

exécuté, et le malade est fort bien guéri. Aujourd'hui, trois ans après cette brillante opération qui fait honneur à l'habileté de l'opérateur, la guérison s'est maintenue.

M. Krishaber nous permettra-t-il une remarque?

Il dit : « Pour m'assurer si les cordes vocales avaient été ménagées, j'engageai le malade, séance tenante,..... à chanter une gamme. Il émit des notes vibrantes..... » Ces paroles supposent qu'il redoutait de léser les cordes vocales. Or, il y a un moyen certain d'éviter cette lésion. Il faut, pour cela, faire la section du cartilage thyroïde à trois millimètres environ de la ligne médiane du côté qu'on veut soulever. Il est impossible, de cette manière, de blesser les cordes vocales, à moins d'opérer maladroitement. Nous avons indiqué cette section dans notre *Anatomie descriptive et dissection*; elle sert non-seulement à découvrir le ventricule, mais encore à préparer les muscles latéraux du larynx sans les léser profondément.

§ 5. — Cancer du larynx.

Le larynx peut être envahi par des tumeurs cancéreuses développées dans les régions voisines, et qui, en s'étendant graduellement, arrivent jusqu'à lui. Mais le cancer primitif est excessivement rare¹.

Il affecte deux formes : celle du *carcinome médullaire*, et celle de l'*épithélioma*. Au début, on observe de petits tubercules sous-muqueux, puis, à une époque plus avancée, une véritable tumeur qui déforme le larynx, et dont la présence peut amener des troubles graves : aphonie, suffocation, etc. La maladie peut s'étendre à la base de la langue, au pharynx, à l'œsophage.

Le diagnostic, surtout pendant la première période, ne peut être fait qu'à l'aide du laryngoscope.

Le traitement, quand la tumeur n'a pas dépassé certaines limites, consiste dans l'*extirpation*, soit par la bouche, soit par une ouverture pratiquée au larynx.

§ 6. — Rétrécissement de la trachée.

Cette maladie est de date toute récente. Elle est surtout connue depuis les publications de M. Demarquay et d'un de ses élèves fort distingué, M. Cyr, dont la thèse peut être considérée comme représentant les idées du maître sur ce sujet.

La *lésion anatomique* consiste en un rétrécissement, situé le plus souvent à la partie inférieure de la trachée. Ordinairement, il est dû à un tissu de cicatrice qui a déterminé la lésion en se rétractant. Les cartilages sont

1. Cette affection est décrite en détail dans la thèse de M. Émile Blanc : *Étude sur le cancer primitif du larynx*, 1872.

souvent brisés et en partie résorbés, surtout dans les rétrécissements syphilitiques. Il n'est pas rare de trouver un point ulcéré au-dessus ou au-dessous. Fréquemment, la trachée est dilatée dans ces deux points. On peut constater un rétrécissement de la totalité du conduit. Quant à la paroi même de la trachée, au niveau du rétrécissement, elle est tantôt amincie, tantôt hypertrophiée.

Les *causes* les plus fréquentes sont : en premier lieu, la syphilis, puis, beaucoup plus rarement, le séjour d'un corps étranger dans la trachée, une trachéite, une tumeur développée sur les parois de la trachée. En général, ces causes déterminent l'ulcération de la muqueuse; celle-ci se recouvre d'un tissu cicatriciel qui se rétracte lentement, en rétrécissant le conduit.

Les *symptômes* s'accusent de plus en plus, à mesure que la maladie fait des progrès. L'inspiration est difficile, et l'expiration facile. Au moment où le malade fait une inspiration, on entend un bruit particulier, analogue à celui qu'on désigne, chez les chevaux, sous le nom de *cornage*. Cette difficulté de l'inspiration tient probablement à la diminution de résistance des parois trachéales, qui tendent à se porter vers les cavités bronchiques, au moment où l'inspiration produit le vide dans le poumon.

Par le palper, on peut quelquefois reconnaître le siège du rétrécissement. Le laryngoscope permet souvent de l'apercevoir. Dans quelques cas, la compression que cette lésion exerce sur l'œsophage cause de la dysphagie.

