

du nerf facial. La peau et le tissu cellulaire seront seuls incisés avec le bistouri ; l'aponévrose sera déchirée avec la sonde cannelée. Plus tard, des contre-ouvertures et du drainage seront pratiqués, s'il est nécessaire ; et l'on aura recours à des injections antiseptiques.

5° NÉOPLASMES OU TUMEURS.

Les tumeurs de la région parotidienne peuvent être divisées en deux grandes classes : les unes, en effet, sont développées en dehors de la glande ; les autres se développent dans l'intérieur même de la parotide, aux dépens de cette glande.

A. — TUMEURS DÉVELOPPÉES EN DEHORS DE LA PAROTIDE.

On trouve dans la région parotidienne des kystes sébacés, des kystes séreux simples, des lipomes et des tumeurs ganglionnaires ou adénopathies.

a. Kystes sébacés. — Les kystes sébacés se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils diffèrent des tumeurs de la parotide en ce qu'ils n'occupent pas la loge parotidienne elle-même.

b. Kystes séreux simples. — M. Duplay en rapporte deux exemples appartenant, l'un au D^r Henri (de Lisieux), l'autre au professeur Gosselin. Dans les deux cas, la ponction donna issue à une sérosité limpide, transparente, analogue à celle de l'hydrocèle. La limitation exacte de ces tumeurs, le siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur mobilité, leur fluctuation, leur transparence, sont autant de caractères qui permettent de les distinguer des autres tumeurs de la région.

c. Lipomes. — Le lipome de la région parotidienne peut se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il peut aussi siéger dans l'intérieur même de la loge parotidienne. Le lipome sous-cutané se reconnaît aux caractères habituels de ce genre de tumeurs. De plus, il n'occupe pas la loge parotidienne elle-même. Le diagnostic présentera de plus grandes difficultés dans les cas de lipomes développés à l'intérieur même de cette loge. Demarquay a rapporté le cas d'un lipome en apparence sous-cutané qui siégeait en réalité au-dessous de la parotide saine, ainsi que le montra l'opération. La tumeur du volume d'un œuf de poule envoyait un prolongement sous

la branche montante du maxillaire inférieur. Hamilton a publié une observation de lipome intra-parotidien. La tumeur remplissait complètement la région parotidienne, depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire. Elle était élastique, unie, sans bosselures. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un lipome situé immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne tendue et amincie.

d. Adénopathies. — Pendant longtemps les chirurgiens, avec Bérard, Velpeau, Cruveilhier, ont beaucoup exagéré l'importance du rôle attribué aux ganglions lymphatiques dans le développement des tumeurs de la région parotidienne. On admettait que bon nombre de ces tumeurs prenaient en réalité naissance dans les ganglions lymphatiques et non dans le tissu glandulaire lui-même. Mais s'il y avait là une exagération évidente, il n'en est pas moins vrai que les ganglions lymphatiques de la région peuvent être le siège de néoplasies dont il faut tenir compte au point de vue du diagnostic différentiel.

Triquet a rapporté le cas intéressant d'une adénite tuberculeuse de la région parotidienne, enlevée par Denonvilliers sur un homme de quarante-deux ans. M. Duplay cite les observations de deux lymphadénomes des ganglions parotidiens rencontrés par lui à l'hôpital Saint-Antoine, chez des femmes de trente et quarante ans.

B. — TUMEURS DE LA PAROTIDE PROPREMENT DITES.

A l'exemple des auteurs du *Compendium de chirurgie*, nous diviserons les tumeurs de la parotide en tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Dans les tumeurs bénignes, nous ferons rentrer l'adénome et le chondrome, et les kystes salivaires. Aux tumeurs malignes se rapportent le sarcome, l'épithélioma et le carcinome. Nous n'ignorons pas tout ce que cette division a d'artificiel. Il est en effet, en clinique, bien des types intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes ; de plus, une tumeur parotidienne qui a évolué pendant longtemps avec toutes les apparences de la bénignité peut, à un moment donné, prendre la marche d'une tumeur maligne. Il est encore une circonstance qui rend fort difficile la description théorique de ces tumeurs ; c'est que, très souvent, il s'agit de tumeurs mixtes. C'est là ce qui ressort de la thèse de M. Planteau (1876), et de celle plus récente de M. Pérochaud (1885), sur les

