

Les auteurs sont loin d'être d'accord en ce qui concerne le **procédé opératoire**. Un certain nombre de chirurgiens respectent l'enveloppe aponévrotique de la parotide, tandis que d'autres (LISTON, DIEFFENBACH) conseillent de l'inciser et de sortir la glande de sa capsule. ROSER veut faire l'extirpation morceau par morceau; il commence par enlever un segment cunéiforme, et continue à exciser peu à peu, par petites portions, le reste de la tumeur. Certainement l'extirpation est d'autant plus sûre et plus complète qu'on laisse plus intacte la glande dans son enveloppe. Pour ma part, dans tous les cas où j'ai tenté l'extirpation totale, j'ai trouvé qu'il était très avantageux de conserver la tumeur intacte dans sa capsule; on peut ainsi la saisir solidement et exercer une traction qui produit une tension des tissus, surtout utile lorsqu'il s'agit d'enlever également la partie profonde de la glande. Une seule fois je me suis vu forcé, avant la fin de l'opération, de pratiquer l'excision de la plus grande partie de la tumeur, afin de pouvoir lier plus facilement les vaisseaux au niveau du pédicule.

Lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse, on donne à l'incision une direction verticale, en passant sur la partie la plus saillante; si la peau est adhérente ou ulcérée, on devra l'enlever avec la tumeur, et l'on donnera alors à l'incision, le plus souvent, une forme elliptique. Pour avoir plus de jour, on fera au besoin des incisions latérales. Puis on détachera les téguments de toute la face antérieure de la tumeur.

La capsule étant dénudée, on fera bien de disséquer d'abord la tumeur au niveau du cou, de façon à arriver facilement à l'endroit où la carotide externe pénètre dans la glande. Même dans le cas d'une extirpation partielle, il faut attaquer d'abord la tumeur par la partie inférieure; on aura ainsi plus de chances d'épargner, si possible, le nerf facial. On commencera ensuite à disséquer la partie supérieure et les parties latérales; dans ce but on se servira, autant que possible, des doigts ou des ciseaux de Cooper fermés; seulement dans les cas d'adhérences dures et fortement tendues, on se servira, soit des ciseaux de Cooper ouverts, soit du bistouri dont le tranchant sera dirigé du côté de la tumeur. Si les cordons de tissu conjonctif qui pénètrent dans la tumeur contiennent des vaisseaux, ou si l'on en soupçonne la présence, on pourra réduire la perte de sang à un minimum en saisissant et comprimant la partie suspecte, avant de la sectionner, au moyen d'une de ces larges pinces à verrou que LANGENBECK a imaginées pour la ligature des artères. Depuis que l'on se sert de chloroforme, il importe peu que l'opération soit faite rapidement, et il n'est pas nécessaire de suivre le conseil de DIEFFENBACH, qui ne fait les ligatures qu'une fois la tumeur complètement extirpée; on liera, à mesure, chaque vaisseau qui continue à donner du sang après une courte compression. On isole ainsi peu à peu la tumeur en haut et sur les côtés, puis on dissèque les parties situées en arrière de l'oreille et sur le maxillaire, et enfin la partie qui descend sur la ré-

gion latérale du cou à une distance variable suivant le développement du néoplasme. On arrive ainsi peu à peu à pédiculiser la tumeur, qui finalement n'est plus adhérente qu'à l'apophyse styloïde et à la partie de l'aponévrose qui s'étend jusqu'au pharynx. C'est ici qu'il s'agit d'user d'une grande prudence pour achever l'opération; car il faudra lier des vaisseaux volumineux; la partie inférieure du pédicule contient la carotide externe; si ce vaisseau se divise avant de pénétrer dans la glande, on devra sectionner la maxillaire interne et peut-être la pharyngienne, après avoir appliqué une double ligature sur chacune de ces artères, soit que l'on ait saisi le vaisseau entre deux pinces, soit qu'on l'ait chargé sur une aiguille mousse. Les vaisseaux en question peuvent être ainsi liés l'un après l'autre, et l'hémorragie se trouve réduite à un minimum.

