

tion parasitaire ou une lésion névritique trophique, comme d'autres auteurs l'ont admis.

#### E. — Angiomes de la langue.

Les tumeurs érectiles de la langue sont artérielles ou veineuses; elles sont congénitales ou se développent après la naissance sur un nævus. La disposition des vaisseaux dans la couche sous-muqueuse explique pourquoi dans les deux cas c'est à ce niveau que l'angiome prend son origine; il s'étend en surface et amincit la muqueuse qui le recouvre en même temps qu'il peut gagner les vaisseaux des tissus musculaires sous-jacents qui se dilatent et dont la paroi s'amincit de plus en plus. Ce sont surtout les tumeurs veineuses qui ont cette tendance à gagner vers la profondeur, les angiomes artériels envahissent au contraire de proche en proche le réseau capillaire sous-muqueux et superficiel. Comme tous les angiomes artériels, ceux de la langue se gonflent sous l'influence d'un effort quelconque; ils sont réductibles à la pression, animés de frémissements, de battements, et font percevoir un bruit de souffle. Quand ils sont veineux, caveux, les efforts les rendent turgescents, la compression les réduit au moins en partie, à moins qu'ils ne contiennent des phlébolithes. Mais ils ne présentent pas de pulsations.

Ces tumeurs peuvent, dans certains cas rares, atteindre un volume assez considérable pour que les gênes fonctionnelles qu'elles déterminent nécessitent une intervention chirurgicale; elles pourraient même, paraît-il, par leur poussée incessante sur les dents incisives et sur la symphyse du menton, produire une déviation en avant de ces parties dures; d'autres fois elles auraient été causes d'asphyxie en obstruant le larynx. Leur rupture et leurs ulcérations peuvent déterminer des hémorragies en nappe très difficiles à arrêter, et quelquefois la mort par septicémie ou par thrombose.

**Traitement.** — On a tenté d'oblitérer les vaisseaux dilatés de ces tumeurs par la cautérisation au fer rouge, les injections caustiques, la pâte de Vienne, les flèches de Canquoin: les résultats ont été peu satisfaisants d'ordinaire, très fâcheux d'autres fois, car d'une part on ne saurait que fort difficilement tout détruire, et d'autre part les caillots transportés au loin peuvent entraîner la mort par le mécanisme bien connu.

Le bistouri ne donne lui aussi que des résultats incomplets, et souvent l'hémorragie est des plus graves. C'est donc à la compression des bords de la tumeur qu'il faut s'adresser, soit qu'on la fasse par des ligatures multiples à l'entour de la tumeur, soit qu'on comprime celle-ci entre des pinces à forcipressure très fortes, qui détermineront la mortification de la partie centrale conservée entre les mors de ces espèces de tenailles.

#### F. — Lymphangiome de la langue (Macroglossie).

C'est à une dilatation caverneuse des lymphatiques et de leurs lacunes connectives d'origine qu'il faut rapporter aujourd'hui ce que l'on considérait comme une hypertrophie linguale. Dans cette affection congénitale quelquefois, développée pendant l'enfance le plus souvent, la langue, plus grosse que normalement, remplit la bouche, continue à s'hypertrophier, vient faire saillie en dehors des lèvres et pend plus ou moins au-devant du menton.

L'anatomie pathologique de ce lymphangiome ne permet plus de rattacher l'origine de la macroglossie à une lésion musculaire, ou à une altération congénitale de l'appareil hyoïdien; il faut évidemment en chercher l'origine dans une trophonévrose.

Une fois la langue hypertrophiée insinuée entre les arcades dentaires, on comprend combien ses morsures deviennent fréquentes; quand elle dépasse l'ouverture buccale et qu'elle est en contact permanent avec l'air, sa muqueuse hypertrophiée se dessèche, durcit, devient brune, se crevasse et est de plus en plus exposée aux morsures causées par les dents; cette sécheresse détermine une soif incessante. L'enfant est obligé de pousser les aliments avec ses doigts dans l'intérieur de la cavité buccale jusqu'au pharynx. La mastication, la déglutition, la phonation, la respiration, sont gênées ou empêchées. Il résulte de tout cet ensemble de troubles fonctionnels un défaut de nutrition générale qui augmente progressivement et auquel l'enfant peut succomber.

