en travers, laissant passer les rayons lumineux entre la peau et les doigts, fait croire à une transparence qui n'existe pas en réalité : mais la tumeur fait très rarement une saillie suffisante, et ce diagnostic ne peut en général être établi qu'à l'aide d'une ponction exploratrice; on ne pourra reconnaître autrement s'il s'agit d'un kyste hydatique.

Vous avez admis l'existence d'un kyste séreux ou séro-sanguinolent, mais ce n'est pas encore tout. Ce kyste est-il simple, idiopathique en quelque sorte, ou bien est-il développé au sein d'une

masse sarcomateuse? est-ce un cysto-sarcome? L'absence de toute partie indurée à son pourtour le fera en général reconnaître. Cependant ce point capital dans l'établissement du diagnostic peut rester obscur et nécessite alors l'emploi de la ponction exploratrice. Si, la poche étant vidée, il ne reste plus trace de la tumeur, c'est que le kyste est simple.

Un examen minutieux ne vous a permis de reconnaître aucune espèce de fluctuation, la tumeur est solide. Appartient-elle au groupe des tumeurs encapsulées? Pour le reconnaître, recherchez si la peau et la couche sous-cutanée glissent facilement à sa surface; mettez le sterno-mastoïdien dans un relâchement complet, car, son aponévrose se continuant avec celle qui ferme la loge, cette dernière pourrait se trouver tendue et brider la tumeur pendant la contraction du muscle. Imprimez à la tumeur des mouvements dans tous les sens et voyez si elle est mobile, si elle se déplace. Elle pourrait être fixée en un point, vers le lobule de l'oreille, par exemple, et appendue en ce point par un pédicule, autour duquel elle paraît se mouvoir, sans cesser pour cela d'être encapsulée. D'ailleurs, si la tumeur fait à la surface de la région une saillie nettement circonscrite, c'est qu'elle est encapsulée, quand bien même on ne lui imprimerait pas de mouvements sur les couches profondes, quand bien même la peau serait adhérente. En effet, l'enclavement de la tumeur dans la loge peut en masquer la mobilité, et la peau est susceptible d'éprouver à la longue un certain degré d'inflammation et même de s'ulcérer.

La tumeur appartient au groupe des tumeurs encapsulées. Si elle est lisse, régulière, de consistance élastique, c'est-à-dire rénitente, si elle s'est développée très lentement, si, par exemple, en l'espace de cinq à six ans, elle a atteint le volume d'un œuf de pigeon, il est vraisemblable qu'il s'agit d'un *adénome*. Cependant un *fibrome*, un *lymphome*, donneraient lieu aux mêmes signes cliniques. Toutefois il est rare qu'un lymphome soit unique.

La tumeur a-t-elle marché un peu plus vite, est-elle de consistance inégale, molle dans certains points, plus ferme dans d'autres, tout en conservant sa rénitence, il est probable qu'il s'agit d'un *sarcome* et il est très possible aussi qu'après ablation le microscope révèle l'existence d'un *tissu myxomateux*.

Si au contraire la tumeur est irrégulière, inégale, bosselée, d'aspect mûral; si elle est dure au toucher, privée de toute rénitence, vous avez affaire à un *chondrome*.

M. Ranvier a quelquefois rencontré dans ces diverses tumeurs de la parotide de l'*épithéliome tubulé*, mais, je le répète, ces divers détails de texture intime, très intéressants sans doute, que nous révèle l'histologie, font plutôt partie de l'histoire naturelle des tumeurs que de leur étude clinique, puisqu'aucun signe ne nous permet de les apprécier sur le vivant.

La tumeur n'est pas mobile sur les couches profondes, elle fait corps avec la parotide; elle pointe du côté de la peau, suivant une bonne comparaison, comme une tête de brioche, mais elle ne forme pas une saillie nettement limitée à son pourtour, bien circonscrite; elle ne se détache pas de la région: c'est qu'elle n'est pas encapsulée, c'est-à-dire que les éléments qui la constituent se fusionnent avec les éléments voisins sans interposition d'aucune couche celluleuse qui les sépare et les isole. Il s'agit alors à peu près certainement d'un *carcinome*.

