

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 mêlangent 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.

auteurs, O. Weber, Bouchut, les oreillons seraient toujours précédés d'un état érythémateux ou inflammatoire de la muqueuse buccale, qui se transmettrait par le canal de Stenon jusqu'aux lobules de la glande.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'apparition des oreillons est souvent précédée de symptômes généraux, tels que : céphalalgie, bouffées de chaleur, malaise général, courbature, inappétence, soif et vomissements. Lorsque ces prodromes sont très-accusés, on peut croire au début d'une fièvre typhoïde. Parfois les symptômes généraux sont presque nuls et le malade n'éprouve d'abord qu'un peu de gêne et de douleur dans les mouvements de la mâchoire; puis survient une tuméfaction qui, d'abord limitée à la région pré-auriculaire, se porte rapidement vers la joue et descend plus ou moins bas sur les parties latérales du cou, quelquefois même jusqu'à la clavicule. Lorsque la parotide du côté opposé est aussi envahie, la partie inférieure de la face est tellement gonflée que la tête entière prend un aspect piriforme qui rend le malade méconnaissable. Les glandes sous-maxillaires et sublinguales, et quelquefois même les ganglions du cou, sont alors le siège d'une tuméfaction analogue, et contribuent à produire cette déformation.

Dans les cas légers, au contraire, c'est à peine si l'on peut constater au devant de l'oreille une légère tuméfaction.

La peau conserve sa couleur naturelle ou est légèrement teintée en rose; elle est lisse et luisante. Au toucher, la tuméfaction offre une certaine mollesse et ne garde pas l'impression du doigt comme les tissus cédematiés. La douleur à la pression est presque nulle, et la chaleur à peine appréciable. Ce sont là des caractères qui distinguent les oreillons d'une inflammation phlegmoneuse.

La muqueuse de l'isthme du gosier et du pharynx est rouge et tuméfiée; la muqueuse palatine boursoufflée, blafarde. Les bords de la langue sont festonnés et conservent l'impression des dents.

La mastication, la déglutition et la phonation sont douloureuses. Au début, il y a une salivation assez marquée; mais bientôt la sécrétion se suspend, la salive s'épaissit et le patient éprouve une soif très-vive. La salive, examinée par Lombard, de Genève, n'a présenté aucune altération.

La maladie, dont la durée totale ne dépasse pas huit à dix jours, se termine ordinairement par la résolution; quelquefois celle-ci n'est pas complète et l'on observe une induration générale ou partielle de la glande qui persiste pendant quatre à cinq semaines et finit par disparaître. On trouve cependant dans les auteurs des exemples de terminaison par suppuration, et Dionis (1) raconte que dans une épidémie d'oreillons qui sévit sur les demoiselles de Saint-Cyr, presque toutes ces tumeurs se terminèrent par de petits abcès.

COMPLICATIONS. — On observe fréquemment, dans le cours de la paro-

(1) *Cours d'opérations chirurgicales*, 4^e édit., p. 638.

tidite catarrhale, diverses complications qui se montrent chez l'homme du côté des testicules ou des régions mammaires, chez la femme, du côté des ovaires, des mamelles et parfois de l'utérus et des grandes lèvres. C'est ordinairement du cinquième au sixième jour après le début des oreillons que ces complications se manifestent.

L'orchite débute par un sentiment de douleur et de tension du côté du cordon. Le testicule devient plus lourd, plus résistant que de coutume, et augmente de volume. La pression est médiocrement douloureuse. Il existe quelquefois un peu de liquide dans la tunique vaginale, mais l'épididyme est presque toujours intact. La peau du scrotum est violacée et quelquefois légèrement infiltrée. Mais jamais la dureté, le poids et la sensibilité ne sont aussi considérables que dans un engorgement franchement inflammatoire. Tantôt l'orchite se montre du même côté que l'engorgement parotidien, tantôt elle est croisée.

Le plus souvent cette orchite se termine par la résolution après cinq ou six jours. Cependant on a observé plusieurs fois l'atrophie consécutive du testicule. Celui-ci, après que le gonflement a disparu, devient plus flasque, plus mou qu'à l'état normal, et c'est seulement après un ou deux mois que le chirurgien est surpris de trouver la glande réduite à la moitié ou même au tiers de son volume. Cette atrophie, sur laquelle Grisolle (1) a insisté, s'explique peut-être par ce fait que le testicule, en voie de formation à cet âge, subit un arrêt de développement.