Il est presque inutile de dire que dans les cas où la macroglossie est congénitale, la lactation est difficile sinon impossible, car l'enfant ne saurait exécuter les mouvements de succion.

**Traitement.** — Comme palliatif on emploie une sorte de sac, de pochette en caoutchouc qui embrasse la langue et en empêche la dessiccation et les crevasses; comme traitement curatif il faut renoncer à tous ceux qui n'ont pas l'excision comme objectif; on y recourait à regret autrefois, à cause des accidents septiques qui pouvaient survenir, accidents bien peu à redouter aujourd'hui. L'excision peut être faite au bistouri par le procédé en V, mais mieux vaut s'adresser aux ligatures, à l'écraseur linéaire ou mieux encore aux procédés de forcipressure. Toujours on réunira par des sutures profondes et on se mettra en garde contre les hémorragies secondaires possibles.

#### G. — Kystes de la langue.

L'existence des *kystes dermoïdes* de la langue ne me paraît pas bien démontrée, malgré les quelques observations éparses dans la science.

Les *kystes séreux* qui résident toujours à la face inférieure de la

langue seront décrits avec les affections du plancher de la bouche.

Les *kystes muqueux* peuvent se trouver partout où sur la muqueuse linguale existent des glandes de cette nature, ce ne sont que des kystes par obstruction du canal excréteur.

Les *kystes hydatiques* que l'on a rencontrés quelquefois ne sauraient faire le moindre doute, puisqu'on y a trouvé des cysticerques. Il faut les extirper avec leurs poches kystiques pour éviter les récidives.

#### H. — Cancer de la langue.

On admet aujourd'hui que le cancer de la langue est toujours de l'épithélioma, et on lui reconnaît deux formes principales qui se révèlent au début par des caractères différentiels importants, mais se confondent plus tard quand l'ulcération s'est produite : *la forme papillaire et la forme infiltrée, interstitielle.*

Sans revenir sur l'étiologie générale du cancer et de l'épithélioma en particulier, nous dirons que le cancer de la langue est une affection de l'âge moyen de la vie, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, quelquefois provoquée par des irritations mécaniques ou des excitations telles que l'abus du tabac (?), peut-être préparée dans quelques cas plus rares par des ulcérations simples ou syphilitiques chez des sujets prédisposés, comme l'a dernièrement démontré Lanelongue de Bordeaux.

L'hérédité joue un rôle incontestable dans cette étiologie, mais il convient encore de donner une large part à l'arthritisme et à la diathèse herpétique. Le psoriasis lingual et les aphtes précèdent, dit-on, souvent longtemps à l'avance l'apparition du cancer.

Deux périodes bien distinctes existent dans l'évolution de cette terrible maladie : celle du début et celle de l'ulcération.

L'épithélioma papillaire s'annonce en général par un développement exagéré des papilles en un point limité sur les bords, ou vers la pointe de l'organe. C'est une petite masse irrégulière, hérissée, d'une coloration rouge, rosée ou grisâtre, offrant à sa surface des points saillants acuminés ou arrondis qui reposent sur une base large et indurée. Autour d'elle le tissu lingual paraît sain, mais quand on le palpe, il est dur sur une certaine étendue, et on délimite très mal la base qui supporte les papilles. A ce signe on reconnaît l'infiltration qui s'est déjà produite, et l'on peut soupçonner le cancer dont le premier caractère est ici d'envahir rapidement le tissu feutré, délicat de la langue.

Si à cette période on pratiquait l'examen histologique des parties malades, on verrait le corps papillaire hypertrophié et recouvert d'éléments épithéliaux abondants, la muqueuse épaissie, infiltrée de cellules épithéliales dont un grand nombre réunies ensemble forment des globes épidermiques, enfin le tissu sous-muqueux ainsi que les

muscles envahis et détruits par la prolifération de plus en plus active à mesure qu'elle rencontre devant elle plus de tissu conjonctif et de vaisseaux, tous tissus moins condensés et d'un accès plus facile.