Lorsque le rétrécissement est syphilitique, il peut arriver que d'autres lésions syphilitiques concomitantes mettent sur la voie du *diagnostic*.

Du reste, il est difficile de confondre le rétrécissement avec l'*œdème de la glotte* ou une *laryngite chronique*. Il n'en est pas de même d'une *tumeur* comprimant la trachée dans le cou ou dans le thorax. Ce dernier cas est difficile; il n'existe aucun élément très-certain de diagnostic.

Le *pronostic* est grave, cette affection amenant presque toujours la mort par asphyxie. Vers la fin de la maladie, le malade présente des accès de suffocation.

Le *traitement* est difficile. On conçoit qu'un traitement général, quel qu'il soit, n'aura aucune action sur un tissu cicatriciel.

La trachéotomie doit être faite, mais seulement comme traitement palliatif; on la pratique au-dessous du rétrécissement : c'est dire qu'elle sera rarement applicable, puisqu'elle ne pourra être utile que dans les cas où la portion supérieure de la trachée sera rétrécie, et nous savons qu'il est rare de voir la lésion siéger en ce point. M. Demarquay a fait construire une canule destinée à lutter contre les rétrécissements de la partie inférieure de la trachée.

ARTICLE CINQUIÈME

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

Nous étudierons les *plaies*, les *corps étrangers* et les *rétrécissements* de l'œsophage.

§ 1. — Plaies de l'œsophage.

Les plaies de la portion thoracique sont rares. Celles de la portion cervicale sont longitudinales ou transversales. Les premières, moins fréquentes que les autres, doivent être réunies par une suture. On pourrait aussi, pour plus de précaution, alimenter le malade, pendant quelques jours, au moyen de la sonde œsophagienne.

Les *plaies transversales*, qui coïncident souvent avec celles de la trachée, intéressent une partie ou la totalité du conduit. On les reconnaît facilement à l'issue, par la plaie, des boissons et des aliments.

a. Une plaie intéressant une portion de la circonférence de l'œsophage sera traitée par la position. Le malade sera alimenté au moyen de la sonde œsophagienne.

b. Une section complète est suivie d'un écartement considérable des deux bouts. On plonge la sonde œsophagienne dans le bout inférieur ; on la laisse à demeure pour nourrir le malade. On cherche plus tard à réunir les deux bouts ; mais il est fréquent d'observer des fistules, et même de voir le malade obligé de se servir de la sonde œsophagienne pendant toute son existence.

§ 2. — Corps étrangers de l'œsophage.

Lésions anatomiques. — Les corps étrangers de l'œsophage peuvent venir de l'intérieur : vers, os rendus par l'estomac dans un effort de vomissement. Ils viennent le plus souvent du dehors : arêtes, croûte de pain, gros morceaux de viande incomplètement mâchés, épingles, pièces de monnaie, os. On a vu des fourchettes, des cuillers avalées pendant des jeux grossiers ; on a même observé une sangsue, avalée avec l'eau d'un fossé, s'attacher aux parois de l'œsophage.

Les corps étrangers se fixent sur trois points principaux : 1^o à l'orifice supérieur du conduit ; 2^o au point le plus étroit de l'œsophage, correspondant à la troisième vertèbre dorsale ; 3^o au niveau du diaphragme.

L'œsophage présente des lésions. Dès le début, le corps étranger peut, par ses aspérités, déchirer plus ou moins profondément l'œsophage, le perforer même, et causer des hémorrhagies. Lorsqu'il séjourne un certain temps, il ulcère les parois du conduit, il l'enflamme, et il peut provoquer

le développement d'abcès périphériques, et même la rupture du conduit œsophagien et la perforation d'organes voisins, comme la trachée et les gros vaisseaux.

Symptômes. — Ces symptômes varient selon le volume du corps étranger et le degré d'irritabilité des individus affectés.

Dans certains cas, le seul symptôme qu'on observe est la dysphagie.

Le plus souvent, le corps étranger dilate l'œsophage et comprime les organes voisins. Il y a de la douleur au niveau du point où il s'est arrêté ; la déglutition est impossible ; la trachée peut être comprimée ; d'où, gêne de la respiration et toux. La présence du corps étranger détermine des phénomènes réflexes : le malade fait des efforts de vomissement, et rend parfois du sang.