Dans un cas rapporté par le professeur Gosselin (2), l'orchite consécutive à un oreillon s'était accompagnée d'une prostatite aiguë. Ravaton a vu un cas d'orchite dite métastatique se terminer par la gangrène.

L'ovarite est caractérisée par des douleurs abdominales spontanées et une très-grande sensibilité lorsqu'on déprime le ventre dans la région ovarienne.

Dans la *mammite* des oreillons, les mamelles durcissent, augmentent de volume, offrent une chaleur inaccoutumée et deviennent douloureuses. Leur état se rapproche de celui qu'elles présentent dans l'engorgement laiteux qui suit la parturition.

Lorsque l'inflammation porte sur les grandes lèvres, celles-ci se tuméfient, deviennent rouges et douloureuses. Il est probable que, dans ce cas, il s'agit surtout d'un engorgement de la glande de Bartholin.

Parmi les autres complications des parotidites catarrhales nous devons encore citer : des angines gutturales, des amygdalites, des adénites, des catarrhes de la conjonctive, des voies lacrymales et de l'oreille externe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — NATURE. — On a beaucoup discuté sur la nature de la maladie désignée sous le nom d'*oreillons*. Les uns, avec Rilliet et Barthez, Trousseau, Peter, la considèrent comme une maladie

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 15 mai 1866.

(2) *Cliniques de la Charité*, t. II, p. 385.

spéciale, analogue aux fièvres éruptives. D'autres pensent que les oreillons consistent en une parotidite catarrhale, d'origine rhumatismale. Cette opinion se trouve justifiée par quelques rares autopsies pratiquées par Virchow, et dans lesquelles on a trouvé les grains glanduleux de la parotide saillants et rougeâtres, leur cavité remplie de muco-pus, avec le tissu conjonctif périglandulaire congestionné et infiltré de sérosité.

Quant aux diverses complications observées du côté des organes génitaux et des mamelles, complications longtemps regardées comme des métastases, on peut expliquer leur développement en admettant que la maladie porte son action sur des organes similaires, c'est-à-dire sur des parenchymes glandulaires.

DIAGNOSTIC. — L'absence de rougeur bien accusée, de chaleur, de douleurs vives et d'élançements, la dureté moins grande au toucher, permettront de distinguer la parotidite catarrhale de la parotidite phlegmoneuse. Lorsque l'oreillon existe des deux côtés, le doute n'est pas possible.

Dans certaines formes insidieuses, l'attention est parfois détournée par l'invasion de phénomènes généraux graves qui font croire au début d'une fièvre typhoïde; dans d'autres cas, on voit une orchite survenir à la suite de manifestations fébriles considérables, accompagnées de délire, de convulsions. Il faut alors rechercher avec soin s'il n'a pas existé un peu de douleur dans les mouvements des mâchoires, de gonflement de la région parotidienne, enfin si le malade n'a pas été exposé à l'influence d'un milieu où règnent épidémiquement les oreillons.

PRONOSTIC. — La parotidite catarrhale est presque toujours une affection bénigne. Il faut cependant craindre une de ses complications : l'atrophie testiculaire. Nous manquons toutefois de documents pour savoir si cette atrophie est assez considérable pour suspendre les fonctions de l'organe.

TRAITEMENT. — Afin de prévenir le contact de l'air, on appliquera sur la région parotidienne une couche d'ouate que l'on maintient à l'aide d'un mouchoir. Pour calmer les douleurs vives, quelques frictions laudanisées peuvent être utiles. Si la résolution se fait attendre, on peut avec avantage ordonner des frictions iodées, ou faire appliquer un vésicatoire volant. Les malades doivent garder le repos et se soumettre à une diète modérée. Enfin, si l'état gastrique est très-prononcé, un vomitif ou un purgatif pourra hâter la guérison.

B. Parotidite phlegmoneuse.

Sous le nom de *parotidite phlegmoneuse* nous décrirons les inflammations graves de la glande parotide qui se terminent habituellement par la suppuration ou la gangrène.