Cependant la langue peut rester longtemps sans présenter de tels désordres anatomiques, tant que l'ulcération ne s'est pas produite. On ne voit alors que la végétation papillaire qui augmente et s'étend plus ou moins, formant une série de parties saillantes séparées par des sillons profonds.

Dans la forme interstitielle, profonde, l'aspect n'est pas le même au début. Une érosion rebelle se montre tout d'abord, une petite plaque indurée, de surface inégale, apparaît. Ailleurs ce sera un petit abcès tel que Gosselin en a rapporté un bel exemple, ou bien une fissure à bords durs et inégaux. Les bords ou la pointe de la langue peuvent être des régions d'élection ; mais la forme infiltrée débute assez souvent dans le sillon muqueux qui sépare l'amygdale de la base de la langue, ou près du repli gingivo-lingual.

L'induration superficielle peut rester longtemps en l'état jusqu'au jour où le premier signe de l'ulcération se montre : la suffusion sanguine.

A ce moment le cancer lingual perd sa forme primitive et revêt tous les caractères qui confondent les deux variétés pour en faire le cancer ulcéré et infiltré avec son cortège de symptômes graves, d'engorgements ganglionnaires, d'hémorragies, d'infection lymphatique et septicémique.

Les débuts du cancer de la langue peuvent passer inaperçus. Plus tard ce sera le volume même de la plaque indurée ou des papilles hypertrophiées qui attireront l'attention du malade, ou bien la petite perte de sang produite par un commencement d'ulcération.

Cependant, dès la période initiale la langue semble avoir perdu sa mobilité normale ; elle devient maladroite, disent les auteurs, et ce défaut d'aptitude se trahit par des morsures fréquentes ou des troubles légers de la parole. Son tissu est induré, ses muscles sont altérés profondément : l'organe a perdu ses fonctions physiologiques.

Vient-on à examiner la région atteinte, on voit alors ou bien ce que nous avons déjà décrit, ou bien une ulcération d'aspect variable. La langue est en effet comme fongueuse, saillante, encore hérissée dans le cancer papillaire, déjà anfractueuse, inégale, creusée avec bords relevés dans le cancer interstitiel.

Dans les deux variétés, le palper de la langue ne laisse aucun doute : base indurée ou infiltration diffuse, peu délimitable, sont des caractères qui ne manquent jamais. Il va sans dire que cette infiltration peut déjà s'être produite à un haut degré dans la forme infiltrée alors que l'ulcération n'existe pas encore. C'est dans ce cas surtout qu'on observe les troubles fonctionnels déjà signalés et que le

tissu lingual peut offrir une sorte de racornissement, de rétraction atrophique, de sclérose diminuant le volume de l'organe et déterminant son immobilité.

Passé une certaine période après l'ulcération, le mal fait de rapides progrès. Une grande partie de la langue est dure, inégale au toucher, soit une moitié tout entière, soit une bande transversale d'un bord à l'autre, soit l'organe dans sa totalité, de la pointe à la base.

La tumeur couverte d'ulcérations avec des bourgeons de mauvaise nature, creusée de cavités grisâtres et puriformes d'où s'échappe trop souvent du sang en grande quantité par ulcération des vaisseaux artériels, ne reste pas longtemps confinée dans l'organe où elle a pris naissance. Elle gagne les régions voisines et se propage par la voie lymphatique.

Les ganglions se prennent vite dans le cancer de la langue. Ils apparaissent avant et surtout après l'ulcération. On les trouve au-dessous de la mâchoire de chaque côté et sur la ligne médiane : indurés et roulant sous la peau tout à fait au début, ils grossissent ensuite et se multiplient au point de déformer quelquefois beaucoup la région qu'ils ont envahie. Plus tard enfin la chaîne ganglionnaire se prend de proche en proche, et on peut en retrouver des saillies jusqu'au-dessous des sterno-mastoïdiens et dans les creux sus-claviculaires.

