

Lorsqu'une tumeur a **envahi la totalité de la glande**, on voit apparaître la forme caractéristique de tuméfaction, que nous avons décrite à propos de la parotidite. La tumeur s'étend de l'arcade zygomatique sur le masséter et l'angle de la mâchoire, et, en arrière, jusqu'à l'apophyse mastoïde; de forme semi-lunaire, elle entoure et soulève même la partie inférieure de l'oreille. En même temps le néoplasme s'étend du côté du conduit auditif, qu'il peut comprimer notablement; la propagation dans la direction du pharynx sera reconnue à l'aide du doigt introduit profondément dans la cavité buccale. La mastication ne s'accomplit qu'avec difficulté, de même que la parole et la déglutition. On ne tarde pas à observer les phénomènes résultant de la compression des nerfs, surtout du facial et des branches du trijumeau comprises dans le néoplasme. Lorsque la tumeur a un développement aussi régulier, et que, surtout, elle apparaît à la fois sur la face et dans le pharynx, le diagnostic ne saurait être douteux; mais le développement ne se fait pas toujours régulièrement dans toutes les directions et, dans ces cas, on peut se croire en présence d'une tumeur développée en dehors de la parotide. Les ganglions lymphatiques situés dans l'intérieur de la glande peuvent être le point de départ de lymphosarcomes volumineux; dernièrement j'ai observé et opéré une tumeur de ce genre.

Il s'agissait d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, adhérente à la peau, intéressant la région parotidienne depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire et s'étendant en arrière de ce dernier au-dessous de l'oreille qui était soulevée. La tumeur avait produit une paralysie du facial et causait de vives douleurs dans la région de l'oreille. Le fait seul de **l'absence d'extension du néoplasme du côté de l'apophyse mastoïde et du pharynx** permettait de douter de l'existence d'une tumeur de la parotide. L'extirpation démontra qu'il s'agissait d'un **lymphosarcome à la face postérieure duquel se trouvait la parotide atrophiée**.

Les **lipomes** situés au-dessous de l'aponévrose, peuvent être aussi une cause d'erreur, comme le prouve le cas publié par HAMILTON dernièrement. De même, des tumeurs ayant pour point de départ l'articulation temporo-maxillaire ou le pharynx, peuvent se développer dans la loge parotidienne et induire en erreur le chirurgien. De même encore, j'ai vu des tumeurs nées de la région sus-hyoïdienne se développer du côté de la parotide, et occuper entièrement la région de cette glande. Ce fait mérite d'autant plus d'être rappelé que les grosses tumeurs de la parotide se développent volontiers de haut en bas dans la région latérale du cou, vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien. **Plus une tumeur ressemble en tous points à la parotide augmentée de volume, et plus on sera autorisé à considérer cette dernière comme le point de départ du néoplasme.**

Les tumeurs qui se développent après la trentième année, sont des car-

cinomes ou du moins des formes mixtes, d'autant plus suspectes que leur croissance est plus rapide. C'est à la tension causée dans la glande par cet accroissement rapide, qu'il faut attribuer ces vives douleurs dont on a voulu faire un symptôme caractéristique du carcinome. Naturellement toute autre tumeur, dans les mêmes conditions de croissance rapide, pourrait causer également de pareilles douleurs névralgiques.

Une tumeur inégale, bosselée, survenant chez une personne âgée, s'étendant rapidement à toute la glande, sera donc le plus souvent un **carcinome**. Il n'y aura plus de doute si l'on constate une tuméfaction ganglionnaire dans la région du cou, et si la peau est adhérente à la tumeur ou ulcérée.

On observe aussi, chez les individus âgés, des carcinomes à surface bosselée n'intéressant qu'une petite partie de la parotide, s'accroissant lentement et ne produisant que tardivement une compression du facial. Ce fait est d'une grande importance, car l'on peut alors pratiquer une opération partielle, consistant à extirper la tumeur seulement, tout en laissant intact le nerf facial.