Terminaison. — Il arrive quelquefois que le corps étranger est rendu dans un effort de vomissement ou qu'il pénètre dans l'estomac. S'il est volumineux et plus ou moins arrondi, le malade mourra d'inanition. Dans quelques cas, un corps mince, comme une pièce de monnaie, permet aux aliments d'arriver à l'estomac. Lorsque l'ulcération de l'œsophage et la suppuration se montrent, le malade maigrit, vomit fréquemment du pus et du sang, et finit par mourir d'épuisement, d'hémorrhagie, etc.

Diagnostic. — On constate la présence d'un corps étranger, par le doigt, s'il est à la partie supérieure ; par le palper, s'il siège dans la région cervicale ; enfin, en se servant de la sonde œsophagienne.

Pronostic. — Il est grave, en général, surtout si l'on ne réussit pas à extraire le corps étranger rapidement.

Traitement. — Il ne faut user du *vomitif* qu'avec une grande circonspection, la rupture de l'œsophage pouvant en être la conséquence.

Le vrai traitement consiste à *extraire* le corps étranger, à le *repousser* dans l'estomac, ou à *diviser l'œsophage*.

1^o *Extraction.* — On se sert de longues pinces courbées, si le corps étranger est situé à l'orifice supérieur de l'œsophage. S'il est plus profond, on a recours au panier de Graëfe, ou à tout autre instrument du même genre.

2^o *Propulsion.* — Ce mode de traitement consiste à entraîner le corps étranger, en faisant avaler au malade des aliments épais : soupe, pain, etc. On le pousse encore avec une éponge fixée au bout d'un fil de fer ou d'une baleine. On doit procéder avec lenteur.

3^o *Œsophagotomie.* — Cette opération consiste à diviser longitudinalement le côté gauche de l'œsophage, à la partie inférieure de la région cervicale, afin d'extraire le corps étranger.

Pour le choix de la méthode de traitement, on se guide sur la forme, le siège et la durée du séjour du corps étranger. S'il s'agit d'une pièce de monnaie ou de tout autre corps permettant le passage d'un instrument, et surtout s'il siège à la partie supérieure de l'œsophage, on songera à

l'extraction. La propulsion s'adressera surtout aux cas dans lesquels le corps étranger siégera à la partie inférieure, à condition qu'il ne puisse nuire par sa présence dans l'estomac. Dès que ces moyens ont échoué, et qu'on ne conserve plus l'espoir de réussir, on procède à l'opération, dont les résultats sont moins graves qu'on ne se l'imagine communément. Nous avons entendu, cette année même, M. Verneuil insister dans son cours sur le peu de gravité de cette opération, qui a réussi dans presque tous les cas; elle a été pratiquée quatorze fois jusqu'en 1869.

§ 3. — Rétrécissements de l'œsophage.

L'œsophage peut être rétréci de quatre manières différentes : 1^o par inflammation de la muqueuse, *rétrécissement inflammatoire*; 2^o par contraction convulsive des fibres musculaires, *rétrécissement spasmodique*, fréquent chez les hystériques (œsophagisme); 3^o par des tumeurs voisines qui aplatissent le conduit, *rétrécissement par compression*; 4^o par altération organique de ses parois, *rétrécissements organiques*. Nous ne nous occuperons que de ces derniers, qu'on pourrait appeler *rétrécissements permanents*, les autres n'étant que temporaires.

Symptômes et diagnostic. — Lorsqu'un malade présente une dysphagie qui augmente graduellement, qu'il éprouve une douleur au cou ou dans le thorax à chaque déglutition, on peut soupçonner un rétrécissement œsophagien. Ce soupçon se transforme en probabilité, si le malade, ne pouvant plus avaler des aliments solides, ne se nourrit plus que de liquides. A cette époque, l'œsophage dilaté au-dessus de l'obstacle forme quelquefois une tumeur appréciable à la région cervicale; il y a une expectation fréquente de liquide filant, parfois de sang, mêlé aux aliments qui sont vomis à une époque variable après leur préhension. On ne sera certain de l'existence de la maladie qu'après avoir fait l'exploration au moyen d'une sonde spéciale formée d'une tige de baleine terminée par une boule d'ivoire. La boule est arrêtée par le rétrécissement.