L'opération sera faite avec toutes les précautions antiseptiques. Dès qu'elle sera terminée, on placera des drains que l'on fera sortir à l'endroit jugé convenable; soit sur la ligne de suture, soit par de petites incisions spéciales de la peau en forme de boutonnières. Enfin la plaie est suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Dans le traitement consécutif, outre les règles habituelles, on devra surveiller l'œil du côté opéré; ce dernier doit rester fermé et être soumis à des lavages fréquents.

§ 179. — Il est bien rare d'observer des maladies des autres glandes salivaires. Parmi ces dernières, c'est la **glande sous-maxillaire** qui est le plus souvent affectée. L'inflammation de cette glande s'accompagne d'une très forte tension et tuméfaction de la région sous-maxillaire, avec les symptômes que nous avons décrits à propos des abcès du cou (cynanche sous-linguale). Nous avons déjà dit que des kystes s'observent fréquemment au niveau du conduit de Wharton.

De même que nous avons vu la parotide être assez souvent le siège de tumeurs cartilagineuses pures, de même aussi toute la région voisine de l'oreille et de l'angle de la mâchoire, le tissu conjonctif qui recouvre la parotide et la glande sous-maxillaire, peuvent être le point de départ d'un **enchondrome**. LUECKE fait observer avec raison, qu'au point de vue pathogénique, toutes ces tumeurs peuvent être ramenées à une inclusion fœtale de germes cartilagineux, à une aberration de lieu à l'époque du développement des cartilages de l'oreille. Le germe fœtal devient, à un âge plus avancé, le point de départ d'une tumeur.

Les enchondromes sont, sans doute, les tumeurs les plus fréquentes de la glande sous-maxillaire. Le **carcinome** y est rare comme tumeur primitive, et l'on voit souvent aussi la glande rester intacte dans les carcinomes secondaires des ganglions lymphatiques de cette région. Quelquefois elle est envahie par des carcinomes de la langue, de la lèvre inférieure, de la muqueuse du plancher buccal. Les **sarcomes diffus** de la glande sous-maxillaire sont également rares, bien que j'aie dernière-

ment extirpé chez une vieille femme une tumeur de ce genre qui avait donné lieu à la formation d'un kyste.

L'extirpation sera faite au niveau du cou. Une incision entre le maxillaire et l'os hyoïde divisera la peau et le muscle peaucier et mettra à nu la capsule de la glande. En dehors de celle-ci se trouve l'artère faciale; à son bord inférieur passent l'hypoglosse et l'artère linguale; le bord supérieur est en rapport avec le nerf lingual. Ces nerfs et vaisseaux ne peuvent guère être épargnés lorsqu'il s'agit d'un carcinome. Si la glande n'est pas immobilisée par le néoplasme, on fera bien de la refouler vers le cou à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche. On se servira du ciseau de Cooper de la manière que nous avons indiquée, et l'on ne sectionnera les vaisseaux qu'après avoir assuré l'hémostase par une *double ligature*.

VIII. — MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE

§ 180. — Une grande partie des **anomalies congénitales de l'oreille** ne sont d'aucun intérêt particulier pour le chirurgien. Les **difformités par excès de développement (macrotie)** sont celles qui réclament le plus souvent une intervention opératoire. Les **difformités par défaut de développement (microtie)** coïncident habituellement avec d'autres vices de conformation entraînant une diminution ou une perte complète de l'acuité auditive; telles sont surtout l'atresie absolue du conduit auditif avec développement incomplet de l'organe de l'ouïe, et l'**occlusion membraneuse du conduit auditif externe**. Celle-ci peut s'observer aussi indépendamment de la microtie. Enfin, on cite quelques rares exemples d'occlusion par adhérence cicatricielle de la peau à la suite d'inflammations. Dans tous les cas il est indiqué de sectionner la cloison plus ou moins membraneuse qui ferme le conduit, et d'introduire ensuite dans l'ouverture des bougies destinées à empêcher l'occlusion de se reproduire pendant la guérison. Les adhérences plus profondes survenant à la suite d'ulcérations ou de brûlures, sont en général au-dessus des ressources de l'art.