Les autres tumeurs appartiennent pour la plupart aux formes complexes que nous avons décrites. Mais surtout il importe de se rappeler que, dans la région parotidienne plus que partout ailleurs, on a l'occasion de voir des tumeurs bénignes à croissance très lente revêtir tout à coup une forme cliniquement maligne et menacer la vie du malade.

§ 176. — Ainsi donc une tumeur de la parotide, isolée au début des autres parties de la glande, ne reste pas toujours circonscrite, mais a une tendance à s'étendre au bout d'un certain temps. D'autre part, une tumeur circonscrite, qui augmente continuellement de volume, finit par avoir, au point de vue opératoire, presque tous les inconvénients d'une tumeur diffuse. C'est pourquoi il importe d'opérer le plus tôt possible les tumeurs circonscrites que nous avons comprises dans la dénomination générique de sarcomes de la parotide. Pour les kystes nous avons déjà dit qu'il fallait d'abord essayer l'injection iodée; si celle-ci ne donne aucun résultat, on devra extirper le kyste aussi bien que toute autre tumeur. — Il n'est guère possible de donner des règles particulières pour l'opération de ces tumeurs; on aura soin avant tout d'épargner les parties importantes situées dans la glande, surtout le nerf facial, dont les branches devront être, autant que possible, disséquées et protégées au moyen d'un écarteur.

Si nous faisons abstraction de ces tumeurs qui peuvent être enlevées sans danger de récurrence, nous devons prendre en considération notre manière de voir actuelle sur les chances d'une récurrence locale, et nous devons, par conséquent, traiter la parotide de la même manière que la glande mammaire. Certainement la plupart des chirurgiens seront d'avis que l'extirpation aussi complète que possible de la glande fournit les meilleures garanties contre une récurrence; ainsi donc nous devons tenter

l'extirpation complète de la parotide si nous voulons accorder au malade le bénéfice d'un pronostic aussi favorable que possible. Nous ne devons pas reculer devant les risques d'une paralysie du facial, ayant pour conséquence une paralysie de la joue et des lèvres et devenant parfois une *source de dangers pour l'œil correspondant*. Nous savons, en effet, qu'une kératite peut être la conséquence de l'exposition à l'air du globe oculaire, qui n'est plus protégé, la paupière inférieure pendant n'étant pas en état de lui fournir une protection suffisante. Nous ne devons pas non plus nous laisser intimider par la situation anatomique de la tumeur, ni par le danger de blesser un grand nombre de vaisseaux ; car nous savons que l'on peut extirper une parotide malade ; tout chirurgien qui a vu ou exécuté une seule fois une pareille opération, est obligé d'en admettre la possibilité. D'ailleurs la statistique, bien qu'elle ne s'appuie pas sur un très grand nombre de faits, nous montre que le chiffre de la mortalité n'est pas élevé à la suite de l'extirpation totale. Il est vrai qu'un certain nombre d'opérés succombent à la pyémie et à l'érysipèle, mais, à l'avenir, l'application à cette opération des principes de la méthode antiseptique, réduira sans doute à un minimum le nombre des cas de maladies accidentelles des plaies. Enfin l'objection principale que l'on pourrait tirer du danger de l'hémorragie, tombe par le fait que l'on n'a observé jusqu'ici aucun cas de mort attribuable à cette cause.

J'ai déjà indiqué plus haut jusqu'à quel point on pouvait être autorisé, même dans le carcinome, à faire une extirpation partielle de la glande. J'ai dit qu'une telle opération était indiquée dans les cas où un carcinome dur, à surface bosselée, s'était développé lentement chez un individu âgé, en dehors du domaine du facial. L'avantage que l'on obtient en épargnant les nerfs de la face et la partie correspondante de la glande est tellement considérable que l'on peut bien, jusqu'à un certain point, courir les chances d'une récurrence, surtout si l'on prend en considération l'âge de l'opéré. Lorsque, au contraire, la tumeur occupe seulement la partie de la glande qui enveloppe le facial, et qu'on ne peut épargner ce dernier, nous conseillons de faire toujours l'extirpation totale.