tumeurs mixtes des glandes salivaires. On décrit en pathologie des adénomes, des chondromes, des sarcomes, des épithéliomas, des myxomes de la parotide; et en clinique, on se trouve fréquemment en présence de tumeurs qui renferment dans leur intérieur plusieurs de ces éléments anatomiques à la fois, et qui, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre, affectent un caractère de bénignité ou de malignité. Ces remarques étaient indispensables pour donner une juste idée de la nature des tumeurs de la parotide. Nous conserverons néanmoins l'ancienne division en tumeurs bénignes et tumeurs malignes, qui nous semble la plus utile au point de vue de la symptomatologie et des déductions thérapeutiques.

1° TUMEURS BÉNIGNES

a. — KYSTES SALIVAIRES.

Déjà nous avons signalé les phénomènes aigus produits par la rétention brusque de la salive dans la glande parotide : douleur, tuméfaction de la région parotidienne, rougeur et quelquefois même transsudation de la salive à travers la surface cutanée. Ces différents phénomènes peuvent succéder à l'oblitération mécanique du conduit de Sténon par un traumatisme, un calcul ou un corps étranger. En 1880, M. Terrier a signalé à la Société de chirurgie une nouvelle cause de ces phénomènes, c'est la présence d'un aphthe, au niveau de l'orifice buccal du canal de Sténon, produisant la rétention de la salive. Si cette rétention, au lieu de se faire brusquement dans toute l'étendue de la glande, se produit d'une manière lente et sur un lobe isolé, il en résulte la production d'une poche ou kyste salivaire. M. Duplay reproduit la figure d'un volumineux kyste salivaire observé par Després pendant son internat dans le service de Nélaton. Bouchard a vu une jeune fille chez laquelle un de ces kystes s'était développé lentement et sans douleur, dans la région parotidienne droite. Une ponction avec un trocart capillaire donna issue à un liquide un peu jaunâtre et légèrement visqueux. Mais la malade ayant mangé quelques heures après, la tumeur reprit son volume.

M. Martinet a communiqué, en 1879, à la Société de chirurgie, un cas de tumeur salivaire qui s'était développée consécutivement à l'extirpation d'un petit adénome parotidien. Après la cicatrisation, il se forma, au point précédemment occupé par la tumeur, une petite poche liquide. La ponction donna issue à de la salive; les injections faites dans la poche sortaient par le canal de Sténon. Elles suffirent à amener la guérison. M. Verneuil, dans son rapport sur cette observation, admet qu'il y a eu, consécutivement à l'ablation de la tumeur, formation d'une cavité dans laquelle la salive arrivait du canal de Sténon par reflux. Il pense que, dans des cas de cette nature, il faut faire une part, à côté de l'obstacle mécanique, à l'écoulement de la salive, au spasme du conduit de Sténon.

Le traitement des kystes salivaires consiste à ouvrir le kyste par la bouche et à établir, de ce côté, un trajet fistuleux qui se ferme lorsque la poche est revenue sur elle-même après suppuration.

b. — ADÉNOMES ET ADÉNO-CHONDROMES.

Sous le titre de tumeurs hypertrophiques de la parotide, Bauchet a décrit autrefois des néoplasmes dont la structure histologique est des plus variées. En réalité, la dénomination d'adénome ne doit s'appliquer qu'à des tumeurs dont la structure est la même que celle du tissu glandulaire normal. Ainsi compris, l'adénome parotidien est rare. Ce qu'on trouve beaucoup plus fréquemment, c'est l'association du tissu adénoïde avec le tissu cartilagineux constituant l'adéno-chondrome. On peut, du reste, rencontrer dans la parotide des tumeurs entièrement formées de cartilage, *chondromes purs*; et d'autres dans lesquelles le tissu cartilagineux se joint à du tissu fibreux, du tissu adénoïde et du tissu muqueux; ce sont les *chondromes mixtes*.

