

douleurs névralgiques disparurent peu à peu et sa vie fut ainsi prolongée pendant huit mois.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Au point de vue de leur diagnostic différentiel, on peut diviser les tumeurs de la région parotidienne en *superficielles* et *profondes*, suivant qu'elles paraissent siéger au dehors de la loge fibreuse de la parotide, ou au dedans de cette loge.

Le diagnostic des *tumeurs superficielles* est généralement facile. Indépendamment des tumeurs érectiles, dont Rizzoli a rapporté un exemple, nous mentionnerons les kystes, les lipomes, les adénites chroniques qui se reconnaîtront à leurs caractères ordinaires. Cependant il peut se faire que certaines tumeurs, quoique siégeant au-dessous de l'aponévrose, paraissent superficielles; c'est ce que l'on observe pour le sarcome au début qui parfois constitue une petite tumeur arrondie, nettement limitée, roulant sous le doigt. On pourrait alors croire à une adénite chronique. Mais, dans ce dernier cas, on trouverait dans la même région ou dans les régions voisines d'autres petites tumeurs semblables, et le malade signalerait dans ses antécédents quelques phénomènes inflammatoires, enfin il serait le plus souvent possible de déterminer par une recherche attentive le point de départ de l'adénopathie.

Les *tumeurs profondes* présentent au contraire de sérieuses difficultés de diagnostic.

Nous éliminerons d'abord les tumeurs pulsatiles. Parmi celles-ci, les unes sont constituées par de véritables anévrysmes, d'ailleurs fort rares, et qui se reconnaîtront à l'existence d'un traumatisme antérieur, aux battements avec expansion, au bruit de souffle, etc. D'autres tumeurs, également pulsatiles, sont simplement soulevées par les battements de la carotide. Elles se distingueront des anévrysmes par l'absence d'expansion et de souffle.

Les tumeurs qu'il nous reste à examiner sont : les kystes, les lipomes profonds, les adénites chroniques, les sarcomes, les myxomes, les enchondromes, les adénomes, les lymphadénomes et les lymphosarcomes, les carcinomes.

Entre ces diverses variétés de tumeurs, le diagnostic est souvent fort difficile. Cependant, en se plaçant au point de vue du pronostic et du traitement, il est possible d'établir parmi ces tumeurs une première grande division et de les ranger d'abord en deux groupes principaux à chacun desquels correspond un ensemble de symptômes importants. Cette classification répond jusqu'à un certain point à la distinction clinique des tumeurs en *bénignes* et *malignes*.

Les tumeurs du premier groupe sont pour la plupart bénignes; ce

sont : les adénopathies bénignes, les kystes, les lipomes, les adénomes, les enchondromes, les sarcomes, les myxomes. On remarquera cependant que certaines de ces tumeurs, telles que les sarcomes, sont loin d'être absolument bénignes et présentent une tendance marquée à la récurrence; elles offrent, néanmoins, un caractère de malignité beaucoup moindre que les tumeurs du second groupe, dans lequel nous rangerons le carcinome, le lymphadénome et le lymphosarcome malins qui récidivent presque fatalement et se généralisent.

Les tumeurs du premier groupe se rencontrent le plus souvent chez des sujets jeunes et offrent généralement une marche lente. Si on les observe pour la première fois sur un sujet âgé et lorsque la tumeur a acquis un assez gros volume, on apprend que celle-ci a débuté durant la jeunesse et qu'elle existe déjà depuis plusieurs années, soit qu'elle ait subi un accroissement lent mais continu, ou qu'après avoir longtemps conservé le même volume elle ait cru rapidement.

Quoique les caractères objectifs diffèrent sensiblement suivant chaque tumeur en particulier, il en est, cependant, un certain nombre qui sont communs aux tumeurs du premier groupe. Indépendamment de la consistance qui est très-variable, puisque parmi ces tumeurs les unes sont solides et les autres liquides, on doit noter surtout l'intégrité de la peau qui, excepté dans le cas de tumeur volumineuse, conserve sa mobilité et ses caractères normaux. De même, et surtout au début, la tumeur est assez bien circonscrite, peu adhérente aux parties voisines, quelquefois même extrêmement mobile sur les parties profondes.

Dans ce groupe de tumeurs les signes subjectifs sont à peu près nuls: il n'y a pas généralement de douleurs et les symptômes de compression sur les organes voisins se montrent rarement; aussi la paralysie faciale est-elle assez rare.

