

Il n'en est pas de même des abcès *froids*, qui le plus souvent d'origine osseuse, résultent d'une lésion des os de la base du crâne ou de la colonne vertébrale (suppuration des cellules mastoïdiennes, ostéite, carie, nécrose du temporal, de l'occipital, des vertèbres cervicales, mal de Pott cervical).

2° Tumeurs.

Les *lipomes* de la nuque s'observent assez fréquemment et se montrent avec leurs caractères habituels. On a pu, dans un cas (1), croire à l'existence d'un lipome alors qu'il s'agissait d'une *tumeur érectile veineuse*.

Les *kystes congénitaux* de la nuque se rencontrent le plus souvent chez des enfants nés avant terme et s'accompagnent généralement d'autres vices de conformation. Moins fréquents que ceux de la région cervicale antérieure, ces kystes siègent de préférence sur la ligne médiane; parfois ils partent de la ligne médiane pour aller jusqu'à l'acromion et au sterno-mastoïdien. Lorsqu'ils siègent sur la ligne médiane, ils ont généralement pour limite supérieure la ligne courbe occipitale supérieure; dans un cas même, la tumeur partait de la fontanelle postérieure; quant à la limite inférieure, elle dépasse rarement la deuxième ou la troisième vertèbre cervicale. Souvent un sillon médian partage la tumeur en deux parties égales et symétriques.

On pourrait confondre les kystes congénitaux de la nuque avec le *spina bifida* et l'*encéphalocèle*. La hernie congénitale du cerveau forme une tumeur plus ou moins complètement réductible par la pression, susceptible de se gonfler sous l'influence des efforts et des cris; on y constate en outre des battements isochrones à ceux du pouls; enfin il est souvent possible de sentir l'ouverture du crâne qui a donné passage aux parties herniées.

Il en est de même pour le diagnostic du *spina bifida*, auquel on ne pourrait d'ailleurs songer qu'en présence d'un kyste médian. La tumeur formée par le *spina bifida* est réductible, se gonfle pendant l'expiration et s'affaisse pendant l'inspiration; sa compression entraîne des accidents de paralysie.

On a signalé à la région de la nuque quelques cas de *kystes hydatiques* ayant acquis un énorme développement.

(1) Maisonneuve, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. I, p. 585.

§ II. — Maladies de la région parotidienne.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

1° Plaies.

Les lésions traumatiques de la région parotidienne sont surtout graves en raison de la présence de nerfs et de vaisseaux importants; en outre, les blessures de la parotide peuvent donner lieu à la formation de fistules salivaires.

Les nerfs qui peuvent être intéressés dans les plaies de cette région sont le nerf facial, l'auriculo-temporal, ou les branches du plexus cervical superficiel. La lésion du premier détermine soit une paralysie totale des muscles de la face du même côté, soit seulement la chute de la paupière ou la paralysie des muscles éleveurs de la commissure labiale, selon que le tronc même du nerf a été sectionné ou que quelques-unes de ses branches ont seulement été atteintes.

La blessure des autres branches nerveuses (nerf auriculo-temporal et plexus cervical superficiel) n'a pour effet que de produire des zones plus ou moins étendues d'anesthésie. D'ailleurs, ni la paralysie, ni l'anesthésie ne sont permanentes; car, à moins de plaies très-étendues, la continuité se rétablit entre les deux bouts sectionnés, et les tubes nerveux se régénèrent. L'atrophie des muscles de la face consécutive à la section du facial est beaucoup plus rare qu'à la suite des paralysies par compression, par dégénérescence, ou par cause centrale ou rhumatismale.

Les plaies de la région parotidienne, avec lésion d'une des branches artérielles principales, donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et rebelles. En effet, si le vaisseau qui donne du sang est situé profondément, il est très-difficile de pratiquer la ligature de ses deux bouts, et cependant la ligature du bout inférieur ne saurait suffire en raison des nombreuses anastomoses qu'ont entre elles les artères de la face. D'autre part, la compression n'est efficace que s'il s'agit de la transversale de la face qui peut être aplatie sur la branche montante du maxillaire, mais elle est absolument inutile quand le sang provient des artères qui occupent le creux parotidien (artères auriculaire, temporale, maxillaire interne et occipitale à leur origine, carotide externe). Dans ce cas, malgré la compression la plus habilement faite, il est rare que l'hémorrhagie ne se renouvelle pas et ne nécessite par une intervention plus efficace de la part du chirurgien. La ligature de la carotide externe à son origine paraît de prime abord très-rationnelle; mais, ainsi que nous l'avons dit en traitant des plaies de la carotide, cette opération est loin de

donner les résultats attendus. Les anastomoses si nombreuses et si puissantes de la base du crâne et de la face suffisent à ramener le sang au-dessus de la ligature. A la suite d'une plaie par arme à feu qui avait intéressé la maxillaire interne et l'occipitale, Marjolin lia la carotide primitive; le lendemain l'hémorrhagie reparut et le malade succomba. Quoi qu'il en soit, si la compression a échoué, et si la ligature des deux bouts de l'artère ouverte au fond de la plaie est considérée comme périlleuse, on devra tenter d'abord la ligature de la carotide externe à son origine, et, si elle ne réussit pas, on liera la carotide primitive.