On rencontre, très exceptionnellement, il est vrai, dans cette région, une tumeur d'une nature toute différente et qui paraît également fusionnée avec la glande: c'est un *lipome profond*. Dans le fond de l'excavation parotidienne, en effet, entre la glande et l'apophyse styloïde, existe une couche celluleuse au sein de laquelle peut prendre naissance un lipome. Celui-ci envoie parfois un prolongement vers la joue, ou bien vers la peau: il repousse la glande en divers sens et semble faire corps avec elle, mais il est impossible de confondre avec le cancer de la parotide une tumeur absolument indolente et qui marche très lentement. On conçoit d'ailleurs que le diagnostic soit très obscur, à peu près impossible même, lorsque la tumeur n'a pas franchi les limites de la loge parotidienne. Au surplus, les lipomes profonds sont tellement rares d'une façon absolue et aussi relativement aux autres variétés de tumeurs, qu'on est presque en droit de les négliger dans un diagnostic différentiel. J'en dirai autant de l'angiome caverneux, dont mon ami le D^r Notta présenta un bel exemple à la Société de chirurgie en 1880. La consistance spéciale de cette dernière tumeur, qui est pâteuse, la ferait en général reconnaître.

2^e *Connexions de la tumeur avec les principaux organes de la région.* — Il faut reconnaître les connexions qu'affecte la tumeur avec la parotide, avec l'artère carotide externe, avec le pharynx et le paquet vasculo-nerveux de l'espace maxillo-pharyngien, avec le nerf facial. Il faudra ensuite rechercher le retentissement de la

tumeur sur le système lymphatique et sur la santé générale du malade.

Je viens d'établir comme base du diagnostic différentiel des tumeurs de la parotide que celles-ci étaient parfois absolument indépendantes de la glande dont les séparait une couche de tissu cellulaire formant capsule. Dans ces cas, la glande est comprimée, refoulée, aplatie, ainsi que les organes qu'elle contient, et en particulier le nerf facial dont le chirurgien doit toujours se préoccuper quand il s'agit d'une tumeur de la parotide. La parotide peut même finir par s'atrophier à ce point qu'elle a presque entièrement disparu. Sur un jeune Canadien venu exprès à Paris pour se faire opérer d'un sarcome récidivé de la région parotidienne, et que je présentai guéri à la Société de chirurgie (et chez lequel la guérison s'est maintenue), après avoir réséqué la branche montante du maxillaire inférieur, je nettoyai l'excavation parotidienne, si bien que l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent étaient complètement à découvert. Or ce jeune homme n'avait pas trace de paralysie faciale. Est-ce à dire que j'avais disséqué le nerf afin de le ménager? pas le moins du monde, je ne l'avais pas vu au cours de l'opération : c'est donc qu'il avait été refoulé tout à fait en haut de la loge avec la glande tellement atrophiée qu'on aurait pu la croire absente. Je suis convaincu que les prétendues extirpations de la parotide avec conservation du nerf facial sont des cas analogues à celui-là.

Dans le cancer de la parotide au contraire le néoplasme et la glande ne font qu'un, le nerf facial et la carotide externe sont englobés dans son épaisseur, et il est matériellement impossible, pour peu que la tumeur ait un certain volume, de conserver ces derniers organes, si l'on veut faire une opération complète. J'ai assisté jadis à une opération de ce genre où le nerf facial fut respecté, mais l'opération avait été très incomplète, le chirurgien n'ayant enlevé de la tumeur que ce qui faisait saillie à l'extérieur, que la pointe de la brioche, pour me servir de la comparaison précédente.

Les connexions avec l'artère carotide externe n'ont qu'une importance secondaire, car le pis qui puisse arriver est la section de cette artère, ce qui causera sans doute une complication momentanée désagréable, mais non sérieuse. Cependant il est bon de s'enquérir si l'artère siège en dehors ou en dedans de la tumeur, en avant ou en arrière, ce que fera reconnaître l'existence des battements.

Les connexions avec le nerf facial nous sont connues dans le cas de cancer, ce nerf fait corps avec la tumeur, mais dans les tumeurs encapsulées, celles précisément qui sont justiciables d'une intervention chirurgicale, il serait de la plus haute importance de connaître son siège précis. A-t-il été refoulé en dehors vers la peau, ou bien en dedans vers le fond de l'excavation? il est malheureusement impossible de le savoir exactement et nous n'avons à cet égard que des présomptions. Si la tumeur fait à l'extérieur un relief considérable et ne s'enfonce pas dans l'excavation, il est probable que le nerf a été refoulé en dedans et que l'opérateur ne le rencontrera pas en route, mais ce n'est pas certain, et il faut toujours se comporter comme si le nerf devait être superficiel, car cela peut exister même dans le cas en apparence le plus favorable.