On méconnaît fréquemment un rétrécissement dans les premiers temps de son existence; mais un chirurgien instruit ne le confond pas avec une autre maladie.

Anatomie pathologique. — Le rétrécissement organique peut être dû à des cicatrices, à l'hypertrophie des parois de l'œsophage, ou à la production d'une tumeur cancéreuse dans ses parois: d'où la division du rétrécissement en *cicatriciel*, par *hypertrophie* et *cancéreux*.

Le rétrécissement est unique ou multiple; il a une étendue variable. Le degré de coarctation varie également.

Le calibre de l'œsophage diminue au-dessous du rétrécissement; il se dilate considérablement au-dessus, à tel point que les aliments peuvent séjourner dans cette dilatation, qui représente un véritable estomac. Il n'est pas rare de trouver la muqueuse ramollie, ulcérée en ce point. Des abcès peuvent se montrer dans les environs.

1^o *Rétrécissement cicatriciel.* — Il est déterminé par la rétraction du tissu inodulaire, qui succède à une ulcération de l'œsophage, celle-ci étant produite par la syphilis, par l'ingestion de liquides caustiques: acides azotique, sulfurique, etc., ou par le séjour d'un corps étranger.

2^o *Rétrécissement par hypertrophie.* — L'hypertrophie porte sur la muqueuse ou sur les fibres musculaires.

Si elle est due à un épaissement de la muqueuse, celle-ci présente une induration sous-muqueuse, en forme d'anneau, qui se rétracte sans cesse. Il est probable qu'il s'agit d'un liquide plastique infiltré dans les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux. La surface de la muqueuse est injectée.

Lorsque l'hypertrophie est de nature musculaire, les couches internes de la tunique musculaire sont affectées; elles sont épaissies, indurées, et peuvent subir les transformations fibreuse et cartilagineuse. Elles peuvent même s'infiltrer de sels calcaires.

3^o *Rétrécissement cancéreux.* — Le tissu morbide s'infiltré primitivement dans les parois du conduit, surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien c'est une tumeur du voisinage qui envahit les parois de l'œsophage. Il s'ulcère au bout d'un temps variable.

Marche. Terminaison. Pronostic. — Les rétrécissements de l'œsophage ont une durée longue. Les symptômes du début font des progrès, et il s'en ajoute de nouveaux. C'est ainsi que le rétrécissement cancéreux s'accompagne d'hématémèse, due à l'ulcération du produit morbide. Les aliments s'accumulent au-dessus du rétrécissement, et y produisent une dilatation, d'où ils peuvent revenir sous forme de régurgitation ou de *vomissement œsophagien*. J. Franck a signalé la présence d'un gonflement qui monte le long de la trachée, au moment de la déglutition.

Lorsqu'on abandonne le rétrécissement à lui-même, il amène la mort par inanition, hémorrhagie, rupture de l'œsophage, abcès du médiastin, etc.

Traitement. — Le *traitement palliatif* consiste à dilater le rétrécissement. La *dilatation* se fait au moyen de boules d'ivoire montées sur une tige de baleine, que l'on fait passer dans le rétrécissement. On augmente graduellement le volume de la boule. Trousseau se servait d'une éponge. Ce mode de traitement ne diffère pas de la dilatation à laquelle on a recours pour les rétrécissements de l'urèthre.

Comme *traitement curatif*, on a employé la cautérisation du rétrécissement combinée à la dilatation. On emploie les caustiques solides, qu'on porte sur le point malade au moyen d'instruments spéciaux.

Le vrai moyen curatif est l'*œsophagotomie*. On doit la pratiquer lorsque le rétrécissement siège assez haut, et qu'on n'a aucun espoir de le voir guérir, ce qui est le cas le plus fréquent. Il est préférable de la faire au-dessous du rétrécissement, si c'est possible. On laisse ensuite une sonde dans la plaie pour alimenter le malade.

Lorsqu'elle est pratiquée au-dessus, elle facilite l'emploi des instruments dilatateurs.