Lorsque, par suite des progrès de la maladie, la tumeur s'ulcère, ce qui ne s'observe que pour quelques-unes des tumeurs de ce groupe, cette ulcération se fait par une sorte d'inflammation et de gangrène; la peau est souvent décollée sur les bords de l'ulcère dont le fond est constitué par de gros bourgeons charnus, rosés, peu consistants, et dont les produits de sécrétion consistent en une sérosité jaunâtre, rougeâtre, peu abondante et peu odorante.

Quelle que soit la période de la maladie, il est rare que les ganglions lymphatiques voisins soient compromis, et la santé générale se maintient dans un état satisfaisant.

Dans les tumeurs du second groupe, nous trouvons des caractères opposés. Il s'agit, en général, de sujets ayant dépassé la période moyenne de la vie, et chez lesquels il est quelquefois possible de découvrir des antécédents héréditaires.

La marche de la maladie est beaucoup plus rapide. Le début de la tumeur remonte à peine à quelques mois et déjà elle tend à envahir les parties voisines. La peau a perdu sa mobilité et est envahie par la

dégénérescence; par suite des prolongements dans tous les sens, la tumeur devient rapidement adhérente aux parties profondes, à la glande parotide, aux muscles, aux os. Les ganglions lymphatiques voisins ne tardent pas à s'engorger.

Contrairement à l'indolence des tumeurs du premier groupe, on observe dans celles que nous étudions actuellement des douleurs vives, lancinantes, avec irradiations, dues à la compression et souvent même à l'envahissement des troncs nerveux. De même la paralysie faciale se montre bien plus rapidement et avant même que la tumeur ait acquis un grand développement. Enfin, la santé générale est plus ou moins altérée, et l'on constate un amaigrissement plus ou moins marqué.

A la période d'ulcération les différences ne sont pas moindres : la peau n'est pas détruite par sphacèle, mais par un amincissement progressif et un envahissement plus ou moins rapide; les bords de l'ulcère ne sont pas décollés, mais coupés irrégulièrement à pic; le fond est couvert de grosses végétations mollasses, saignant au moindre contact, et de l'ulcération s'écoule en abondance un liquide ichoreux, fétide.

Après avoir indiqué les caractères généraux qui permettent de distinguer l'un de l'autre les deux groupes de tumeurs de la région parotidienne, il reste à établir le diagnostic différentiel de chacune des tumeurs qui composent ces deux groupes.

Il suffit de signaler les tumeurs liquides (kystes et poches salivaires) qui se reconnaîtront à la fluctuation. Cependant, il est parfois permis d'hésiter sur ce dernier point. Ainsi les myxomes, les lipomes, offrent souvent une mollesse telle qu'on peut croire à l'existence d'une tumeur liquide. On devra recourir dans ces cas à la ponction exploratrice. Au début, il est souvent difficile de se prononcer sur la nature d'une tumeur solide.

Relativement aux adénopathies, nous aurions à répéter ici ce que nous avons dit ailleurs des difficultés que l'on éprouve souvent dans le diagnostic de leur nature (adénite chronique, hypertrophie simple, lymphosarcome). Un caractère qui leur est commun est la multiplicité des tumeurs, et, dans le cas de lymphosarcome, l'envahissement rapide et presque simultané des autres ganglions cervicaux.

Le diagnostic de l'adénome pur me paraît presque impossible et la confusion avec le sarcome presque inévitable. On devra cependant tenir compte de l'extrême rareté des adénomes purs de la parotide. Il en est de même du lipome profond.

Le sarcome, au contraire, constitue l'immense majorité des tumeurs du premier groupe, dont il revêt tous les caractères. Il présente un aspect lobulé, sa consistance est élastique et rénitente. Il peut acquérir un volume énorme.

Le myxome, qui présente à peu près les mêmes caractères que le sarcome, s'en distingue cependant par une mollesse plus grande et quelquefois telle qu'on pourrait croire à l'existence d'une tumeur liquide.

Nous avons dit que, dans ces cas, la ponction exploratrice ferait cesser l'incertitude. D'ailleurs le sarcome et le myxome existent quelquefois simultanément et, dans ces cas, la tumeur offre en divers points une consistance variable.

L'enchondrome se distingue du sarcome par son développement plus lent encore, par sa forme souvent plus arrondie, enfin par sa consistance spéciale. La palpation démontre, en effet, à la surface ou dans l'épaisseur de la tumeur, des lobes ou des noyaux durs et élastiques.