Les connexions avec le pharynx seront appréciées par le toucher buccal combiné à une pression exercée à la surface de la région. C'est de la sorte que seront diagnostiqués les kystes profonds ainsi que les lipomes. J'ai déjà dit que la compression de la veine jugulaire interne pouvait déterminer des phénomènes de congestion du cerveau.

Le système lymphatique sera indemne dans le cas de tumeurs encapsulées ; on trouvera souvent des ganglions tuméfiés et durs dans le cas de cancer.

La santé générale ne subit aucune altération, s'il s'agit d'une affection du premier groupe, elle est rapidement atteinte dans le cancer. Dans ce dernier cas aussi, il n'est pas rare d'observer une paralysie faciale par compression, et les malades sont en proie à de violentes douleurs, ce qui n'a lieu que très exceptionnellement dans les tumeurs encapsulées.

3° *Traitement des tumeurs de la loge parotidienne.* — Comment se comporter à l'égard des kystes de la parotide? je ne parle que des kystes simples et non des cysto-sarcomes. Il convient de faire une ponction et, si l'on veut, une injection iodée comme dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. Cependant les ponctions simples et répétées au besoin plusieurs fois peuvent amener la guérison. La conduite est beaucoup plus difficile à tracer quand il s'agit d'un kyste sanguin qui s'est rempli de suite pendant la ponction même. Aucune injection irritante ne peut alors réussir. Dans un cas de ce genre que j'ai longtemps observé dans mon service, j'ai fait avec le D^r Onimus plusieurs séances d'électrolyse dans le but de

déterminer la production de caillots et la régression graduelle de la poche, mais je n'ai pas réussi. Si la tumeur ne s'enfonce pas trop dans l'excavation parotidienne, on en peut pratiquer l'extrac-



Fig. 23. — Sarcome de la parotide.

tion comme s'il s'agissait d'une simple tumeur, mais il faut s'abstenir d'enlever les kystes profonds à prolongement pharyngien.

Le cancer de la parotide ne doit être extirpé que s'il est possible de l'enlever dans sa totalité. Or, s'il est volumineux, s'il remplit la loge, s'il la déborde même du côté du pharynx, de la joue, de

l'oreille, ce que j'ai dit précédemment de ses connexions prouve qu'il ne pourra être enlevé qu'en faisant courir aux malades les plus graves dangers immédiats. Mieux donc est alors de s'abstenir et de se contenter de soulager le plus possible. Le cancer ne doit être opéré qu'au début quand on peut le circonscire, et encore faut-il prévenir le malade que son nerf facial court des dangers sérieux.

Il faut conseiller aux malades l'ablation de toutes les tumeurs encapsulées, et cela le plus rapidement possible. Ces tumeurs en effet grossissent parfois avec une rapidité extrême (fig. 23), amènent à la longue une déformation et une gêne notables, peuvent s'ulcérer et même subir des transformations de mauvaise nature.

J'en figure ici un exemple remarquable que j'ai observé et opéré dans mon service de l'Hôtel-Dieu en 1885. La tumeur avait acquis ce volume en l'espace de deux ans environ.

Voici la manière habituelle de procéder à l'opération dans les cas simples :

Pratiquer une incision verticale parallèle au bord de la mâchoire inférieure pour que la cicatrice se perde dans le pli de la peau. Inciser avec la plus minutieuse attention et à petits coups, en épongeant souvent et songeant toujours au nerf facial. Si on rencontre ce nerf, le récliner avec un crochet mousse; arrivé sur la tumeur, la dégager par sa circonférence et abandonner alors le bistouri autant que possible; saisir la tumeur avec une pince à griffes, la faire basculer de préférence de haut en bas, la détacher des parties profondes avec une sonde cannelée, en ayant soin que l'instrument reste toujours en contact avec elle sans faire d'échappées; réunir par première intention en plaçant un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie. Lorsque la peau est altérée comme dans le cas figuré plus haut, il reste après l'opération une vaste plaie ouverte qui se cicatrise peu à peu par seconde intention.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES TUMEURS PROPRES A LA LOGE PAROTIDIENNE.

Gazeuses.		{ Ne contenant que de l'air.
		{ Contenant du pus et de l'air.
		{ Purulents.
		{ Séreux.
	{ Kystes.....	{ Sanguins.
		{ Cysto-sarcomes.
Liquides.....	{ Anévrysmes.	{ Artériels.
		{ Artério-veineux.

