

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

avant que ces accidents consécutifs n'aient le temps de se produire.

2° *Fistules.* — Toute lésion qui aura produit l'ouverture des canaux excréteurs de la glande parotide, celle de la paroi d'un ou de plusieurs lobules glandulaires, que cette lésion soit due à un traumatisme, cas de beaucoup le plus fréquent, ou à une lésion nutritive, abcès, calculs salivaires, ou encore à une altération formative, tumeurs ulcérées, détermine toujours un écoulement de salive au niveau de la plaie. La persistance de cet écoulement occasionnera une fistule par laquelle sourdra d'autant plus de liquide salivaire que le diamètre du canal excréteur blessé sera plus grand; aussi les fistules du canal de Sténon, réunion de tous les canalicules glandulaires, donnent-elles lieu à un écoulement salivaire beaucoup plus considérable que celles des canalicules ou de la parotide elle-même. Le liquide clair et limpide mouillera et inondera la région et les linges que l'on y applique; c'est toujours au moment de la mastication que sa quantité sera la plus grande. Mais on peut exagérer l'activité glandulaire et par suite l'écoulement en agissant, par réflexe, sur la glande, au moyen de vinaigre, de sel, etc., déposés sur le bout de la langue.

Si, dans le cas de blessure de la parotide, le canal de Sténon est resté perméable ou si, dans le cas de blessure de ce dernier il n'est qu'incomplètement ouvert, on comprend qu'une partie de la sécrétion continue à parcourir sa voie normale et à s'écouler dans la bouche.

Une injection d'un liquide coloré (c'est de lait qu'on se sert d'ordinaire) poussée par l'orifice buccal du canal de Sténon permet de s'assurer facilement du point de la glande ou des canaux excréteurs auxquels aboutit la fistule, ainsi que du plus ou moins de perméabilité de ces derniers. La salive ne s'écoulant plus en quantité normale ou même plus du tout dans la bouche, la muqueuse buccale est plus ou moins desséchée, ce qui constitue une gêne désagréable pour le malade.

Ces fistules, toujours très gênantes en raison de l'incommodité due à l'écoulement de la salive, ne compromettent pas la santé générale. En effet, au point de vue des fermentations que la ou les ptyalines font subir aux substances amylacées, leur suppléance s'établit par exagération de la sécrétion parotidienne du côté opposé ou par augmentation sécrétoire des autres glandes et glandules salivaires.

**Traitement.** — Il est évident que si la fistule existe sur le canal de Sténon on pourra espérer, par une opération quelconque, de rétablir la continuité de cette voie conductrice, tandis que lorsque les canalicules glandulaires ou les acini eux-mêmes sont atteints, l'on ne saurait songer à les remettre assez exactement bout à bout pour que leur perméabilité soit assurée.

Quand donc la glande elle-même est atteinte et que la fistule existe à son niveau il faut tenter d'atrophier les lobules qui donnent naissance à l'écoulement. C'est à la cautérisation ignée ou potentielle, à la com-

pression, aux injections caustiques que l'on s'est adressé, et tous ces moyens ont pu donner des résultats suivant que la glande était plus ou moins profondément atteinte. L'autoplastie que l'on a pratiquée un certain nombre de fois ne peut en réalité donner des résultats que lorsque la voie d'écoulement fistulaire est tarie, ce qui dans certains cas rares a pu se faire spontanément par inflammation et sclérose des acini.

Quand au contraire il s'agit d'une fistule du canal de Sténon l'on est toujours en droit d'espérer pouvoir rétablir la continuité du canal rompu en déviant l'écoulement de la salive par une voie artificielle.

On a donc tenté de réunir bout à bout les deux extrémités au moyen de sutures profondes comprenant les tissus bien rapprochés, après les avoir toutefois avivés quand il s'agissait de fistules anciennes. Cette opération est bonne quand la section du canal est incomplète, mais il sera bien difficile quand il est totalement rompu d'espérer rajuster exactement les parois flasques et molles d'un conduit de minime grosseur. Quant à l'ouverture fistuleuse elle-même on a pu en obtenir l'oblitération par des cautérisations, mais toujours les résultats satisfaisants que l'on a obtenus devaient se rapporter à des sections incomplètes.

Une méthode plus avantageuse est celle qui consiste à pratiquer sur la face interne de la joue une ouverture artificielle et à y greffer le bout central du canal de Sténon, la sécrétion continue à se déverser dans la bouche et la fistule finit par s'oblitérer.

Depuis longtemps on avait eu l'idée de faire atrophier le tissu glandulaire; on s'adressait à la compression directe; mais la présence des filets sensitifs de l'auriculo-temporal la rendait fort douloureuse. On comprimait alors le canal entre la fistule et la glande, mais toujours cette compression était inefficace, parce qu'elle était incomplète. Dans ces derniers temps on songea à lier le bout central du canal de Sténon; cette petite opération est facile, nous savons du reste que toute glande se sclérose à la longue quand ses voies excrétoires sont oblitérées.

3° *Corps étrangers et calculs.* — On connaît un certain nombre de cas où des corps étrangers de différentes natures s'étaient, par l'intermédiaire de la bouche, introduits dans l'orifice du canal de Sténon, l'avaient oblitéré, avaient amené une tumeur salivaire, la formation d'un abcès et une fistule. Il va sans dire que dès que l'on pourra soupçonner la présence d'un corps étranger il faudra l'enlever.