L'infection ganglionnaire présente du reste le même aspect et la même marche que dans le cancer des lèvres que nous avons déjà décrit, aussi n'y insisterons-nous pas davantage.

Quant aux progrès que fait la lésion du côté des parties voisines, il suffirait, pour en donner une idée, de nommer ici les organes qui entrent dans la structure de la bouche et de l'arrière-gorge. L'ulcération les envahit vite et établit en avant des voies respiratoires et du pharynx une vaste surface d'où s'échappent sans cesse des produits altérés qui peuvent infecter l'économie par la digestion et la respiration.

Qu'on se rappelle encore les douleurs vives qu'éprouve assez souvent le malade, douleurs locales et propagées dans le cou, la face, l'arrière-gorge, les oreilles. Qu'on se souvienne des hémorragies fréquentes difficiles à arrêter, de l'impossibilité où se trouve le patient de s'alimenter parce qu'il souffre ou est gêné par le volume excessif de la langue procidente entre les arcades dentaires. Qu'on ajoute à tout cela l'empoisonnement progressif qui se fait par les voies respiratoires et digestives, et l'on aura une idée juste du pronostic.

Tout contribue à épuiser le sujet et à précipiter sa fin.

On ne saurait trop insister sur le diagnostic du cancer de la langue. Il comprend plusieurs questions de la plus haute importance.

Y a-t-il cancer? Existe-t-il des complications capables de modifier les médications? à quelle variété a-t-on affaire?

La dernière question ne peut aujourd'hui soulever la moindre discus-

sion. L'épithélioma seul a remplacé, depuis les travaux de Pajet, de Th. Anger, les formes autrefois admises, et il n'est plus un auteur aujourd'hui qui admette le carcinome lingual : toutes les observations publiées restent douteuses, puisqu'elles manquent de contrôle histologique.

Y a-t-il cancer? La tumeur cancéreuse subit ici une évolution qu'on peut diviser en trois périodes distinctes comme la description précédente l'a suffisamment établi : 1° un début souvent insidieux; 2° une période d'état avec l'ulcération; 3° une période finale qui s'impose au diagnostic et ne souffre guère de discussion.

Rappelons que le début offre des variétés multiples : une petite tumeur papillaire plus ou moins sessile, plus ou moins pédiculée, quelquefois en forme de massue. Il serait alors facile de confondre le cancer avec une hypertrophie papillaire simple; mais dans le cancer toutes les papilles d'une zone limitée se trouvent prises, et elles reposent sur une base indurée, qui n'existe jamais dans l'hypertrophie papillaire; dans d'autres circonstances, ce n'est plus une tumeur papillaire, mais une *plaque* occupant les parties latérales, blanche, un peu rosée et toujours indurée.

C'est alors qu'il est quelquefois difficile de bien distinguer la tumeur du psoriasis des fumeurs. Cependant le psoriasis est plutôt médian et recouvert de papilles dénudées. Le sujet, interrogé sur la marche qu'a suivie l'affection, répond qu'au début de petites plaques membraneuses se soulevaient et se détachaient, et l'on reconnaît toujours par un examen attentif que la lésion n'a pas produit autour d'elle d'induration notable du tissu lingual. Il serait certainement bien plus facile de distinguer la tumeur de ces taches pigmentaires rares qu'on peut encore retrouver sur la langue qui elles aussi n'indurent pas le tissu voisin et occupent encore la partie médiane.

Si le cancer débute par une *plaque avec fissures*, le diagnostic offrira de plus grandes difficultés. Chez certains syphilitiques en effet, on trouve des gerçures multiples accompagnées d'une sorte de ratatinement des tissus, des fissures qui semblent pénétrer assez profondément, autour desquelles les papilles elles-mêmes sont hypertrophiées. Mais il faut remarquer que ces altérations s'étendent d'emblée sur une large surface, occupent constamment le dos de la langue, ne font pas subir à l'organe ce changement de consistance si caractéristique dans le cancer et ont été précédées d'accidents spécifiques sur lesquels ne saurait planer le moindre doute.