GIFFARD, *Siège anatomique de la parotidite*. Thèse de Paris, 1861. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Phlegmon parotidien* (*Gazette hebdom.*, 2 octobre 1868). — CROCQ, *Catarrhe de la cavité buccale propagé à la glande parotide par le canal de Sténon* (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 1873).

ÉTIOLOGIE. — Succédant rarement aux lésions traumatiques de la région parotidienne, la parotidite phlegmoneuse s'observe fréquemment dans les cas où il y a rétention de la salive, quelle qu'en soit la cause (calculs salivaires, corps étrangers, compression, gonflement de la muqueuse du canal de Sténon).

Dans d'autres circonstances, l'inflammation née dans le voisinage se propage à la parotide, soit directement et par l'intermédiaire du tissu cellulaire (furuncles, anthrax, adénites de la région parotidienne, otites, arthrites de l'articulation temporo-maxillaire), tantôt indirectement et par l'intermédiaire du canal de Sténon (inflammation de la muqueuse buccale).

Enfin la parotidite phlegmoneuse survient fréquemment dans le cours de maladies générales graves, telles que la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, la pyohémie, la diphthérie, la dysentérie et le choléra. On a signalé la parotidite comme très-fréquente chez les aliénés et principalement chez les individus atteints de paralysie générale. L'intoxication mercurielle est parfois aussi suivie de parotidite et celle-ci peut se montrer, dit-on, avant que la muqueuse buccale soit elle-même le siège de l'inflammation.

Dans un récent mémoire communiqué à l'Académie de médecine, Crocq (de Bruxelles) a cherché à prouver que toutes les parotidites de causes générales sont toujours précédées d'une inflammation de la muqueuse buccale qui se propagerait à la glande par l'intermédiaire du canal de Sténon. Cette opinion, qui peut être vraie pour un certain nombre de cas, ne saurait être acceptée dans sa généralité. Il est probable, en effet, que fréquemment le point de départ de la maladie est une adénite, et, dans d'autres cas, la théorie de Crocq est évidemment erronée. Ainsi, dans la pyohémie et la fièvre puerpérale, rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas de véritables abcès métastatiques, analogues à ceux que l'on observe dans d'autres organes glanduleux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On a longtemps admis que le tissu conjonctif était toujours le siège primitif de l'inflammation. Il doit en être ainsi lorsque la parotidite se développe par propagation ou bien lorsqu'il s'agit d'abcès métastatiques comme dans la pyohémie.

Mais il semble résulter des recherches si précises de Virchow et d'O. Weber (1) que, dans la plupart des cas, le tissu glandulaire est primitivement malade. L'inflammation revêt dès le début le caractère d'un catarrhe purulent très-aigu : les alvéoles, les conduits excréteurs

(1) *Handbuch der allg. und spec. Chir.*, von Pitha und Billroth. t. III. p. 373.

et le canal de Sténon lui-même sont remplis de pus; il existe alors un simple œdème et une vascularisation plus ou moins accusée du tissu conjonctif périglandulaire. Si l'on fait une coupe transversale de la glande, le tissu conjonctif ne fait plus saillie, comme à l'état normal, au-dessus des lobules, et ceux-ci, au lieu d'apparaître sous forme de grains d'un rouge tendre, gros comme une petite lentille ou un petit pois, constituent de véritables noyaux d'un rouge sombre, gros comme un haricot ou une noisette, qui proéminent au-dessus de la coupe. Si l'on vient à ouvrir ces lobules, on les trouve remplis de pus; il semble que chacun d'eux soit le siège d'un petit abcès isolé. Dans les cas d'inflammation à marche très-rapide, il se fait un épanchement de sang dans leur cavité et l'on croirait avoir affaire à des infarctus hémorrhagiques. Si à cette période on fait l'examen histologique, on trouve que dans les canaux excréteurs les cellules cylindriques ne forment plus une simple bordure, mais une couche considérable, et si l'on vient à les dissocier, on y distingue plusieurs noyaux; quelques-uns sont déjà en transformation purulente. L'épithélium des alvéoles glandulaires est très-hypertrophié, troublé, et chaque cellule renferme trois ou quatre noyaux; dans certains endroits, il n'existe plus dans l'intérieur des alvéoles que des globules purulents.