L'œsophagotomie, nous le répétons, n'est pas une opération grave.

Lorsque le malade est voué à une mort certaine, on peut pratiquer la *gastrotomie*. Dans cette opération, on ouvre l'estomac du malade, pour y introduire directement les aliments.

Pourquoi ne tente-t-on pas l'emploi de l'iodure de potassium, dans le cas de rétrécissement dont la cause est inconnue? Il est probable que, dans certains cas, on guérirait les malades.

ARTICLE SIXIÈME.

MALADIES DE LA PAROTIDE

La glande parotide et son canal excréteur sont sujets à des lésions assez nombreuses.

On peut observer, dans la parotide, des *lésions traumatiques*, des *lésions inflammatoires*, et des *lésions de nutrition*.

Les lésions traumatiques sont les *plaies* de la glande et du canal de Sténon. Les lésions inflammatoires, déjà décrites au commencement de ce chapitre, sont : les *inflammations* et les *abcès* de la glande et du tissu cellulaire qui l'entoure.

Parmi les lésions de nutrition, nous trouvons les *fistules*, les *calculs*, l'*épidrose*, et les diverses *tumeurs*.

§ 1. — Plaies.

Les plaies de la parotide et du canal de Sténon ne se distinguent de celles des autres régions qu'en ce qu'elles peuvent laisser à leur suite une fistule salivaire. Il faut donc, dans la réunion de ces sortes de plaies, surtout si elles affectent le canal de Sténon, chercher à éviter cette terminaison fâcheuse.

Il n'y a qu'à songer à l'importance des organes vasculaires et nerveux, en rapport avec la parotide, pour comprendre la gravité des plaies de cette glande.

§ 2. — Fistules salivaires.

Les fistules sont des ouvertures accidentelles, pouvant siéger au niveau de la glande ou de son conduit, et laissant écouler la salive.

1^o Les *fistules de la glande* succèdent à des plaies, à des abcès; la dimension de l'ouverture fistuleuse varie. En général, elle est petite et située au centre d'un petit ulcère fongueux. La salive s'écoule en plus grande abondance pendant la mastication.

Leur *traitement*, c'est-à-dire leur oblitération, a été tenté par la *compression* au niveau de la fistule et par des *injections irritantes*. Il vaut mieux avoir recours à la *cautérisation* des bords de la fistule par le fer rouge, ou à l'*avivement* de ces mêmes bords, suivi de la réunion immédiate.

2^o Les *fistules du canal de Sténon* sont déterminées par les mêmes causes que les précédentes; on les reconnaît aux mêmes symptômes. Disons, toutefois, que l'écoulement est ici plus abondant pendant la mastication, et que la salive s'accumule parfois dans le canal de Sténon, où elle forme une tumeur molle, en arrière de la fistule. On les distingue encore de celles de la parotide elle-même, par leur siège et par l'exploration au moyen d'un stylet.

Pour amener leur guérison, on a recours à un grand nombre de moyens.

a. On a voulu atrophier la parotide par la *compression prolongée* de la glande.

b. Morand a conseillé de *dilater le canal de Sténon* avec une petite mèche, dont on augmenterait tous les jours le volume.

c. Plusieurs chirurgiens ont voulu transformer la fistule externe en une fistule interne en *ouvrant une voie nouvelle* à la salive du côté de la cavité buccale.

d. Langenbeck a disséqué le bout postérieur du canal de Sténon, et en a *fixé l'extrémité*, au moyen d'une ligature, sur une ouverture pratiquée du côté de la bouche.

e. Lorsque le canal de Sténon reste perméable dans sa partie antérieure, il vaut mieux tenter l'occlusion de la fistule. Celle-ci peut être obtenue : 1^o par la *suture entortillée* des bords de la plaie; 2^o par leur *cautérisation*; 3^o par la *compression* sur la fistule; 4^o par l'application d'une feuille métallique, or, etc., collée sur la fistule au moyen d'un corps adhérent, poix, etc. (Malgaigne.)

Le grand nombre de ces procédés indique suffisamment la difficulté qu'on éprouve à guérir ces fistules.