Il en serait à peu près de même si l'on voyait la tumeur s'annoncer par des *noyaux sous-muqueux*, durs, mal dessinés et rappelant par leurs limites incertaines ce qu'on retrouve toujours dans le cancer. En effet, deux genres de néoplasmes se présentent alors capables d'être confondus avec le cancer : le fibrome et la gomme syphilitique. Or, nous savons que dans la langue le fibrome est fort rare, que du reste il n'évolue

pas comme la tumeur maligne, reste longtemps stationnaire, refoule autour de lui les tissus sans les envahir et conserve constamment l'aspect d'une tumeur bien limitée, en quelque sorte isolable. Les gommages peuvent exister partout dans la langue, sur la ligne médiane, à droite aussi bien qu'à gauche : aussi sont-elles ordinairement multiples et représentent-elles ce qu'on a comparé à un sac bourré de noisettes. L'induration du tissu lingual peut à la rigueur dans ce cas en imposer pour un cancer infiltré, et il sera difficile de se prononcer au début. Mais le traitement spécifique intervient alors, jugeant la question par les modifications rapides qu'il fait subir à l'infiltration syphilitique, tandis qu'il n'agit jamais sur le cancer si ce n'est pour activer son développement.

La période d'*ulcération* a deux aspects différents, c'est une ulcération simple, légèrement excavée, à bords plus ou moins indurés, ou bien une ulcération végétante, fongueuse.

Répondant, comme expression générale, au cancer érodant, à bords serpigneux, on voit sur la langue des ulcérations spécifiques, des chancres qui eux aussi produisent une induration, reposent sur une base infiltrée. Seulement, si à leur voisinage ils ont un aspect analogue à ceux du cancer, ils s'en distinguent par le siège ; le chancre se présente surtout à la pointe, le cancer affectant toujours les côtés et la base. De plus le chancre s'accompagne d'engorgements ganglionnaires multiples, très précoces, tandis que le cancer, qui les produit aussi, les produit plus tard quand l'ulcère a fait des progrès ou est depuis longtemps établi. Il faut remarquer en outre que l'évolution du chancre est tout à fait différente et s'est produite dans des circonstances qu'il n'est pas en général difficile d'établir.

Cette forme d'ulcération non végétante, simple en apparence, du cancer de la langue, est encore quelquefois confondue avec le tubercule de la langue, et cela d'autant plus facilement que le tubercule se développe partout, infiltre assez profondément le tissu lingual. Mais dans l'ulcération qu'il produit, ulcération toujours irrégulière, peu profonde, superficielle, on voit disséminés à la surface de petits points jaunâtres réfringents signalés par Trélat comme caractéristiques et qu'on ne voit point dans l'épithélioma, dont les seuls points saillants sont, quand il s'ulcère, des bourgeons volumineux de coloration grisâtre. Au surplus l'examen général du sujet et de ses antécédents peut en dernier ressort donner de précieux renseignements en montrant la tendance générale de l'économie à produire de la tuberculose et non du cancer.

Dans l'ulcération *fongueuse* de l'épithélioma où de gros bourgeons remplissent le champ du tissu ulcéré, fournissant du pus et du sang d'une manière constante, il faut prêter quelquefois la plus grande attention pour ne pas tomber dans l'erreur. C'est ainsi qu'on a souvent méconnu un ulcère simple produit par le voisinage d'une dent malade,

brisée qui déchire la langue et empêche par d'incessantes irritations la déchirure de guérir. Il faut donc, en présence d'une plaie végétante des bords de la langue, ne pas manquer d'examiner avec soin l'arcade dentaire, et ne pas hésiter à sacrifier la dent suspecte. Cette opération est souvent décisive. Dans d'autres cas certaines gommages ulcérées peuvent donner toutes les apparences de la plaie cancéreuse végétante ; mais l'erreur sera toujours évitée si l'on a soin de remonter aux antécédents, de rechercher le mode de début, si l'on se souvient que les gommages sont ordinairement multiples, et enfin que sur elles le traitement a une action décisive. Signalons encore la présence des corps étrangers plus ou moins enkystés que le stylet découvre et qu'une opération simple peut enlever pour guérir rapidement la plaie qu'ils avaient produite et qu'ils entretenaient.