Dans une seconde période, l'inflammation gagne le tissu conjonctif de la glande. On observe d'abord une infiltration de leucocytes dans le tissu conjonctif. Les travées conjonctives s'infiltrent et se ramollissent en même temps. Peu à peu les leucocytes forment de petits amas qui donnent bientôt naissance à de petits abcès multiples, qui siègent soit entre les lobules, soit dans la paroi du canal de Sténon et des principaux canaux excréteurs.

Dans une troisième période, qui survient très-rapidement dans les maladies graves, le tissu conjonctif intra-lobulaire, énormément hypertrophié et bridé par l'aponévrose enveloppante, étrangle et écrase les lobules glandulaires qui se sphacèlent, et se montrent sous forme de petits noyaux gangréneux dans le pus qui remplit la loge parotidienne. Lorsque celle-ci a été rompue, le pus peut fuser plus ou moins loin, et l'on trouve à l'autopsie les muscles disséqués, les os dénudés, l'articulation temporo-maxillaire ouverte.

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsqu'il s'agit d'une parotidite spontanée ou de voisinage, les malades éprouvent des douleurs lancinantes, irradiant à la tempe et au cou. Le moindre mouvement des mâchoires retentit douloureusement dans toute la tête.

Si, au contraire, la parotidite survient dans le cours d'une maladie grave, ses débuts sont masqués par les symptômes généraux, et le chirurgien ne soupçonnera son existence que lorsque la rougeur et le gonflement commenceront à apparaître.

Le gonflement débute en général par la partie inférieure lorsque le point de départ réside dans une inflammation propagée par le canal de

Sténon. Dans les autres cas, il peut occuper primitivement un point quelconque de la glande parotide. Il s'accompagne d'abord d'une rougeur diffuse, mais modérée. La chaleur augmente peu à peu et la pression devient de plus en plus douloureuse. Il se forme bientôt une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif qui empêche de sentir les lobules glandulaires, qu'on distinguait parfaitement au début en raison de leur hypertrophie. Le malade ne peut ouvrir la bouche qu'avec peine, et, s'il y parvient, on constate alors une inflammation plus ou moins vive de la muqueuse buccale; bientôt il se produit une sorte de trismus inflammatoire qui empêche le malade de desserrer les dents. La sécrétion est parfois très-douloureuse au moment de la mastication, et la salive est visqueuse et jaunâtre.

Le gonflement augmente assez vite et en trois ou quatre jours il peut atteindre son maximum. Par suite de la compression des veines faciales et de la jugulaire interne, on observe parfois une hyperhémie et un œdème de la face, et il n'est pas rare de voir survenir des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, de la surdité et d'autres phénomènes cérébraux plus ou moins graves.

Dans les cas de tuméfaction extrême, l'aponévrose finit par se rompre en un point, et alors il se forme presque subitement un foyer purulent sous la peau. Celui-ci est assez étendu et, en le comprimant, on peut entendre un bruit de gargouillement ou de clapotement dû au mélange de gaz et de pus. Si le chirurgien n'intervient pas, la peau se sphacèle rapidement et l'on voit sortir par l'ouverture un mélange de pus, de gaz fétides et de détritrus gangréneux, formés par des lambeaux de tissu cellulaire et des lobules glandulaires. Dans certains cas, la fétidité de ces abcès est suffocante et comparable à celle des abcès de la marge de l'anus.

Le gonflement n'est pas toujours aussi général et la marche aussi rapide. Dans un ou plusieurs points, on voit la rougeur se circonscrire, le tissu se ramollir et la fluctuation apparaître. Lorsque l'abcès est unique, il est en général assez considérable; mais souvent une série de petits abcès se forment successivement, comme dans les cas de mammite par rétention lactée. Les symptômes généraux consistent alors dans une fièvre plus ou moins vive et dans des frissons erratiques au moment de la formation de l'abcès. Lorsque la contracture des mâchoires n'est pas trop considérable, on peut, en comprimant la glande, voir le pus sourdre par le canal de Sténon dans l'intérieur de la bouche, au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure.