§ 3. — Calculs.

Les *calculs salivaires* consistent en concrétions qui se montrent dans l'épaisseur de la glande ou dans le canal de Sténon.

Ils sont rares; ceux de la glande plus encore que ceux du canal.

1^o Les calculs de la glande sont de petit volume, comme de petits grains de sable, situés dans les dernières ramifications du conduit excréteur ou dans les acini de la glande, dont ils finissent par déterminer l'inflammation et la suppuration.

2^o Les calculs du canal sont ordinairement plus volumineux; on en observe de la grosseur d'une noix.

Ils forment une tumeur qui finit par enflammer le tissu cellulaire voisin ; on a vu le calcul sortir du canal qu'il avait détruit, pour se loger dans les tissus environnants. On les reconnaît à leur consistance et à leur siège. Comme ils obstruent le canal, on conçoit que la salive s'accumule en arrière, et qu'elle forme une tumeur salivaire, surtout au moment des repas.

On les enlève en faisant une incision à la joue, *du côté de la bouche*. Il faut avoir soin d'empêcher la cicatrisation complète de la plaie, afin d'obtenir un orifice dans la cavité buccale pour la salive ; car, dans quelques cas, la partie antérieure du canal n'est plus perméable.

§ 4. — Ephidrose.

On donne ce nom à une maladie que nous ne ferons que mentionner, et qui consiste en un suintement d'un liquide transparent, au niveau de la parotide, au moment des repas. On ne voit pas de perforation de la peau. Les uns veulent que ce liquide transsudé soit de la salive ; d'autres affirment qu'il est constitué par le produit des glandes sudoripares.

§ 5. — Tumeurs.

Les tumeurs de la parotide sont assez fréquentes.

a. Eliminons quelques-unes de ces productions qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans cette région.

1° Des kystes sébacés, *loupes*, s'y rencontrent quelquefois ; nous avons décrit des loupes avec les maladies de la tête.

2° Les *kystes séreux* de la glande sont extrêmement rares.

3° L'*hypertrophie générale* de la parotide s'observe dans des cas tout à fait exceptionnels.

4° Il en est de même des *anévrismes* et des *tumeurs érectiles*, qui se reconnaissent facilement et qui ne présentent ici rien de particulier qui n'ait été indiqué aux articles Anévrismes et Tumeurs érectiles.

5° On a observé des *gommes syphilitiques* dans la parotide.

b. Les tumeurs que l'on rencontre ordinairement dans la région parotidienne sont : des *tumeurs graisseuses*, des *adénomes*, des *fibromes*, l'*enchondrome*, l'*hypertrophie ganglionnaire* et des *cancers*.

Anatomie pathologique. — Nous avons dit ailleurs comment sont constituées ces tumeurs. Elles occupent le plus souvent les couches superficielles de la parotide, mais elles peuvent siéger dans les couches moyennes, et même dans les parties profondes.

Ces tumeurs ont pour caractère anatomique d'atrophier le tissu glandulaire qu'elles compriment profondément, pendant qu'elles distendent la peau.

Elles peuvent se combiner, et il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs cartilagineuses mélangées de tissu fibreux et d'éléments glandulaires.

S'il s'agit des tumeurs malignes ou cancéreuses, elles peuvent débiter par les ganglions ou par la glande elle-même. On y a rencontré plus fréquemment la forme squirrheuse.

Les *causes* de ces tumeurs sont complètement inconnues, et nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit pour les tumeurs en général.

Symptômes. — Le *début* est lent, et le plus souvent la tumeur est indolore pendant toute sa durée.

Les *troubles fonctionnels* qu'elle occasionne tiennent à la compression exercée sur les organes du voisinage : difficulté de la mastication, diminution de la sécrétion parotidienne.

Les *symptômes physiques* sont les suivants : la tumeur siège au-dessous du conduit auditif, en arrière de la branche du maxillaire, en avant du sterno-mastoïdien. La peau est normale et mobile sur la tumeur. Si l'on prend la tumeur entre les doigts, on sent qu'elle est très-adhérente aux parties profondes.

Marche. — Ces tumeurs marchent lentement et quelquefois d'une manière intermittente, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne.