C'est à la période de *lésion confirmée*, indiscutable, qu'appartient le diagnostic des complications. Ce diagnostic comprend : 1° l'étendue de la lésion et 2° l'état des ganglions.

Pour bien juger de l'étendue de la lésion, il faut avoir soin d'examiner méthodiquement la langue elle-même, les os maxillaires, le sillon péri-lingual, les piliers du voile du palais, toute l'arrière-gorge. Le chirurgien, après avoir parcouru ces parties dures, s'en rapportera aux limites qu'il aura trouvées et à sa propre expérience pour juger s'il doit oui ou non intervenir.

Quant aux ganglions, s'ils sont petits ou peu douloureux, bien mobiles, on peut penser à l'adénite simple résultant d'une irritation partie de l'ulcération elle-même, fût-elle cancéreuse ; mais le cancer une fois reconnu, il est certain d'autre part que toute intumescence ganglionnaire deviendra suspecte pour le chirurgien, qu'elle se présente sous tel ou tel aspect, indurée, petite, ou bien volumineuse, ramollie avec cette forme particulière d'adéno-phlegmon subaigu qu'on voit quelquefois survenir dans les cancers des lèvres ou de la bouche.

**Traitement.** — Le traitement du cancer de la langue varie naturellement avec les trois périodes que nous lui avons reconnues. Le début insidieux de l'épithélioma peut prêter à d'assez nombreuses erreurs pour qu'il soit nécessaire d'ajourner une intervention sanglante. C'est alors qu'on peut avoir recours aux divers traitements en usage en pareil cas : traitement spécifique par le mercure et l'iodure de potassium, le chlorate de potasse à haute dose, la suppression même d'une cause d'irritation qui pourrait avoir une certaine influence. Plus tard, après un temps suffisant qui permet de juger de l'efficacité des moyens employés, on devra, s'ils ont échoué, recourir à une intervention.

L'opération est ordinairement décidée quand déjà le cancer a atteint sa période d'état, c'est-à-dire l'ulcération. Les procédés sont multiples, nous les résumerons dans quelques indications générales.

Une petite tumeur de la pointe de la langue pourra être facilement

enlevée avec les ciseaux ou le bistouri, en traçant de chaque côté, en forme de V, une incision circonscrivant la tumeur. — Plus loin sur les bords, une incision rapidement faite exposerait à des hémorragies et créerait des complications immédiates difficiles à combattre. Il sera alors préférable de recourir à la ligature élastique, à l'écrasement linéaire qui ne donnent pas d'hémorragie. A ce titre le thermo ou le galvano-cautère paraissent moins sûrs, car il arrive assez souvent que des hémorragies retardées se produisent après l'opération ou que l'artère linguale donne immédiatement du sang quand elle vient d'être sectionnée.

Même dans les cas où le néoplasme a envahi une grande étendue de l'organe, l'écraseur offre de très grands avantages, mais il est moins indiqué que l'opération sanglante toutes les fois qu'il existe des ganglions multiples; on préfère alors, ou bien la résection temporaire du maxillaire inférieur, ou bien la méthode sus-hyoïdienne, qui a l'immense avantage, en créant une large voie, de permettre d'enlever les ganglions et de lier les vaisseaux avant d'arriver sur la tumeur.

Cependant toute opération qui supprime une grande partie de la langue expose à de sérieux dangers tels que le renversement de l'organe en arrière sur le larynx, la septicémie par les voies respiratoires et digestives; accidents en partie combattus par la trachéotomie préventive et le tamponnement antiseptique de la cavité buccale. Rien cependant n'est absolu à cet égard, et il est possible, à la rigueur, d'éviter la septicémie par des soins locaux assidus, alors même qu'on n'aura pas eu recours au tamponnement et à la trachéotomie.

