

Tumeurs de la glande parotide. Des tumeurs diverses : squirrhueuses, encéphaloïdes, mélaniques, lymphatiques, phlegmoneuses, graisseuses, anévrysmales, peuvent se former dans la région parotidienne. La glande s'indure et s'hypertrophie, le plus souvent par l'effet d'une inflammation chronique. On a prétendu à tort qu'elle prend chez les fumeurs un développement considérable. On consultera avec avantage la thèse de Bérard pour l'histoire de ces affections (*Maladies de la glande parotide etc.*). Il existe des exemples de poches salivaires développées dans la parotide ou dans le canal de Sténon. Il faudrait se garder, dans ce dernier cas, d'ouvrir la tumeur à l'extérieur ; une fistule en serait très-probablement la conséquence ; l'incision devrait être faite par la bouche.

Ablation de la parotide. La parotide a été enlevée, en totalité, ou en partie, dans des cas de dégénérescence, seul motif qui puisse faire entreprendre une aussi grave opération. Cette glande, profondément cachée derrière la branche du maxillaire inférieur, est traversée par le nerf facial, la carotide externe, la temporale, la maxillaire interne, de grosses branches veineuses et anastomotiques, et plus profondément se trouvent la jugulaire et la carotide internes, les nerfs hypoglosse, pneumo-gastrique etc.

On conçoit qu'en présence de pareils obstacles les règles doivent varier selon une foule d'indications spéciales. Plusieurs chirurgiens ont commencé par lier l'artère carotide primitive correspondante.

L'expérience nous a convaincu que la ligature de la carotide est inutile et dangereuse. Inutile, parce qu'on ne remédie pas aux hémorrhagies, en raison de la largeur des anastomoses ; dangereuse par la profondeur de la plaie, ses complications pyohémiques et l'imminence et la gravité des accidents cérébraux.

Cette doctrine a été adoptée par la Société de chirurgie, après une discussion très-savante et très-complète.

La carotide externe seule est intéressée ; la carotide interne reste en arrière de l'apophyse styloïde et des muscles de Riolan, sur lesquels il faut hardiment arriver, comme limites de l'opération, dans le fond du triangle dont la branche de la mâchoire et l'apophyse mastoïde représentent les deux autres côtés. En prolongeant suffisamment l'incision en bas, on tombe assez vite sur le tronc de la carotide externe, que l'on embrasse d'un fil, et la blessure des autres vaisseaux n'offre plus d'embarras sérieux. Je conseille de renverser la parotide d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, selon le côté malade, et de toujours pousser rapidement la dissection jusqu'à l'apophyse styloïde, point de repère important qui ne doit pas être franchi.

La carotide externe ne traverse pas toujours la parotide. et il

est alors possible de l'éviter. Il en est de même du nerf facial (Triquet).

La parotide est séparée des parties voisines, surtout en arrière, par une sorte de capsule fibreuse qu'il ne faut pas dépasser, sous peine de tomber sur la jugulaire interne, dont la blessure à cette hauteur serait excessivement dangereuse.

Fistules de la glande sous-maxillaire. On cite un cas de fistule d'un kyste salivaire (grenouillette) à travers les parties molles du cou. Le traitement serait le même que pour les fistules parotidiennes.

Tumeurs de la glande sous-maxillaire. On observe dans la région sous-maxillaire des tumeurs variées, et surtout des ganglions lymphatiques engorgés, que l'on a enlevés en croyant parfois agir sur la glande elle-même. Velpeau était très-sceptique à ce sujet, et a soutenu que l'on ne connaît pas d'exemple authentique d'extirpation de cette glande. Nous n'avons cependant aucune peine à croire à l'extirpation de la glande sous-maxillaire, et nous l'avons pratiquée en 1864 sur la parente d'un de nos confrères de Colmar, malgré son âge avancé de soixante et douze ans. L'ulcération était très-profonde, le maxillaire dénudé. La glande enlevée fut examinée au microscope et parfaitement reconnue. La malade était guérie et jouissait encore d'une santé excellente quatre ans plus tard. La glande sous-maxillaire, placée dans la concavité du muscle digastrique et séparée de la peau par la veine faciale et le peaucier, répond en haut à la face interne de l'os maxillaire, et en dedans aux muscles hyo-glosse et mylo-hyoïdien. L'artère faciale la côtoie inférieurement et en dedans ; le nerf hypoglosse et l'artère linguale sont au-dessous. On sait qu'elle sert de point de repère dans la ligature de ce dernier vaisseau.

Manuel opératoire. La tête du patient renversée en arrière, la peau est incisée transversalement, en demi-lune, ou, au besoin, crucialement. Les veines sont divisées entre deux ligatures, si elles gênent ; une érigne implantée dans la glande l'attire, et le chirurgien la sépare des tissus environnants, en évitant soigneusement le nerf hypoglosse et l'artère linguale.

Ranule ou grenouillette. Il se forme au-dessous de la langue des tumeurs plus ou moins volumineuses, opaques ou transparentes, dont les unes sont dues à l'oblitération des conduits de Warthon et à leur dilatation, et les autres à des kystes de nature diverse. Toutes ces tumeurs ont été confondues sous le nom de

grenouillette. Il n'y a pas très-longtemps que les tumeurs salivaires proprement dites ont été nettement spécifiées. Plusieurs auteurs, et surtout Jobert de Lamballe, ont insisté sur la nécessité de les distinguer.