Chassaignac (1) a désigné sous le nom de *parotidite canaliculaire* une forme spéciale de cette maladie caractérisée par un gonflement et un empatement de la région parotidienne, et par la possibilité de faire sourdre du pus par l'orifice du canal de la glande; c'est une sorte de

(1) Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 194.

catarrhe purulent de la glande et des canalicules glandulaires. Certains individus sont atteints périodiquement de cette inflammation.

Dans les cas favorables la guérison survient après une ou deux semaines, mais la région reste encore douloureuse pendant longtemps. Souvent il persiste quelques noyaux d'inflammation dans l'épaisseur de la glande. Si le malade s'est exposé au froid, après quelques jours on voit de nouveau survenir une rougeur érysipélateuse de la peau : c'est un nouvel abcès qui se forme. On peut être prévenu de cette susceptibilité inflammatoire de la glande par l'examen des ganglions lymphatiques du cou qui restent engorgés tant que toute trace d'inflammation n'a pas disparu.

COMPLICATIONS. — La parotidite entraîne parfois à sa suite une paralysie faciale incurable ; elle peut être aussi le point de départ de fistules salivaires difficiles à guérir.

Lorsque l'inflammation de la parotide se termine par suppuration et que l'abcès n'a pas été ouvert de bonne heure, le pus, après avoir détruit l'aponévrose à sa partie inférieure, peut fuser dans le tissu cellulaire du cou ou dans la région sous-hyoïdienne ; d'autres fois il suit la gaine du sterno-mastoïdien ; enfin, il peut pénétrer plus profondément dans le tissu cellulaire du cou, apparaître dans la région sus-claviculaire ou s'ouvrir dans le cul-de-sac supérieur de la plèvre et déterminer une pleurésie mortelle, comme il en existe plusieurs observations. Dans d'autres cas, le pus se fraye une voie dans le conduit auditif externe par les incisures du cartilage de Santorini, ou bien, après avoir détruit la capsule, il pénètre dans l'articulation temporo-maxillaire. On a signalé des cas plus graves encore, dans lesquels le pus, remontant le long de la gaine des vaisseaux jusque dans l'intérieur du crâne, a déterminé une méningite promptement mortelle.

En raison de la présence du masséter et de la branche montante du maxillaire, il est rare que l'abcès s'ouvre dans la cavité buccale ; cependant nous avons trouvé des observations où il est dit que le pus, passant entre l'apophyse styloïde et le condyle, au niveau du prolongement supérieur de la glande, point où l'aponévrose n'existe pas, est venu soulever la paroi du pharynx, qu'il avait décollée plus ou moins loin. C'est là une variété d'abcès rétro-pharyngiens sur laquelle il est utile d'attirer l'attention.

Lorsque la parotidite s'est terminée par gangrène, il arrive parfois que les tissus sont sphacelés si profondément qu'il y a une véritable dissection pathologique du creux parotidien. Chez un malade, Richet put voir, à travers la plaie, la partie latérale du pharynx perforée et donnant passage à une certaine quantité de pus et de sang, tandis que de l'air s'échappait par les incisions extérieures.

Dans ces conditions, il peut survenir des hémorragies mortelles, que celles-ci soient dues à l'ouverture d'un gros tronc artériel ou à une ulcération de la jugulaire. Chez le malade dont nous venons de parler,

des hémorragies répétées et très-abondantes obligèrent Richet à pratiquer la ligature de la carotide externe ; cette opération eut un heureux résultat. Gillette (1) a observé un malade chez lequel les premières hémorragies furent si abondantes qu'il n'eut pas le temps de pratiquer la ligature. Signalons encore les thromboses des veines faciales, de la veine jugulaire et même du sinus caveux (Virchow), la phlébite de la jugulaire déterminant la formation d'abcès métastatiques dans divers organes (2).

DIAGNOSTIC. — On a vu qu'il est assez difficile de confondre la parotidite catarrhale (oreillons), qui naît généralement sous l'influence du froid ou de l'épidémie, avec la parotidite phlegmoneuse, qui constitue le plus souvent une complication des maladies graves. Lorsqu'il existe dès le début une douleur violente et bien localisée, on peut affirmer qu'il s'agit d'une parotidite phlegmoneuse.