Déjà A. Bérard, dans sa thèse de concours sur les tumeurs de la parotide, en 1841, mentionne la présence du tissu cartilagineux dans quelques-unes de ces tumeurs. En 1855, Paget fit connaître la structure des chondromes de la parotide et eut le mérite d'insister sur ce fait que ce sont très souvent des tumeurs mixtes. En 1856, Cruveilhier donna la description d'une variété de ces tumeurs, les chondromes péri-auriculaires. Plus tard, en 1858, Dolbeau a tracé, dans la *Gazette hebdomadaire*, une histoire clinique des tumeurs carti-

lagineuses de la parotide, basée sur 17 observations. Les travaux de Virchow, Robin, Cornil et Ranvier ont contribué à éclairer le mode de développement et la structure de ces tumeurs. Nous emprunterons à ces derniers auteurs la description anatomique de ces néoplasmes.

Anatomie pathologique. — Les chondromes purs de la parotide, disent MM. Cornil et Ranvier, constituent des tumeurs se rapprochant de la forme hémisphérique, lisses ou lobulées, bosselées à leur surface, séparées des parties voisines par une enveloppe fibreuse. Sur une section de ces tumeurs, on reconnaît les caractères du cartilage hyalin, soit dans toute la masse, soit dans des lobules séparés les uns des autres par du tissu fibreux.

Mais le chondrome pur est rare ; souvent, au contraire, le tissu cartilagineux a subi diverses modifications ; on y rencontre, en quantité variable, du tissu fibreux, du tissu muqueux, des kystes remplis d'un liquide muqueux ou sanguinolent. Les acini glandulaires sont aussi le siège d'altérations diverses ; quelquefois atrophiés, ils présentent, dans d'autres cas, une hypertrophie et constituent des bourgeons épithéliaux pleins et végétants. Par là, on comprend l'association constatée quelquefois dans ces tumeurs du tissu épithélial au tissu cartilagineux. Suivant la nature des tissus qui sont mélangés au cartilage et suivant la prédominance de tel ou tel tissu, les chondromes reçoivent diverses dénominations. On a ainsi les chondromes myxomateux, si c'est le tissu muqueux qui prédomine, et les chondromes sarcomateux, lorsque la tumeur renferme dans son intérieur une grande quantité de tissu embryonnaire.

Quant au point de départ de ces tumeurs, Cruveilhier, Velpeau, les avaient fait dériver des ganglions lymphatiques de la région, et Dolbeau admet encore cette origine pour certains cas particuliers. Mais il pense que, dans la plupart des faits, au contraire, c'est la glande elle-même, et spécialement les cloisons fibreuses qui séparent ses divers lobules, qui leur donnent naissance. Les travaux ultérieurs de Virchow, ceux de Cornil et Ranvier, ont confirmé cette manière de voir. Le chondrome des glandes salivaires, disent ces derniers auteurs, se développe d'habitude aux dépens du tissu conjonctif qui sépare les acini.

Étiologie. — Les chondromes de la parotide se montrent de préférence chez les jeunes gens et dans l'âge moyen de la vie. Ils paraissent un peu plus fréquents dans le sexe féminin. Les traumatismes,

les inflammations de la région parotidienne ont paru quelquefois prédisposer à leur développement.

Symptômes. — Les chondromes parotidiens débutent sous la forme de petites tumeurs dures, mobiles sur la peau et sur les parties profondes, que les malades comparent à de petits pois ou de petites noisettes. Elles ont des sièges d'élection importants à connaître. On les observe : 1° au devant de l'apophyse mastoïde, sous le lobule de l'oreille, descendant parfois plus ou moins sur l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien, au point de paraître étrangers à la glande parotide. C'est cette variété qu'a décrite Cruveilhier sous le nom de *corps cartilagineux sous-auriculaires*. On les rencontre encore : 2° au niveau et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure ; 3° au niveau de la racine de l'arcade zygomatique, au-devant du conduit auditif, et s'étendant plus ou moins loin sur le bord antérieur du masséter.