Les plaies de la région parotidienne peuvent encore donner lieu à la formation de fistules salivaires; celles-ci ont déjà été décrites en partie à l'occasion des plaies du canal de Sténon. Quand le conduit excréteur principal de la glande n'est pas atteint, il est très-difficile au début de diagnostiquer une lésion de la glande parotide; car le sang et plus tard le pus se mélangent à la salive. Cependant si, au moment du repas, l'écoulement des liquides de la plaie devient plus abondant, on devra craindre la formation d'une fistule salivaire.

Il est donc important, dans les plaies de la région parotidienne, de favoriser dès le début le rapprochement des bords de la solution de continuité à l'aide de bandelettes agglutinatives; et si la plaie n'est pas trop contuse, il est assez fréquent de voir survenir une guérison complète.

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES RÉGIONS PAROTIDIENNES

1° Inflammations.

Les phlegmasies de la région parotidienne peuvent avoir pour siège la glande salivaire elle-même ou les ganglions lymphatiques nombreux qui se rencontrent dans cette région.

Sans parler des ganglions sous-cutanés et sous-aponévrotiques placés en dehors de la parotide et dont l'inflammation donne lieu aux symptômes habituels de l'adénite cervicale, il importe de rappeler la présence de ganglions lymphatiques profonds, situés les uns dans l'épaisseur même de la parotide, les autres au sommet de la glande, sur la partie latérale du pharynx. Ces ganglions, qui reçoivent les lymphatiques du voile du palais, des gencives et de la partie la plus reculée des arcades alvéolaires, peuvent s'enflammer à la suite d'irritations ayant leur point de départ dans les organes précités. Lorsque l'inflammation s'empare des ganglions intra-parotidiens, il est rare qu'elle ne se propage pas au tissu même de la glande, et la maladie se présente alors avec les caractères que nous décrirons bientôt.

L'adénite sous-parotidienne, affectant les ganglions les plus profonds,

peut donner lieu à des désordres graves, tels que : abcès rétro-pharyngiens, décollements, fusées purulentes dans le tissu cellulaire profond du cou.

Quoique l'étude des parotidites soit plutôt du domaine médical, nous pensons cependant qu'il est indispensable d'en donner une description sommaire, le chirurgien devant souvent intervenir, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement.

Avec la plupart des auteurs modernes, nous distinguerons deux classes de parotidites : A, la *parotidite catarrhale*; B, la *parotidite phlegmoneuse*

A. Parotidite catarrhale (oreillons).

On a donné le nom d'*oreillons* ou d'*ourles* à une phlegmasie de la région parotidienne distincte de l'inflammation phlegmoneuse de la glande, présentant souvent un caractère épidémique et remarquable par les métastases ou complications auxquelles elle donne lieu.

Connue et décrite dès la plus haute antiquité, cette affection a été surtout étudiée par les auteurs modernes qui ont mieux précisé les caractères distinctifs entre les oreillons et la parotidite phlegmoneuse, et ont substitué à la première de ces désignations le nom de *parotidite catarrhale*, qui exprime plus exactement le siège et la nature de la maladie.

TROUSSEAU, *Des oreillons (Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 218)*. — SPIRE, *De l'orchite métastatique des oreillons*. Thèse de Paris, 1850. — COMBEAU, même sujet. Thèse de Paris, 1867. — CARPENTIER, *De l'oreillon considéré comme maladie générale et éruptive*. Thèse de Paris, 1869. — VIDAL, *Des oreillons*. Thèse de Paris, 1871. — BOUCHUT, *Sur la nature et le traitement des oreillons (Gaz. des hôp., 1873, p. 327)*. — BÉNIER, *Sur les oreillons (l'École de médecine, 1874)*.

ÉTIOLOGIE. — Quoique pouvant survenir à tout âge, les oreillons s'observent surtout chez les enfants de dix à quinze ans, ou chez les adolescents de vingt à vingt-cinq ans. On en cite quelques exemples chez des nouveau-nés. Les oreillons paraissent plus fréquents dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Endémique dans certaines localités, la parotidite catarrhale revêt le plus souvent le caractère épidémique, principalement au printemps et à l'automne. On possède actuellement la relation d'épidémies remarquables qui ont régné à diverses époques. Quoique la contagion ne soit pas admise par tous les auteurs, cependant von Bruns (1) a réuni un grand nombre d'observations d'où il paraît résulter que, dans la plupart des épidémies, la contagion existait réellement.

Une température froide et humide, l'exposition aux courants d'air froid, semblent favoriser le développement de la maladie. D'après certains

(1) *Handbuch der Chir.*, t. II, p. 930.