Il importe maintenant de tracer les limites dans lesquelles l'opération est encore indiquée. A ce point de vue, il faut surtout prendre en considération l'extension du néoplasme du côté du pharynx. Si la tumeur a déjà envahi la muqueuse pharyngienne, non seulement la perforation de cette dernière est inévitable, mais encore on doit craindre que le carcinome n'ait atteint également la carotide interne et la jugulaire ; l'opération à peu près terminée, on se verrait obligé de laisser des parties malades, et cependant l'extirpation ne doit être entreprise qu'à la condition d'être complète. Les indications sont moins limitées relativement à l'extension de la tumeur en dehors. On a pu enlever, par exemple, des portions du sterno-mastoidien. Cependant l'opération n'est plus guère possible lorsque le carcinome a envahi le maxillaire ou l'articulation de

la mâchoire. De même elle est contre-indiquée dans les cas d'engorgement ganglionnaire étendu.

§ 177. — La glande occupe une dépression située entre la branche montante du maxillaire inférieur, le conduit auditif, l'apophyse mastoïde et la partie supérieure du sterno-mastoidien. En haut, elle s'étend jusqu'à l'arcade zygomatique. Un lobe de la glande recouvre en avant la mâchoire et le masséter, tandis qu'une autre partie descend le long du maxillaire et en arrière de ce dernier. En dehors de l'aponévrose parotidienne résistante qui enveloppe la glande, on trouve quelques petits ganglions lymphatiques. L'aponévrose elle-même envoie des prolongements qui séparent les lobes glandulaires ; elle tapisse la cavité dans laquelle se trouve logée la parotide et constitue une capsule complète qui s'unit au ligament stylo-maxillaire<sup>1</sup>. Cette capsule sépare la parotide des muscles qui s'insèrent à l'apophyse styloïde et des organes situés encore plus profondément (carotide interne, jugulaire, vague, etc.). Lorsque la portion interne de la parotide est peu développée, la carotide externe s'y creuse simplement une demi-gouttière, mais, le plus souvent, elle est complètement enveloppée par le tissu glandulaire. En bas elle est seulement recouverte par le lobe inférieur de la glande ; puis elle passe entre les muscles stylo-glosse et stylo-hyoïdien, s'applique contre le ligament stylo-maxillaire et pénètre alors dans la parotide ; au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, elle se divise en maxillaire interne et temporale superficielle. Quelquefois la division se fait plus tôt, et le tronc de la carotide externe ne se trouve pas compris dans l'intérieur de la glande. Une gaine de tissu conjonctif lâche entoure l'artère, et de petits ganglions lymphatiques se trouvent disséminés sur son trajet.

Lorsque la parotide augmente de volume, un certain nombre d'autres artères arrivent dans son domaine ; la faciale, l'auriculaire postérieure, l'occipitale et même la pharyngienne ascendante peuvent être sectionnées dans le cours de l'opération. La veine jugulaire externe traverse aussi le tissu glandulaire. Le nerf facial pénètre en arrière dans la glande et se divise déjà dans l'intérieur de celle-ci, de sorte qu'il est impossible de l'épargner dans une extirpation complète de la parotide normale. La partie supérieure de la glande est traversée par le nerf auriculo-temporal. Le nerf auriculaire du plexus cervical passe en arrière du pavillon de l'oreille et peut être épargné si la tumeur n'a pas pris un trop grand développement.

§ 178. — La ligature préliminaire de la carotide primitive est à rejeter, soit à cause de ses dangers, soit parce qu'elle ne donne que des résultats incomplets au point de vue de l'hémostase dans l'extirpation de la parotide. On pourra plutôt avoir recours à la ligature de la carotide externe dans le cours de l'opération.

1. D'après THLLAUX (anat. topogr.) l'aponévrose parotidienne est presque toujours incomplète ; elle présente au fond de la loge un trou situé en avant de l'apophyse styloïde. Par ce trou s'engage un prolongement plus ou moins volumineux de la glande qui se porte au-dessous du muscle ptéridien interne et affecte des rapports immédiats avec la paroi latérale du pharynx et les gros vaisseaux profonds.

(Note du traducteur).