Le développement de ces tumeurs est extrêmement lent ; elles constituent de petites saillies dures, tantôt formées d'un seul lobe, tantôt multilobées, indolentes, mobiles sur la peau et sur les parties profondes. On peut même, en les déplaçant, produire par leur choc sur la face externe de la branche montante un bruit particulier de frottement, sur lequel a insisté Nélaton comme signe de l'enchondrome parotidien. Quelquefois ces tumeurs présentent de la transparence à leur périphérie. Lorsque la tumeur est mixte, sa consistance diffère sur ses différents lobes ; elle peut être plus ou moins molle, quand il y a dans son intérieur du tissu fibreux ou myxomateux, ou même tout à fait fluctuante, quand il s'agit de kystes.

Après avoir pendant longtemps présenté une augmentation de volume presque insensible, sans causer de douleurs, constituant plutôt une difformité qu'une maladie, ces tumeurs prennent tout à coup un développement considérable. Elles distendent la peau au point d'amener son ulcération, compriment le nerf facial et déterminent sa paralysie, elles peuvent même comprimer le conduit auditif et causer des troubles de l'audition.

Pronostic. — Ce que nous venons de dire de la lenteur de la marche de ces tumeurs montre que leur pronostic est bénin ; ce n'est que dans leur seconde période, où le développement devient très rapide, qu'elles déterminent des troubles assez graves pour nécessiter leur extirpation. La récurrence est exceptionnelle. Cependant il faut

tenir compte de la dégénérescence possible de ces néoplasmes en tumeurs malignes, expliquée par la présence de tissus sarcomateux ou myxomateux dans un grand nombre de chondromes mixtes.

Traitement. — Cette dernière remarque doit être prise en considération au point de vue du traitement. Aussi, au lieu de conseiller l'abstention ou tout au moins l'extirpation incomplète de ces tumeurs, comme Dolbeau, pensons-nous qu'il est préférable de les enlever dès leur première période. On fait ainsi une opération beaucoup plus simple, et l'on met le malade à l'abri de toute dégénérescence de la tumeur.

2^o TUMEURS MALIGNES.

Sous le nom de tumeurs malignes de la parotide, nous décrirons le sarcome, l'épithélioma et le carcinome.

a. — SARCOMES.

Pendant longtemps les sarcomes de la parotide ont été confondus avec les autres variétés de tumeurs malignes sous le nom de cancer. Les progrès de l'histologie moderne ne permettent plus de maintenir cette confusion. Il est à remarquer toutefois que, vu la dégénérescence possible des chondromes mixtes sur laquelle nous avons déjà insisté à plusieurs reprises, on peut trouver tous les intermédiaires entre les tumeurs dites bénignes et les tumeurs malignes. Le sarcome constitue donc une classe intermédiaire entre les tumeurs franchement bénignes, comme le chondrome pur, et les tumeurs qui, comme le carcinome, présentent le plus haut degré de malignité.

Anatomie pathologique. — Suivant la remarque de M. Duplay, la plupart des tumeurs décrites dans la parotide sous le nom de tumeurs adénoïdes sont en réalité des sarcomes. On peut observer dans cette glande les différentes formes du tissu sarcomateux, sarcome encéphaloïde, fasciculé, cystosarcome. Le sarcome encéphaloïde constitué par des éléments embryonnaires peut donner naissance à des tumeurs d'un gros volume. Le sarcome fasciculé, au contraire, forme des tumeurs qui restent petites et d'une consistance ferme, se rapprochant de celle de l'adénome et du chondrome. Enfin le sarcome s'accompagne parfois de la dilatation irrégulière des cavités