Le phlegmon sous-cutané de la région parotidienne forme une tumeur plus superficielle, ne donne pas lieu aux phénomènes d'étranglement et de douleurs propres à la parotidite, et les troubles généraux ne sont pas comparables. Cependant, il est parfois très-difficile de reconnaître si le tissu conjonctif seul est enflammé ou si les lobules superficiels de la glande n'ont pas été le point de départ de la maladie.

Le point de diagnostic réellement intéressant réside dans la recherche des causes de la parotidite. On devra explorer la cavité buccale, afin de voir s'il n'existe pas de dents cariées, d'inflammation de la muqueuse et des gencives, surtout au voisinage de l'embouchure du canal de Sténon ; on devra également rechercher si le malade n'a pas eu d'otites, de coryza ou d'angine. Plus tard, lorsque l'abcès sera ouvert, on s'assurera avec le stylet si le point de départ n'est pas dans une périostite, une carie ou une nécrose. Une arthrite de l'articulation temporo-maxillaire se révélera par l'existence depuis un certain temps d'une douleur vive dans les mouvements spontanés ou communiqués.

L'adénite superficielle sera facilement reconnue si l'on a pu au commencement observer une petite tumeur dure, lobulée. L'adénite profonde ne sera soupçonnée que si l'on peut retrouver la trace d'une lésion quelconque dans le champ de distribution des lymphatiques qui se rendent aux ganglions parotidiens.

Dans les maladies générales, il faut être prévenu que le début de la parotidite est souvent très-insidieux, et explorer avec soin la région dès que le malade se plaindra de souffrir au voisinage de la mâchoire.

Chez les vieillards, la parotidite apparaît sans prodromes ; son développement se fait avec une grande rapidité : du matin au soir, le gonflement peut acquérir un volume considérable, et la maladie peut se terminer en quelques heures par la gangrène.

(1) *Union médicale*, 1872, n° 93.

(2) Hanot, *Bull. de la Société anatomique*, 1873.

PRONOSTIC. — Les anciens divisaient les parotidites en *critiques* et en *acritiques*. Aujourd'hui on est moins disposé à admettre que, dans les maladies graves, la parotidite soit une métastase heureuse. La vérité est qu'elle constitue toujours une affection assez sérieuse par elle-même pour mériter dès le début les soins les plus assidus de la part du chirurgien.

TRAITEMENT. — Au début, on peut essayer d'enrayer le développement de la maladie par l'application de sangsues. Si la marche paraît lente, on prescrira l'application d'une série de vésicatoires volants, suivant la méthode de Velpeau.

Dans la généralité des cas, le chirurgien doit intervenir de bonne heure en débridant l'aponévrose, quand même la fluctuation ne se fait pas nettement perçue; car il importe de prévenir les fusées purulentes qui peuvent survenir rapidement, dans l'espace d'une nuit.

L'incision doit être faite parallèlement à la branche montante de la mâchoire, et ne doit d'abord intéresser que la peau, en évitant autant que possible les troncs veineux. On perce ensuite l'aponévrose avec la pointe du bistouri et on la déchire avec la sonde cannelée. L'incision doit dépasser la partie inférieure de la glande, car le pus s'accumule plus tard dans les culs-de-sac inférieurs et donne lieu à une série interminable d'abcès. Si, dans la suite, la voie frayée au pus n'est pas suffisante, il devient quelquefois nécessaire de pratiquer une contre-ouverture et de passer un tube à drainage.

Il faut, de plus, recommander au malade de garder dans le lit une horizontale, car malgré l'incision on a vu souvent le pus fuser dans le tissu cellulaire du cou.

Dans la forme de parotidite qui se termine par une série d'abcès successifs, un traitement aussi énergique n'est pas toujours nécessaire; on peut ouvrir les abcès à l'aide d'une simple ponction à mesure qu'ils se forment.

Quand la parotidite a de la tendance à se terminer par induration, les badigeonnages à la teinture d'iode, une légère compression, un emplâtre de Vigo, ou des vésicatoires, peuvent hâter la résolution.

2° Fistules salivaires.

Nous ne nous occuperons ici que des fistules salivaires de la glande parotide, les fistules du canal de Sténon ayant été décrites avec les maladies des joues.

DE GAFFARY, *Fistules de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1868. — CADOT, *Fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1872.