A la dernière période de cette grave affection il ne reste que bien peu de chose à faire. Le traitement est purement moral. On ne peut qu'en cas d'urgence penser à la cautérisation, qui détruit des bourgeons exubérants, ou à la ligature des gros vaisseaux, qui aurait pour but d'amener une certaine atrophie du tissu morbide. En général l'état mauvais de la nutrition, l'affaiblissement déjà considérable, s'opposent à toute action opératoire, qui compromettrait celui qui la tenterait et plus encore celui qui la subirait.

### 13° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PAROTIDE.

L'anatomie de la parotide et de sa loge est trop connue pour qu'il faille y revenir; je me bornerai à rappeler au lecteur les rapports intimes que contracte cette glande salivaire avec l'artère carotide externe, le nerf facial et avec le nerf auriculo-temporal; ses rapports de voisinage avec les muscles, vaisseaux et nerfs qui passent dans l'espace angulaire formé par le rachis en arrière, la branche montante du maxillaire inférieur et les muscles ptérygoïdiens en avant, le pharynx, les muscles styliens en dedans et la peau en dehors. Rappelons en outre les rapports du ca-

nal de Sténon sur la face externe du masséter avec l'artère transverse de la face et les branches du facial et n'oublions pas la petite glande irradiée de la masse centrale qui est placée sur la partie moyenne de ce canal. Disons enfin que la petite ouverture intrabuccale du canal de Sténon correspond à la deuxième grosse molaire supérieure.

#### A. — Lésions traumatiques.

1° Plaies. — Les glandules salivaires donnant chacune naissance à un petit canal excréteur et tous ces canaux excréteurs venant se réunir en un seul, le canal de Sténon, on comprend aisément combien il est difficile sinon impossible qu'une plaie de la région puisse, du moment où elle atteint les lobules glandulaires, ne pas déterminer l'écoulement au dehors du liquide sécrété, de la salive. L'issue de ce liquide entre les lèvres de la plaie varie forcément avec la plus ou moins grande activité fonctionnelle de la glande, aussi est-ce toujours au moment des repas, pendant la mastication, que cet écoulement est le plus abondant.

Les nerfs auriculo-temporal et facial ou leurs branches sont inévitablement sectionnés dans la plaie de la parotide; il en résulte des paralysies de sensibilité et de motricité, suivant que le premier ou le second sont isolément atteints ou qu'ils le sont tous les deux à la fois. La cicatrisation des bouts sectionnés peut intervenir plus tard et les fonctions nerveuses se rétablir.

D'autre part les rapports de la carotide externe avec la glande, dans l'épaisseur de laquelle elle remonte, expliquent combien une plaie profonde de cette région expose à la section de ce vaisseau et à des hémorragies graves. Quand la blessure a pénétré très profondément il peut se faire que la cause vulnérante ait passé à travers la glande sans toucher la carotide externe et soit allée dans la profondeur de la loge parotidienne blesser la carotide interne qui remonte entre cette loge et les parois du pharynx.

Il n'est pas toujours facile de savoir quel est celui des deux vaisseaux artériels qui est blessé ou lésé, ou bien si c'est une des collatérales de la carotide externe qui donne naissance à l'hémorragie. Quoi qu'il en soit, il est toujours préférable d'aller dans la profondeur à la recherche du vaisseau et d'en lier les deux bouts, ce qui n'est pas toujours aisé quand il s'agit d'un des deux troncs artériels; si l'on se bornait à lier la carotide primitive ou l'une de ses branches au niveau de leur bifurcation, les hémorragies secondaires par voie collatérale seraient presque infailliblement à redouter. Toutes les compressions exercées sur la région sont à peu près inefficaces.

La blessure des vaisseaux peut donner lieu à la formation d'anévrysmes artérioso-veineux; on en connaît quelques très rares cas, car l'hémorragie est d'ordinaire d'une quantité telle que le malade succombe