Quant au diagnostic différentiel des tumeurs du second groupe, il n'offre pas de grandes difficultés. Les caractères généraux qui ont été exposés précédemment appartiennent à proprement parler au carcinome de la parotide, et nous n'avons pas à y revenir. Le lymphadénome et surtout le lymphosarcome de la région parotidienne pourraient être plutôt confondus, à leur période initiale, avec les tumeurs du premier groupe (adénite chronique, sarcome de la parotide). La généralisation rapide, l'envahissement de proche en proche des ganglions cervicaux voisins, l'altération de la santé, qui rapprochent ces sortes de tumeurs du cancer vrai, permettraient seuls de déterminer leur nature.

ARTICLE IV

EXTIRPATION DES TUMEURS DE LA PAROTIDE

L'extirpation des tumeurs de la parotide est une des questions de la pratique chirurgicale les plus difficiles et les plus controversées. Depuis le commencement du siècle jusqu'à la période contemporaine, les générations successives des chirurgiens français et étrangers ont émis les opinions les plus différentes sur l'opportunité de l'opération; cependant il nous semble que peu à peu la lumière se fait et qu'il est déjà possible de tracer quelques règles générales.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION.—Lorsque la tumeur est superficielle, peu volumineuse, circonscrite et mobile, l'opération est parfaitement indiquée et ne présente aucune difficulté. Il en est ainsi des kystes, des adénomes vrais, des sarcomes et des enchondromes au début, quand ils ont le volume d'une petite noix ou d'une prune. Le lymphadénome limité à un seul ganglion, le carcinome sous toutes ses formes, *si les glandes lymphatiques sont intactes* et si la tumeur ne dépasse pas le volume indiqué, doivent aussi être enlevés, quand même ils auraient quelques adhérences avec la peau ou avec les parties profondes. A cette période en effet on est sûr de pouvoir enlever tout le mal, et les chances de récidive sont moindres.

Lorsque la tumeur a acquis le volume du poing, si elle n'est pas enclavée dans la loge parotidienne, si elle jouit de quelque mobilité sur les parties profondes et surtout si elle est bien circonscrite, comme dans certaines variétés de sarcome glandulaire ou d'enchondrome, le chirur-

gien ne doit pas hésiter à en pratiquer l'extirpation. L'opération, il est vrai, présentera des difficultés, mais la masse morbide est alors entourée d'une enveloppe fibreuse qui en rend la dissection plus facile; de plus, l'enchondrome et le sarcome glandulaire, lorsqu'ils se développent au centre de la parotide, tendent à venir faire saillie à l'extérieur, tandis qu'ils compriment dans le fond du creux parotidien et atrophient les parties profondes de la glande. Nous avons vu plus haut que ces sortes de tumeurs repoussaient le tronc de la carotide externe et le nerf facial et ne leur adhéraient pas, ce qui diminue les dangers de l'opération. Dans quelques cas, cependant, le nerf facial côtoie tellement près la face profonde de la tumeur qu'il faut prendre de grandes précautions pour éviter sa lésion.

Mais il devient beaucoup plus difficile de formuler nettement l'indication de l'opération quand il s'agit de tumeurs diffuses, comme certaines variétés de l'enchondrome et du sarcome, et le cancer sous toutes ses formes, ou quand la tumeur, quoique entourée d'une capsule fibreuse, a atteint un volume énorme. En effet, il est alors nécessaire d'extirper toute la glande parotide, ou tout au moins de pénétrer si profondément dans le creux parotidien que certains chirurgiens hésitent et conseillent de s'abstenir. Cependant, nous croyons qu'un chirurgien habile et expérimenté doit tenter l'extirpation, La statistique et les faits cliniques nous autorisent à émettre cette opinion. Sur les 52 cas contenus dans la thèse de Berard, on ne trouve qu'un seul cas de mort survenue pendant l'opération, 5 ou 6 cas de mort après l'opération, et 3 ou 4 cas de récurrence. Von Burns, dans son mémoire, a réuni 168 cas d'extirpation partielle ou complète de la parotide, parmi lesquels il y eut seulement 5 opérés qui moururent d'érysipèle, de phlegmon ou d'infection purulente. Dans 12 cas, l'extirpation fut complète, et dans 46, on enleva la plus grande partie de la parotide.

Le volume considérable de la tumeur n'est pas une contre-indication, car Goyrand (d'Aix) enleva avec succès un énorme sarcome qui descendait jusqu'à la partie moyenne du cou : la parotide presque entière, les ganglions du cou qui étaient engorgés et même la glande sous-maxillaire faisaient partie de cette tumeur. Bauchet a extirpé heureusement, chez une femme de soixante-sept ans, une tumeur de la parotide qui pesait 3 kilogrammes. Demarquay (1) a pu enlever un enchondrome qui mesurait 115 centimètres de circonférence et pesait 1300 grammes.