ÉTIOLOGIE. — Les fistules de la parotide reconnaissent presque constamment pour cause un traumatisme, que celui-ci soit causé par un

accident ou produit par le chirurgien dans une opération sur cette glande.

Dans d'autres cas, les fistules sont consécutives à des affections antérieures de la glande elle-même, comme les parotidites qui se terminent par la formation d'un ou de plusieurs abcès, quelle que soit la cause de l'inflammation. Les calculs de la glande et l'obstruction du canal de Sténon par un calcul ou un corps étranger, qui produisent un engorgement et des abcès multiples de la parotide, ont déterminé consécutivement la formation de fistules.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les fistules parotidiennes peuvent se développer dans tous les points de la glande; mais il est important, au point de vue du traitement, de les diviser selon le siège de leur ouverture cutanée en deux classes : 1° celles qui sont situées au-dessous ou en arrière du lobule de l'oreille, ou encore dans le sillon compris entre le bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien et la branche montante; 2° celles qui s'ouvrent auprès de la partie antérieure de la glande. Dans quelques cas, le trajet fistuleux est plus long et l'orifice est situé plus ou moins loin en dehors des limites de la parotide.

Cet orifice, souvent très-petit, à peine visible à l'œil nu et n'admettant que le stylet le plus fin, est situé tantôt au fond d'une dépression, tantôt sur une petite éminence; quelquefois on voit au-dessous un petit décollement de la peau qui forme un cul-de-sac d'un rouge vineux, analogue à celui qu'on observe dans les fistules de l'anus.

Le malade se plaint d'être mouillé en certains moments, pendant la mastication principalement, ou lorsqu'il parle, par un liquide qui se tarit presque complètement à d'autres intervalles.

Si l'on provoque la sécrétion de la glande en faisant parler ou manger le malade, ou mieux en déposant sur sa langue des substances excitantes, du jus de citron, du vinaigre, par exemple, on voit par l'orifice sourdre goutte à goutte un liquide transparent, peu visqueux, qui n'est autre que de la salive parotidienne : le perchlorure de fer y décèle la présence du sulfo-cyanure de potassium.

Si l'on introduit un stylet très-fin par l'ouverture fistuleuse, on pourra se rendre compte de la direction, de la longueur et de la profondeur du trajet. Il sera quelquefois facile de sentir alors, à travers les parties molles, la pointe mousse du stylet. Mais on ne devra jamais négliger d'explorer le canal de Sténon à l'aide d'un autre stylet introduit par son orifice buccal. On s'assurera ainsi que celui-ci est perméable et l'on pourra se rendre compte de ses rapports avec le trajet et l'orifice fistuleux. Un autre moyen de constater si le canal de Sténon permet l'écoulement de la salive consiste à injecter du lait par le trajet fistuleux et à observer si celui-ci sort par l'orifice buccal.

Il est fréquent de voir les fistules parotidiennes s'oblitérer d'elles-mêmes. Cependant l'intervention du chirurgien est le plus souvent nécessaire.

TRAITEMENT. — Trois méthodes principales de traitement ont été employées pour obtenir la guérison des fistules de la glande parotide : la *compression*, la *cautérisation*, la *suture*.

1° La *compression* se fait tantôt sur l'orifice fistuleux lui-même, avec des rondelles d'amadou ou à l'aide d'un pansement quelconque qu'on laisse longtemps appliqué dans le but d'obtenir la cicatrisation; tantôt sur la glande parotide, pour diminuer ou même tarir la sécrétion et donner le temps à l'ouverture de se fermer.

2° *Cautérisation*. — Curtis Smith (1) chez une jeune fille de quinze ans, qui depuis l'âge de dix-huit mois avait une fistule parotidienne profonde de 13 centimètres, réussit à en obtenir la guérison par trois injections successives d'une solution concentrée de nitrate d'argent à travers l'orifice fistuleux.

On se sert le plus souvent pour cautériser le trajet fistuleux d'un stylet de trousse rougi au feu. Ce moyen réussit presque toujours, car on sait la tendance à la rétraction propre aux cicatrices de brûlures.