Les kystes prennent naissance dans le tissu cellulaire, les glandes du plancher buccal, ou celles qui s'abouchent dans le conduit de Warthon ou dans la bourse muqueuse de Fleischmann. Munnicks fut le premier qui admit, au nombre des causes de la grenouillette, la dilatation des canaux de Warthon, et Louis, Boyer et tous les chirurgiens ont adopté cette opinion.

Communément le volume de ces tumeurs n'excède pas celui d'une noix; mais il n'est pas rare d'en voir de grosses comme des œufs de pigeon, et il y en a qui remplissent toute la bouche et l'arrière-bouche. Elles ont pour effet de gêner la mastication et l'articulation des sons, et de déplacer les dents. Elles finissent par proéminer au cou. On en a vu produire l'imminence de la suffocation. Le liquide qui s'y rencontre est ordinairement limpide, mais on le trouve aussi séro-purulent, visqueux, et des concrétions calcaires (calculs salivaires) y ont été observées.

Les kystes peuvent guérir par oblitération; mais les tumeurs salivaires exigent que le cours de la salive soit rétabli. On s'explique ainsi comment certains moyens ont réussi dans quelques cas et échoué dans d'autres. Les kystes ne demandent pas d'autres procédés que ceux employés pour ce genre de tumeur en général.

Dans les grenouillettes causées par l'accumulation de la salive, la ponction et l'incision sont insuffisantes, l'ouverture de la plaie se cicatrise et la tumeur se reproduit.

Les injections irritantes sembleraient avoir réussi dans quelques cas; mais il est presque certain qu'il s'agissait alors de simples kystes et non de tumeurs salivaires.

Une observation de Sabatier prouve qu'une tente renouvelée chaque jour, après l'incision, a rendu la plaie fistuleuse et amené une cure radicale.

Le cautère actuel porté sur la tumeur à travers une plaque métallique (Paré) ou une canule fenêtrée (F. d'Aquapendente), et les caustiques, dont l'application est moins facile, peuvent réussir par suite de la perte de substance qu'ils occasionnent.

Excision. On fait avec un bistouri une incision demi-lunaire sur la tumeur, dont on enlève un lambeau elliptique avec des ciseaux. Les pansements seraient inutiles; on prescrit quelques gargarismes. La plaie se rétrécit; si elle ne se ferme pas, le cours de la salive se rétablit et la cure est radicale. Cette opération a presque constamment réussi à Boyer.

Cathétérisme des canaux de Warthon. Nous n'en parlons que pour le rejeter comme insuffisant ou impossible.

Séton. Quelques faits prouvent les avantages de ce procédé. Les deux ouvertures fistuleuses permettent à la salive de s'écouler dans la bouche.

Canule à demeure. Sabatier parle d'une canule laissée dans la plaie assez longtemps pour la rendre calleuse. Lecat avait déjà fait usage d'une canule étranglée dans son milieu, terminée en pavillon d'un côté et en boule d'arrosoir de l'autre. Dupuytren en imagina une autre terminée par deux plaques elliptiques et recourbées, en forme de double bouton de chemise. La tumeur étant incisée et vidée, cette canule était engagée dans la poche; l'un des disques restant à nu dans la cavité buccale.

Procédé de Jobert. La langue portée en haut et en arrière, le chirurgien fait saisir avec une pince un côté de la tumeur, place lui-même une seconde pince sur le point opposé, et enlève, sur la face antérieure du kyste, une portion elliptique de la muqueuse buccale. Il a soin de ne pas intéresser, pendant cette excision, l'enveloppe propre de la tumeur. Le kyste est ensuite largement ouvert et vidé, puis on en renverse à droite et à gauche les parois libres, et, à l'aide du serre-nœud de Græfe, armé d'une aiguille courbe chargée d'un fil, on traverse de chaque côté et à la fois les lèvres de la division du kyste et la muqueuse buccale, et on les maintient réunies au moyen d'un point de suture. Le résultat de cette opération devait être la formation d'un orifice permanent pour l'issue de la salive, mais l'expérience n'a pas confirmé les avantages de ce procédé.

Procédé de M. Barrier, de Lyon. On taille sur la face supérieure de la tumeur un lambeau triangulaire transversal, dont le sommet libre est à gauche et la base adhérente à droite. On fait alors une ponction dans la paroi de la tumeur un peu en dehors de la base du lambeau et on engage le sommet de ce dernier dans la petite plaie, où on le fixe par un point de suture.

Modification de l'auteur. Mieux vaudrait, pensons-nous, tailler deux lambeaux, dont les sommets se regarderaient et seraient ensuite engagés chacun dans une plaie spéciale (><), où ils seraient assujettis.

Extirpation. On a pratiqué l'extirpation des kystes, que conseillait Heister comme le procédé le plus expéditif et le meilleur lorsqu'il n'existait pas de contre-indications. Ce procédé est souvent impraticable, et Heister lui-même en admettait plusieurs contre-indications. Mais il serait très-avantageux contre des kystes peu adhérents, autrement cette opération longue et douloureuse