Lorsque la tumeur pénètre profondément dans le creux parotidien, les difficultés opératoires, quoique grandes, ne sont pas insurmontables. Dans beaucoup d'observations, les artères occipitale, temporale, maxillaire interne et même la carotide externe, ont été coupées, mais on a pu se rendre maître de l'hémorragie et les malades ont guéri. O. Weber, dans un cas, a réséqué une longue portion du sterno-mastoïdien et les

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, 1856-57, p. 541.

muscles styliens. Nous verrons plus loin, à propos du manuel opératoire, par quels moyens on peut, sinon éviter la lésion des vaisseaux, au moins prévenir une hémorragie trop abondante au moment de l'opération.

Cependant, si la tumeur envoie des prolongements qui font saillie du côté du pharynx, comme Burns en a rapporté un exemple, on ne pourra faire une extirpation complète : une petite partie de la tumeur restera au fond de la plaie. Dans ces cas, peut-être vaudrait-il mieux s'abstenir.

On a longtemps discuté pour savoir si la glande parotide pouvait être enlevée tout entière. Allan Burns, Richter, Richerand, Boyer, niaient la possibilité de l'opération sur le cadavre, et considéraient l'hémostase comme presque impossible chez le vivant, à cause du nombre et du volume des vaisseaux lésés pendant l'opération. En 1844, dans sa thèse pour le concours du professorat, A. Bérard réunit un certain nombre de cas où l'artère carotide externe et le nerf facial avaient été lésés, et considéra ces deux accidents comme la preuve d'une extirpation totale de la parotide. Nélaton et Denonvilliers soutinrent et propagèrent son opinion, et enfin, en 1858, l'Académie ayant nommé une commission pour étudier la question, Malgaigne, qui en fut rapporteur, admit que dans certains cas exceptionnels on pouvait enlever toute la parotide sans léser ni la carotide externe, ni le nerf facial. La solution de cette question n'a pour nous qu'un intérêt secondaire. Il nous suffit d'avoir pu établir par la statistique précédente que la guérison, malgré des lésions considérables, est presque constante après l'extirpation complète de la tumeur, même quand elle est volumineuse ou quand elle pénètre jusqu'à une grande profondeur dans le creux parotidien.

Quoique partisan de l'opération, même dans le cas de tumeurs volumineuses de la parotide, je crois devoir faire des réserves pour les tumeurs qui sont de véritables *carcinomes*. Dans ces cas, il est impossible de savoir les limites du mal, dès que la tumeur a acquis un certain volume, et l'on peut craindre que la dégénérescence ait dépassé les limites de la glande, se soit propagée aux muscles environnants, aux os, et ait envahi la paroi même des gros troncs vasculaires et nerveux. Bérard trouva, à l'autopsie d'un malade que Béclard devait opérer, un prolongement cancéreux dans la veine jugulaire; Richet a vu, sur un malade mort dans son service, une adhérence tellement considérable entre la tumeur et les parois des vaisseaux et du pharynx qu'à l'autopsie il lui fut impossible de les séparer.

MANUEL OPÉRATOIRE. — En présence des artères si nombreuses et si importantes qui occupent la cavité parotidienne, beaucoup de chirurgiens craignant de ne pouvoir arrêter l'hémorragie pendant l'opération, ont proposé et ont fait la ligature préventive de la carotide primitive.

L'expérience a démontré que cette ligature préventive n'était pas nécessaire, de sorte qu'il vaudrait peut-être mieux s'en abstenir, car on

doit toujours craindre les accidents cérébraux qui sont souvent la suite d'un arrêt complet du cours du sang dans la carotide primitive. L'inutilité de la ligature préventive de la carotide externe à son origine n'est pas aussi démontrée, mais elle n'est pas toujours possible. Certains chirurgiens ont conseillé d'étendre un peu en bas l'incision de la peau jusqu'au niveau de l'os hyoïde et de jeter une ligature d'attente au point où la carotide primitive se divise; on pourrait aussi passer un autre fil sous l'origine de la carotide externe, si dans le cours de l'opération on éprouvait quelque difficulté à lier les branches coupées. Dans tous les cas, avant de commencer l'opération, il est absolument nécessaire de confier à un aide le soin de faire la compression de la carotide primitive dès qu'un vaisseau volumineux sera divisé.

L'extirpation des tumeurs de la parotide un peu volumineuses comprend quatre temps bien distincts.