glandulaires de la parotide, sous forme de cystosarcome. En effet, tandis que le tissu conjonctif intra-acineux donne naissance au tissu sarcomateux, l'épithélium de la glande, de son côté, prolifère et détermine la formation de bourgeons épithéliaux au centre desquels on rencontre des dilatations kystiques. Il y a donc un développement simultané de l'élément conjonctif et de l'élément épithélial dans l'intérieur de ces tumeurs. Ce n'est pas tout encore, et la structure de ces néoplasmes est souvent beaucoup plus complexe. On y trouve encore, soit des îlots de tissu muqueux, soit des nodules de cartilage. Le myxome pur de la parotide est excessivement rare; mais nous avons déjà noté qu'on trouve souvent le tissu myxomateux associé au chondrome; souvent aussi il existe en proportion plus ou moins considérable dans l'intérieur des sarcomes. On trouve aussi dans les sarcomes des noyaux cartilagineux. On comprend par là que, suivant la proportion de tel ou tel élément, la tumeur changera de caractères. On aura ainsi des sarcomes mixtes, chondromateux ou myxomateux, ou des chondromes mélangés de sarcomes. Nous ne saurions trop revenir sur ce caractère de complexité des tumeurs de la parotide; car c'est lui qui nous explique la marche irrégulière de ces tumeurs qui, après avoir pendant longtemps revêtu les allures d'une tumeur bénigne, peuvent prendre à un moment donné tous les caractères des tumeurs malignes, suivant la prédominance de tel ou tel élément.

Étiologie. — Le sarcome de la parotide se montre le plus souvent chez les sujets jeunes ou chez les adultes. Il paraît plus fréquent dans le sexe féminin. Les causes occasionnelles, traumatismes, inflammations antérieures, paraissent de nature à favoriser son développement, comme elles occasionnent quelquefois celui du chondrome.

Symptômes. — Suivant que le point de départ du néoplasme est profond ou superficiel, il se montre sous la forme d'une tuméfaction irrégulière, ou, au contraire, d'une tumeur bien circonscrite. Pendant longtemps les progrès de cette tumeur sont fort lents. Quelquefois cependant elle a une marche saccadée; c'est ainsi que chez les femmes, on constate une augmentation de volume, de véritables poussées de la tumeur, soit au moment des règles, soit pendant la grossesse. Puis, après avoir eu, pendant de longues années, une marche silencieuse, la tumeur, soit à l'occasion d'un traumatisme,

soit sans cause appréciable, prend tout d'un coup un très grand volume. La peau est sillonnée à son niveau de grosses veines dilatées; elle est tendue, amincie, quelquefois même d'une coloration rosée. La tumeur présente des bosselures multiples, de consistance inégale, suivant que le tissu qui les constitue est formé par du sarcome, ou du myxome, ou que même il contient des kystes dans son intérieur.

Le sterno-mastoïdien est rejeté en dehors; les nerfs auriculo-temporal et cervicaux superficiels sont comprimés; il en résulte des irradiations douloureuses; quelquefois on constate une compression du nerf facial et sa paralysie. La déformation et la compression du conduit auditif externe donnent naissance à la surdité. Tantôt la tumeur reste mobile, tantôt elle est profondément enclavée dans l'excavation parotidienne, et ne présente que très peu de mobilité. Enfin la peau distendue finit par s'ulcérer et livrer passage à des bourgeons fongueux.

Pronostic. — Bien que grave, le pronostic du sarcome parotidien l'est beaucoup moins que celui du cancer. Pendant longtemps la santé générale reste bonne; les ganglions sont intacts. La généralisation du mal est exceptionnelle. Mais ce qu'on observe le plus souvent, c'est la repullulation sur place. On a vu la tumeur récidiver quatre et cinq fois, et, même dans ces cas, on a pu observer la guérison.

Traitement. — Le seul traitement utile, c'est l'extirpation que ne contre-indiquent, ni le volume de la tumeur, ni la présence de vaisseaux et de nerfs importants dans la région. Le plus souvent il sera possible de les ménager.

b. — ÉPITHÉLIOMA ET CARCINOME (CANCER DE LA PAROTIDE).

Le cancer de la parotide est une affection rare. Telle est l'opinion de M. Duplay, telle est celle de MM. Cornil et Ranvier. C'est aussi la conclusion qui résulte de la thèse récente de M. Michaux sur le carcinome de la parotide (1885).