Pronostic. — Il dépend de la nature de la tumeur.

Traitement. — On ne peut guérir les malades qui portent ces tumeurs que par l'ablation. Si la tumeur est un peu profonde, il faut se rappeler qu'on est exposé à blesser des organes vasculaires et nerveux d'une grande importance (carotide externe, nerf facial). Il est même bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'enlever la totalité de la glande sans léser un de ces organes. C'est pourquoi, lorsqu'une tumeur maligne a envahi profondément la parotide, on est souvent obligé de renoncer à l'opération. Il faut alors diriger le traitement contre les douleurs, que l'on calmera par les moyens appropriés.

Diagnostic. — Il s'agit de distinguer les unes des autres les tumeurs de la parotide.

En premier lieu, on doit se demander si la tumeur est bénigne ou maligne.

Les *tumeurs malignes* présenteront la plupart des symptômes des tumeurs bénignes. Elles sont, en outre, le siège de douleurs lancinantes. Leur surface bosselée adhère quelquefois à la peau, qui prend une teinte violacée. Elles acquièrent un volume souvent considérable, et leur marche est rapide. Elles finissent par altérer l'état général. Le tissu qui les constitue envahit, comme en les corrodant, les tissus voisins : aussi n'est-il pas rare de voir le nerf facial détruit par le tissu morbide, ce qui donne lieu à une *paralysie faciale*. De même, on observe quelquefois

la destruction du conduit auditif externe ou son aplatissement, d'où *dysécie*.

Nous connaissons déjà les caractères des tumeurs bénignes. Peut-on les distinguer les unes des autres ?

La *tumeur graisseuse* présente les caractères ordinaires des lipomes.

L'*hypertrophie ganglionnaire* est volumineuse, régulièrement bosselée, roulant quelquefois sous le doigt. Si l'hypertrophie a envahi les ganglions parotidiens profonds, il sera difficile d'établir un diagnostic exact.

Quant à distinguer l'*adénome*, le *fibrome* et l'*enchondrome*, c'est ordinairement fort difficile.

L'adénome est moins fréquemment bosselé et moins dur.

Le fibrome, très-consistant, forme souvent une tumeur unique.

L'enchondrome est dur et bosselé, il présente parfois de petits kystes fluctuants à la surface, et, dans quelques cas, des concrétions calcaires qui en augmentent la consistance. L'enchondrome de la parotide est toujours bénin.

Si l'on considère que ces trois dernières espèces de tumeurs bénignes peuvent se compliquer, on voit que la difficulté du diagnostic augmente. Il faut avouer, du reste, qu'une grande précision est inutile pour le praticien, puisque l'extirpation est toujours indiquée.

QUATRIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DU THORAX

Nous étudierons successivement les lésions traumatiques et les lésions inflammatoires du thorax.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU THORAX

Ce sont : la *contusion*, les *plaies*, les *fractures* et les *luxations*.

I. — CONTUSION DU THORAX.

Par contusion du thorax, on entend toute lésion de cette région déterminée par une violence extérieure, sans fracture ou plaie de la paroi thoracique.

La contusion du thorax peut présenter des degrés fort variables. Lorsqu'elle est *légère*, on n'observe aucun phénomène particulier ; mais, si elle est *violente*, les viscères thoraciques, le poumon principalement, peuvent être lésés. C'est ce dernier accident qui donne à cette lésion un caractère particulier.

Les *lésions pulmonaires*, suite de contusion, consistent soit en simples ruptures vasculaires à l'intérieur des lobules pulmonaires, se traduisant par l'hémoptysie, soit en déchirures superficielles ou centrales du poumon lui-même.

Les déchirures se produisent plus facilement pendant l'effort ; car, à ce moment, le poumon est comprimé de dedans en dehors par l'air inspiré ; il présente moins de souplesse ; il est, par conséquent, plus exposé à se rompre. Cette lésion est plus fréquente chez les jeunes sujets, dont les cartilages costaux n'ont encore rien perdu de leur élasticité. On sait que ces cartilages s'ossifient chez l'adulte et chez le vieillard.

On prévoit tous les accidents qui peuvent succéder aux déchirures du