J'ai observé plusieurs cas de développement incomplet de l'oreille externe, avec absence complète de l'orifice externe du conduit auditif, et dans lesquels, cependant, l'acuité auditive n'était pas sensiblement affectée. Dans un de ces cas, malgré plusieurs tentatives, je ne parvins pas à trouver de conduit auditif externe.

Les **fistules congénitales de l'oreille** ne sont pas très rares. Elles siègent habituellement sous le bord antérieur du pavillon de l'oreille, près de l'arcade zygomatique. De même que les fistules congénitales du cou, elles sont évidemment en relation avec une anomalie dans l'occlusion de la première fente branchiale (ROSER). Une petite fossette con-

duit dans un canal parfois multiple, creusé sous la peau, et tapissé d'une muqueuse. On obtient la guérison soit par l'excision, soit par l'incision suivie de la cautérisation de la fistule.

ROSER fait aussi observer que, quelquefois, la peau située en avant de l'oreille et jusque sur la joue, contient de très petites tumeurs congénitales, de nature cartilagineuse, provenant probablement de germes égarés du tragus (*voir* § 179).

§ 181. — L'oreille, grâce à sa position proéminente, est passablement exposée aux **lésions traumatiques**. A propos de l'**othématome**, nous aurons encore l'occasion de parler du mode de terminaison des contusions de cet organe. Les **fractures** sont très rares, ce que l'on comprend aisément si l'on prend en considération que le cartilage, grâce à son élasticité, peut être fortement replié sur lui-même sans se briser. Par contre les **plaies par instruments tranchants** ne sont pas rares, et l'oreille peut être séparée totalement ou partiellement de la tête. De même, dans une chute, lorsque la région de l'oreille vient frapper contre un corps anguleux, il peut en résulter une plaie assez franche, intéressant la peau et le cartilage.

Habituellement, si l'on a soin de suturer la plaie exactement, la guérison s'opère facilement, même dans les cas où le lambeau n'est plus réuni au reste de l'oreille que par un pont étroit de tissus. Dans la plupart des cas où le cartilage a été divisé sur une grande étendue, il est nécessaire qu'une partie au moins des sutures traversent le cartilage lui-même. A ces dernières on ajoutera de chaque côté un nombre suffisant de sutures cutanées.

On a observé, chez les aliénés surtout, le développement subit d'une tuméfaction du pavillon de l'oreille, reconnaissant comme cause une extravasation sanguine entre le cartilage et le péri-chondre. L'oreille se trouve ainsi transformée en une masse informe, dans laquelle on ne reconnaît plus les dépressions normales. On a vu quelquefois le processus se terminer par suppuration; dans d'autres cas le sang est résorbé, et la tuméfaction fait place en plusieurs points, après la guérison, à un ratatinement du pavillon de l'oreille, dû évidemment à une atrophie partielle du cartilage. Cette affection, connue sous le nom d'**othématome**, paraît reconnaître essentiellement une cause traumatique; cependant on l'observe rarement chez les individus sains, dont les oreilles ont été exposées à des traumatismes semblables à ceux qui ont produit l'othématome chez les aliénés. Ce fait démontre bien le rôle important que jouent ici les causes prédisposantes; ainsi, par exemple, des phénomènes de ramollissement du cartilage peuvent avoir précédé la lésion en question (VIRCHOW, L. MEYER).

L'incision de l'hématome n'est indiquée que lorsqu'il menace de suppurier, ou que la résorption ne s'opère pas spontanément au bout d'un temps très long.