Anatomie pathologique. — Malgré cette rareté, on rencontre cependant dans la parotide les diverses variétés de cancer. Il existe dans la science plusieurs faits d'épithélioma tubulé de la parotide, observés par MM. Robin, Verneuil, Billroth, Rindfleisch, etc. Ce sont en général des tumeurs diffuses, non isolées du reste de la glande

par une enveloppe fibreuse, grisâtres, peu vasculaires, friables. On a vu aussi des cas d'épithéliome pavimenteux. Le carcinome s'y montre avec ses deux formes, dure et molle, répondant aux dénominations anciennes de squirrhe et d'encéphaloïde. De bonne heure ces tumeurs englobent dans leur intérieur les tissus voisins, muscle sterno-mastoïdien, vaisseaux et nerfs, et même les os de la région. Leur examen histologique montre le stroma et les cellules caractéristiques du carcinome.

Étiologie. — Le cancer de la parotide est une affection de l'âge moyen de la vie et de la vieillesse. Tandis que l'encéphaloïde s'observe surtout de trente-cinq à cinquante ans, le squirrhe, d'après M. Michaux, est plutôt une maladie des vieillards. C'est presque toujours dans le sexe masculin qu'a été observée cette redoutable affection.

Symptômes. — Le cancer de la parotide débute sous la forme d'une petite tumeur qui, d'abord mobile, ne tarde pas à devenir bientôt complètement fixe. En même temps elle subit une augmentation rapide de volume, et prend des caractères différents suivant qu'il s'agit de squirrhe ou d'encéphaloïde. Dans le squirrhe, la tumeur est extrêmement dure; elle adhère intimement aux tissus voisins qu'elle attire à elle et qu'elle rétracte. Par analogie avec ce qu'on observe dans la région mammaire, M. Michaux décrit dans la parotide le squirrhe atrophique et le squirrhe en plaques ou diffus.

La tumeur est extrêmement dure, bosselée, irrégulière, intimement adhérente à la peau qu'elle plisse et qu'elle déprime, adhérente au pavillon de l'oreille qu'elle recroqueville, au muscle sterno-mastoïdien et au maxillaire inférieur. Le carcinome encéphaloïde, au contraire, forme une tumeur molle, d'un gros volume, qui remplit toute la loge parotidienne, distend l'aponévrose, puis la perfore, et vient faire saillie sous la peau, au niveau d'une des bosselures de la tumeur. Celle-ci s'amincit peu à peu, devient violacée, et enfin s'ulcère. Des bourgeons charnus, mûllasses, fongueux, font saillie à travers cette ulcération; bientôt même se montrent des hémorragies fréquentes qui conduisent le malade à la cachexie cancéreuse.

De bonne heure, les ganglions lymphatiques sont engorgés et forment dans l'encéphaloïde des tumeurs considérables. Moore a noté dans un cas la présence sous la peau de cordons durs, formés par des lymphatiques dégénérés, reliant la tumeur aux ganglions du cou.

Dans un cas de squirrhe, M. Michaux a constaté la même lésion.

A ces signes locaux répondent des troubles fonctionnels très accusés. La diffusion et l'envahissement des parties voisines étant les caractères principaux de ces tumeurs, il n'est pas étonnant de les voir déterminer de très bonne heure des troubles des organes nombreux contenus dans la région. De ces troubles fonctionnels, l'un des premiers et des plus importants est la paralysie faciale. Cette paralysie se montre surtout très rapidement dans le squirrhe, à cause de sa tendance marquée à rétracter et à englober dans son tissu tous les organes voisins. L'encéphaloïde produit moins rapidement la paralysie faciale; quelquefois même la paralysie étant due à la compression plutôt qu'à l'envahissement du nerf, reste incomplète. A la paralysie faciale il faut joindre les violentes douleurs causées par la compression des nerfs nombreux de sensibilité que renferme la région parotidienne. Enfin, déjà nous avons mentionné les troubles de l'audition; il faut y joindre la gêne des mouvements de la mastication et des mouvements du cou, due à l'envahissement des muscles qui sont préposés à ces mouvements.