3° La *réunion des bords de la plaie* après avivement, ou son *occlusion par autoplastie*, comptent aussi quelques guérisons; mais nous préférons la méthode précédente qui laisse des cicatrices moins apparentes.

Si l'ouverture fistuleuse était voisine de la joue et si aucune des méthodes précédentes n'avait réussi, on pourrait créer une ouverture artificielle par la bouche, suivant le procédé de Deroy pour les fistules du canal de Sténon.

3° Tumeurs.

L'histoire des tumeurs de la région parotidienne est encore assez incomplète, et depuis la thèse déjà ancienne de Bérard, aucun travail d'ensemble véritablement important n'a été publié sur ce sujet.

Quoique les recherches microscopiques modernes aient démontré combien était fautive l'opinion de Bérard et de Velpeau, qui considéraient la plupart des tumeurs parotidiennes comme ayant leur origine dans les ganglions lymphatiques de la région, on doit admettre cependant qu'un certain nombre de ces tumeurs naissent primitivement en dehors de la parotide, qui tantôt reste constamment indépendante du néoplasme, et tantôt ne tarde pas à être envahie.

On pourrait donc distinguer deux classes de tumeurs parotidiennes : les unes indépendantes de la parotide, prenant naissance dans les éléments anatomiques communs de la région; les autres développées aux dépens de la glande salivaire même. Cette distinction, que justifie dans une certaine mesure l'examen anatomique, est malheureusement très-difficile et souvent même impossible en clinique. Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, serait-il prématuré de suivre dans la description

(1) *American Journal*, 1872, p. 112.

des tumeurs de la parotide cette division qui n'est pas encore suffisamment établie.

A. BÉRARD, *Des tumeurs de la parotide*, thèse de concours. Paris, 1841. — BILLROTH, *Beobachtungen über Geschwulste der Speicheldrüsen* (*Virchow's Archiv*, 1859). — BRAULOT, *Histoire des tumeurs parotidiennes*. Thèse de Paris, 1874.

A. Kystes. — Poches et dilatations salivaires.

On a observé dans la région parotidienne plusieurs variétés de tumeurs kystiques : a, *des kystes sébacés*; b, *des kystes séreux simples*; c, *des kystes ou dilatations salivaires*; d, *des kystes sanguins*; e, *des kystes compliqués produits par des néoformations*.

a. Les *kystes sébacés* ne diffèrent nullement de ceux qu'on rencontre dans les autres régions du corps et ne méritent pas de description spéciale.

b. Les *kystes séreux simples* ne sont connus que par deux observations : l'une est due au docteur Henri (de Lisieux) et est consignée dans la thèse de Bérard; la seconde est rapportée par le professeur Gosselin et a été l'objet d'une étude spéciale de M. Laugier (1).

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans, qui portait depuis sa naissance une tumeur grosse comme un petit œuf. Le docteur Henri l'ayant ouverte involontairement en essayant de l'extirper, il s'en échappa six onces d'un liquide clair, incolore, semblable à celui de l'hydrocèle.

Dans le second cas, une femme de cinquante-deux ans avait depuis six ans une tumeur indolente de la région parotidienne droite. Depuis deux mois la tumeur était devenue plus douloureuse et avait augmenté de volume. Elle était légèrement bilobée, de la grosseur d'un œuf de poule, mobile sur les parties profondes. La peau, saine, non adhérente, glissait facilement à sa surface. La fluctuation était superficielle et très-manifeste; la transparence aussi parfaite que celle d'un hydrocèle. Gosselin fit une ponction qui donna issue à un liquide citrin. Quelques jours après la poche suppura; elle fut alors fendue dans toute sa longueur et pansée avec une mèche. La malade guérit.

La mobilité excessive, la transparence parfaite, la fluctuation, sont des caractères précis qui distinguent ces kystes de certaines tumeurs solides présentant des points ramollis et donnant la sensation d'une fausse fluctuation. Ils sont toujours sous-cutanés et ne sauraient être confondus avec les abcès froids ou les abcès ganglionnaires, qui sont rarement si bien enkystés et nullement transparents.

c. *Kystes et dilatations salivaires*. — Laissant de côté les kystes produits par une dilatation du canal de Sténon, qui ont été décrits ailleurs, nous

(1) *Archives gén. de médecine*, mai 1870.