1° Dans un premier temps on incise la peau; cette incision peut être linéaire et verticalement dirigée, suivant le grand diamètre de la tumeur; Velpeau faisait décrire à son bistouri une légère demi-courbe. Lorsque la tumeur est volumineuse, on est obligé de faire une seconde incision transversale, et si la peau n'est pas saine dans toute son étendue, on comprend toutes les parties malades entre les deux moitiés d'une ellipse.

2° Dans un second temps, on découvre toute la surface de la tumeur en disséquant la peau: il faut éviter d'ouvrir l'aponévrose, car l'opération deviendrait plus difficile.

3° Dans le troisième temps, on commence par isoler avec le bistouri le côté antérieur de la masse morbide et à le détacher du muscle masséter, jusque vers le bord postérieur de la mâchoire; il faut ici lier l'artère transversale de la face, si elle donne du sang; on passe ensuite à la dissection du bord postérieur qu'on détache entièrement du muscle sterno-cléido-mastoïdien: on divise ainsi les artères occipitale et auriculaire qu'on lie aussi si l'hémorrhagie est abondante.

4° La tumeur ne tient plus alors que par sa partie moyenne, qui s'enfonce dans la profondeur du creux parotidien. On doit l'attaquer de bas en haut, car en agissant ainsi on est sûr, si on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, de ne lier qu'une fois chacun d'eux, puisqu'on les ouvre dans leur partie la plus inférieure, et l'on aperçoit mieux les parties sur lesquelles doit porter l'instrument. Il faut, à mesure qu'on pénètre dans le creux parotidien, disséquer plutôt avec les doigts ou le manche du scalpel qu'avec la lame. Si, arrivé dans le fond de la plaie, on s'aperçoit que la carotide externe, enveloppée par les tissus malades doit être nécessairement divisée, on passe sous elle un fil double avant son entrée dans la tumeur, et on la coupe entre deux ligatures bien solidement appliquées. Lorsque la tumeur ne tient plus que par un pédicule assez étroit, on peut sectionner ce pédicule entre deux ligatures, ou se servir de l'écraseur linéaire, à l'exemple de Chassaignac.

Le professeur Verneuil (1) a dans un cas combiné fort heureusement l'emploi du galvanocautère et de l'écraseur linéaire. Enfin, il est quelquefois possible de détacher avec les doigts ou d'arracher les prolongements profonds de la tumeur.

§ III. — Maladies de la région sus-hyoïdienne.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE

Quoique la saillie du menton et du cartilage thyroïde sur la ligne médiane et celle des sterno-mastoïdiens sur les côtés protègent souvent la région sus-hyoïdienne contre l'action des agents vulnérants, cependant les blessures de cette région ne sont pas extrêmement rares et s'observent, soit à la suite de traumatismes accidentels, soit à la suite de tentatives de suicide.

Les particularités propres aux lésions traumatiques de la région sus-hyoïdienne résultent: 1° de la situation de la région, en rapport immédiat avec la cavité buccale et en rapport peu éloigné avec l'orifice supérieur des voies aériennes et digestives; 2° de la multiplicité des organes qui entrent dans la structure du plancher de la bouche et peuvent être atteints par le traumatisme.

Les plaies qui ne pénètrent pas dans la bouche et qui ne s'accompagnent de la lésion d'aucun organe important ont un pronostic généralement bénin. Cependant il faut savoir que, même dans ces traumatismes superficiels, il peut survenir de l'œdème du larynx et du pharynx, avec altération de la voix, dyspnée et dysphagie.

Quand la section a pénétré jusqu'à la cavité buccale, surtout si la base de la langue et l'épiglotte sont intéressées, des accidents immédiats de suffocation peuvent en résulter, soit parce que la langue portée en arrière vient obstruer les voies aériennes, soit parce qu'un écoulement de sang se produit dans le larynx. Ces premières complications évitées, on observera que la plaie reste béante dans l'extension de la tête, et donne un passage facile à l'air, à la salive et aux aliments; l'articulation de la voix est gênée ou impossible; mais quand par la flexion de la tête on ferme l'ouverture traumatique, ces symptômes cessent, sauf quelquefois le passage des liquides dans les voies aériennes, pendant le deuxième temps de la déglutition. En dehors de cet accident, les fonctions respiratoires s'accomplissent normalement, et la guérison survient le plus souvent sans fistule persistante.

Les organes spéciaux à la région qui nous occupe et que peuvent

1) *Revue photographique des hôpitaux*, sept. 1872.