La marche est rapide, toutefois elle l'est moins dans le squirrhe et dans l'épithéliome que dans le cancer encéphaloïde.

Diagnostic. — C'est surtout avec le sarcome et avec les tumeurs bénignes de la parotide, adénomes et adéno-chondromes, que doit être fait le diagnostic. Ces dernières tumeurs ont pour caractères de conserver toujours une très grande mobilité, sur la peau et sur les parties profondes. Elles ne déterminent pas de douleurs, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de troubles de la santé générale. Elles ne causent pas non plus de paralysie faciale.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile avec les sarcomes qui, comme les carcinomes, peuvent prendre une marche rapide, affecter un très gros volume, et déterminer l'ulcération de la peau, des douleurs, de la paralysie faciale. Toutefois il faut noter qu'avant de présenter un développement très rapide, ces dernières tumeurs ont eu pendant longtemps une marche lente; elles conservent toujours un certain degré de mobilité, parfois même une mobilité très marquée. Le carcinome, au contraire, se développe d'emblée très rapidement; il adhère intimement à la peau et aux parties profondes; il refoule en haut le conduit auditif et le pavillon de l'oreille; il s'accompagne de douleurs violentes, d'hémiplégie faciale, d'engorgement ganglion-

naire et de troubles de la santé générale qu'on ne retrouve pas, ou du moins pas au même degré, dans le sarcome. Quoi qu'il en soit, il est bien évident qu'il y aura des cas dans lesquels ce diagnostic entre le sarcome et le carcinome présentera en clinique les plus sérieuses difficultés. Quant au diagnostic entre les deux formes de cancer squirrheux et encéphaloïde, il résulte des symptômes que nous avons précédemment énumérés; nous n'y reviendrons pas ici.

Pronostic et traitement. — Le pronostic est d'une gravité absolue, et il s'aggrave encore ici de l'impuissance du chirurgien. Si, en effet, dans le sarcome où la tumeur est mobile, on peut intervenir, avec l'espoir d'enlever complètement le mal; dans le cancer, l'adhérence intime du néoplasme avec les parties voisines ne permettrait de faire qu'une extirpation incomplète, même au prix des plus graves désordres. Le mieux en pareil cas est donc de s'abstenir et de se borner à un traitement palliatif destiné à soulager les douleurs du malade.

TABLE DES MATIÈRES

MALADIES DES RÉGIONS.

TÊTE ET RACHIS.

CHAPITRE PREMIER. — Maladies du crâne.	1
Article I ^{er} . — Lésions traumatiques du crâne.	1
A. Lésions traumatiques des parties molles.	2
B. Lésions traumatiques des os du crâne.	6
1 ^o Plaies des os du crâne.	6
2 ^o Fractures du crâne.	7
C. Lésions traumatiques de l'encéphale.	17
1 ^o Plaies de l'encéphale.	17
2 ^o Contusion de l'encéphale.	18
D. Accidents et complications communes aux lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.	25
E. Traitement des lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.	31
Article II. — Maladies inflammatoires de la région crânienne.	39
I. Inflammation des parties molles ou téguments du crâne.	39
II. Lésions inflammatoires des os du crâne (ostéo-périostite, carie, nécrose).	41
Article III. — Tumeurs du crâne.	46
I. Tumeurs des parties molles extérieures au crâne.	46
a. Pneumatocèle.	48
b. Céphalématome.	52
II. Tumeurs des os du crâne.	58
1 ^o Exostoses et hyperostoses.	58
2 ^o Cancer des os du crâne.	60
III. Tumeurs venant de l'intérieur de la cavité crânienne.	62
A. Fongus de la dure-mère.	63
B. Tumeurs en communication avec la circulation crânienne.	65
Article IV. — Vices de conformation du crâne.	70
1 ^o Vices de conformation congénitaux.	70
Encéphalocèle ou spina-bifida crânien.	70
2 ^o Vices de conformation acquis.	78