

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.

intéresser des agents vulnérants, sont : les artères linguale et faciale, les glandes sous-maxillaires et leurs conduits, enfin le nerf grand hypoglosse et le laryngé supérieur.

Il n'est guère fait mention de symptômes propres à la blessure de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. Cet accident est rare à cause de la présence de la branche du maxillaire qui recouvre ces organes. Dans les opérations où l'on a intéressé la glande, il s'est formé quelquefois une fistule salivaire semblable à celle de la parotide. Chez un malade dont la salive transsudait à travers une cicatrice de la région sus-hyoïdienne, Vidal rapporte que Boyer obtint la guérison par une longue compression.

Quant au canal de Wharton, nous verrons, en faisant l'histoire des grenouillettes, que par certaines opérations on obtient des fistules permanentes de ce conduit, communiquant avec le plancher de la bouche dans le sillon maxillo-lingual.

Les plaies des nerfs de la région sus-hyoïdienne sont encore moins étudiées que celles des organes salivaires. On peut avec Pitha et Billroth attribuer à la lésion du laryngé supérieur la possibilité de pratiquer avec le doigt des attouchements sur l'orifice supérieur du larynx, sans réveiller les phénomènes habituels de sensibilité convulsive, dans quelques cas de plaie profonde du plancher de la bouche et de la base de la langue. Nous avons signalé précédemment quelques observations de blessures du nerf hypoglosse, suivies de paralysie et d'atrophie unilatérale de la langue.

Nous devons enfin dire quelques mots des plaies des artères linguale et faciale. Elles sont généralement dues à des coups de feu tirés, soit dans la bouche, soit par l'extérieur. Dans une observation rapportée par le Dr Noir (de Brioude) (1), une pommade escharotique, qu'avait appliquée une vieille empirique, pour hâter la cicatrisation d'une plaie opératoire, ulcéra la faciale, et l'hémorrhagie ne pût être arrêtée que par la ligature de la carotide externe. Lorsque la blessure est profonde et anfractueuse et les tissus infiltrés de sang, il est parfois difficile de diagnostiquer quelle est l'artère blessée, tant les troncs principaux des carotides et leurs branches sont rapprochés dans le triangle sus-hyoïdien.

À la suite des blessures par armes à feu, il est rare que, dans une région aussi bien limitée et aussi accessible aux explorations, un *corps étranger* quelque peu volumineux puisse passer longtemps inaperçu. C'est cependant ce qui arriva dans le fait suivant que nous rapportons à titre d'exception remarquable (2). Un capitaine d'infanterie de marine fut blessé le 25 mai 1871, à l'attaque du Jardin des Plantes, contre les insurgés de la Commune de Paris. Il reçut un projectile qui lui fractura l'angle gauche de la mâchoire inférieure. En portant la main à sa blessure, il en retira un corps dur et pesant, qui lui parut être une balle. Il y eut

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 595.

(2) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 11 et 18 octobre 1873.

une hémorrhagie assez sérieuse et une telle tuméfaction de la région blessée et de la langue, que le soir même de l'accident l'asphyxie imminente nécessita la trachéotomie; le malade resta seize jours en traitement, à l'hôpital de la Pitié, puis fut transporté à Versailles. Le gonflement de la région sous-maxillaire avait diminué d'un tiers, mais faisait encore une saillie jusqu'au devant du cartilage thyroïde; la mastication des aliments solides restait impossible, et l'exploration de la plaie par le stylet faisait invariablement rencontrer la dénudation de l'os maxillaire. Dans le courant du mois d'août, des abcès se formèrent à la région sus-hyoïdienne; ils furent incisés sans que la tuméfaction diminuât sensiblement, et le 5 septembre seulement, c'est-à-dire plus de trois mois après la blessure, une sonde cannelée introduite par l'ouverture de l'un des abcès fit reconnaître la présence d'un corps étranger volumineux, enclavé entre la branche de la mâchoire et l'os hyoïde. En pratiquant les incisions nécessaires, on retira en effet un biscaien, provenant d'une boîte à mitraille, mesurant 4 centimètres de diamètre et pesant 215 grammes. À la suite de cette extraction, la guérison marcha rapidement.

Le TRAITEMENT des plaies de la région sus-hyoïdienne doit essentiellement être dirigé suivant les indications symptomatiques. La plaie est-elle sans complications, on fléchira d'abord la tête pour obtenir la réunion, puis aussitôt que la cicatrisation sera assez avancée, on mettra la tête dans l'extension, pour prévenir les rétractions. Si la section a porté sur toute l'épaisseur du plancher buccal, pour peu que la langue menace d'obstruer les voies aériennes, il est prudent de la fixer en avant à l'arcade dentaire par une ligature. D'ailleurs, en cas d'asphyxie imminente, on aura toujours la ressource de la trachéotomie.

On remédiera à la dysphagie en nourrissant le blessé avec la sonde œsophagienne. En ce qui concerne le pansement de la plaie extérieure, nous proscrivons l'emploi de la suture.

Enfin s'il se produit une hémorrhagie, soit primitive, soit secondaire, qui résiste aux moyens hémostatiques usuels et que la ligature dans la plaie des deux bouts du vaisseau divisé ne soit pas praticable, on recourra à la ligature de la carotide externe, ou même de la carotide primitive, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer la source de l'hémorrhagie. Cette grave opération ne met pas toujours à l'abri du retour de l'hémorrhagie par le bout périphérique, et c'est ainsi que Maurice Raynaud (1) vit succomber un blessé dont il prolongea cependant l'existence de quelques heures en lui pratiquant la transfusion du sang.

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1871, t. XII, p. 169.