Solides.....	Encapsulées.....	Adénome.
		Sarcome.
		Chondrome.
		Fibrome.
		Myxome.
		Lymphome.
	Non encapsulées....	Carcinome.
		Lipome profond.
		Angiome caverneux.

2° MALADIES DE LA JOUE.

Dans mon *Traité d'anatomie topographique*, j'ai décomposé la joue, pour les besoins de la description, en plusieurs sous-régions : massétérine, malaire, sous-orbitaire, mentonnière et buccale, mais cette division n'est pas applicable à la clinique. Les maladies des régions malaire et sous-orbitaire seront étudiées avec celles de la mâchoire supérieure, et les maladies des régions massétérine et mentonnière avec celles de la mâchoire inférieure. Ce sont donc les affections de la portion buccale que j'aurai seulement en vue dans ce chapitre, de cette portion exclusivement formée des parties molles, limitées en dehors par la peau, et en dedans par la muqueuse buccale. J'engage le lecteur à consulter la figure 98 de mon *Traité d'anatomie topographique* (4^e édition), qui représente une coupe horizontale de la joue et sans laquelle il est difficile de se faire une idée exacte du rapport entre eux des organes qui entrent dans la composition de la région.

Dans chaque région du corps existe en général un organe plus important que les autres et qui doit attirer spécialement l'attention : c'est ici le canal excréteur de la glande parotide, canal de Sténon, dont la blessure peut être suivie de conséquences sérieuses.

Toutes les fois que le chirurgien porte le bistouri sur la joue, il doit songer au canal de Sténon, et avoir présente à l'esprit la situation de ce conduit.

On observe à la joue des plaies, des brûlures, des abcès, des gangrènes, des fistules, des névralgies et quelques tumeurs spéciales.

A. Plaies de la joue. — Les plaies accidentelles de la joue ne sont pas très communes, parce que les chocs portent en général sur les parties de la face qui sont les plus saillantes : le front, le

sourcil, le nez, les lèvres, le menton. Je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est que la réunion doit être pratiquée avec un soin minutieux, pour éviter une cicatrice trop apparente ou vicieuse. Il faut rechercher la première intention même dans le cas de plaie contuse. Lorsque la plaie est profonde et produite principalement par un instrument tranchant, il en peut résulter une blessure du canal de Sténon. Si la section est incomplète, le canal peut se cicatrizer, mais, si la section est complète, il en résultera très probablement l'établissement d'une fistule salivaire que l'on pourrait peut-être d'ailleurs prévenir à l'aide d'une manœuvre spéciale au moment du premier pansement, ainsi que je le dirai plus loin en parlant des fistules.

Les plaies chirurgicales faites dans le but d'ouvrir un abcès de la joue, d'enlever une tumeur, de sectionner ou réséquer le nerf buccal, doivent toujours être combinées de façon à épargner autant que possible le canal de Sténon. Rappelez-vous que ce canal présente une direction horizontale et siège sur le trajet d'une ligne étendue du tragus à la commissure labiale. Toutes les fois donc qu'une incision doit atteindre une certaine profondeur, il est préférable de ne pas lui donner une direction verticale, perpendiculaire à celle du canal de Sténon, mais de la faire parallèle à ce canal.

B. Brûlures de la joue. — Les brûlures de la joue se rencontrent dans la pratique plus souvent que les plaies. Ce sont des enfants ou bien des épileptiques qui tombent dans le feu ; des sujets à la figure desquels on a projeté une substance caustique, ou encore des malades cautérisés pour une pustule maligne. La gravité de ces brûlures consiste dans les déformations que détermine ultérieurement le tissu de cicatrice sur les paupières, le nez, les lèvres. Malheureusement le traitement ne saurait empêcher la production de ces cicatrices vicieuses. Il y aurait cependant intérêt à recouvrir la plaie de greffes, et surtout de greffes dermiques.

C. Abcès de la joue. — Les abcès de la joue sont situés soit en dehors, soit en dedans de l'aponévrose buccinatrice. S'ils sont situés en dehors, ils évoluent vers la peau, et c'est par cette voie qu'ils s'ouvrent spontanément ou qu'il en faut pratiquer l'ouverture.

Lorsque le pus siège sous l'aponévrose, l'abcès fait saillie du côté de la bouche, et c'est par la muqueuse qu'on peut l'ouvrir. Je