Il existe également dans la pratique un certain nombre de cas de graviers multiples trouvés dans la parotide elle-même. Par l'irritation qu'ils produisent et l'oblitération des canalicules qu'ils déterminent, une accumulation de salive se produit et une poche kystique se forme.

Quand ces calculs siègent dans le canal de Sténon, ils atteignent quelquefois le volume relativement considérable d'une noisette, ils sont irréguliers, hérissés d'aspérités; ils irritent la muqueuse; un abcès, une fistule et même une parotidite, peuvent en être la conséquence. Toujours

ils gênent ou ils empêchent l'écoulement de la salive et sont alors cause déterminante de tumeurs salivaires. Il faut les extraire par la bouche s'il est possible, par la joue dans le cas contraire.

#### B. — Lésions nutritives de la parotide.

Ainsi que nous l'avons dit les traumatismes, les corps étrangers, les calculs salivaires peuvent déterminer une inflammation, un *phlegmon de la parotide*. Il en est de même des lésions de voisinage, qui peuvent s'étendre à la glande ou aux ganglions lymphatiques préparotidiens. Enfin à la suite des fièvres septiques l'on voit souvent survenir des *parotidites*, c'est par la voie du canal de Sténon que les éléments infectieux développés dans la cavité buccale arrivent jusqu'aux culs-de-sac glandulaires et les enflamment.

Le phlegmon parotidien peut être un véritable phlegmon glandulaire débutant par les acini et leurs canalicules dont l'épithélium subit la stéatose et tombe; en même temps le tissu connectif périlobulaire s'enflamme, prolifère; les débris épithéliaux, les noyaux, les leucocytes accumulés étranglent les tissus glandulaires et produisent des abcès lobulaires dont la réunion deviendra la parotidite glandulaire. Cette cause d'étranglement peut, on le comprend, amener une vraie gangrène des tissus.

Mais le phlegmon parotidien peut avoir un autre mode d'évolution, c'est l'*adénite aiguë des ganglions préparotidiens*, qui en est alors le point d'origine; l'inflammation se transmet des ganglions au tissu connectif ambiant et à celui qui forme la charpente de la glande; le phlegmon est alors un adéno-phlegmon et non une parotidite glandulaire.

L'inflammation peut gagner les parties voisines, les muscles de la profondeur; l'articulation de la mâchoire, les os peuvent être mis à nu; les nerfs qui passent à travers la glande, facial, auriculo-temporal, peuvent être détruits; la carotide externe disséquée par le pus peut se rompre; il en est de même de ses branches; les veines peuvent s'enflammer et même s'ulcérer; des hémorragies peuvent en être la conséquence, comme encore des caillots dus à la phlébite peuvent être portés jusqu'aux sinus crâniens et déterminer tous les accidents de la méningo-encéphalite.

La résistance des aponévroses qui enveloppent la glande n'est pas la même dans tous les points: très forte du côté de la peau, elle est presque nulle au niveau du point où dans sa partie profonde la glande présente en dedans du ptérygoïdien interne son prolongement pharyngien; quand donc ce prolongement est lui-même en suppuration le pus glissera en arrière du pharynx et formera un abcès rétro-pharyngien. Au niveau de sa partie inférieure la loge aponévrotique est également moins résistante, surtout aux points où elle se continue sur la gaine des vaisseaux; on

comprend donc que dans certains cas le pus ait fusé dans cette gaine et soit venu jusqu'à la base du cou ou dans le médiastin. Lorsque les portions glandulaires en suppuration ne sont pas voisines des points faibles de l'aponévrose, le pus ne trouvant pas d'issue peut forcer la barrière fibreuse et se faire jour dans les parties voisines, articulation temporo-maxillaire, conduit auditif externe, gaines musculaires, etc.

Bridée par une aponévrose résistante, traversée par des nerfs sensitifs la parotide ne saurait augmenter de volume par suite de son inflammation sans provoquer des douleurs vives qui réagissent bientôt sur toute l'économie et provoquent des phénomènes généraux graves: fièvre intense, accidents gastriques, céphalalgie, etc.

La salive sécrétée n'est plus normale, elle devient épaisse, purulente. Les mouvements du maxillaire gênés par le gonflement de la glande sont très douloureux, puis impossibles; les muscles masticateurs plus ou moins enflammés eux-mêmes se contractent et le trismus s'établit.

On comprend que la peau séparée par une aponévrose du tissu glandulaire enflammé ne rougisse pas dès le début; en même temps on s'explique que la résistance de la fibreuse d'enveloppe empêche de s'assurer à ce moment de l'existence du pus; les ganglions cervicaux sont pris de très bonne heure et leur induration persiste fort longtemps.

Le gonflement de la région n'est pas nettement limité, il s'étend au cou, il gagne la face; la gêne circulatoire retentit jusque dans l'orbite et dans l'oreille, la vision et l'audition sont troublées.

Tous ces accidents se produisent rapidement. Si la suppuration peut se faire jour au dehors ou si le chirurgien intervient pour ouvrir le phlegmon, le pus qui s'écoule est fétide, car toujours il s'y trouve des lambeaux sphacelés. La manière dont évolue la parotidite glandulaire explique comment souvent, au lieu d'un seul foyer suppuré, il s'en trouve plusieurs qui s'ouvrent isolément au dehors.

La cicatrisation s'obtient quand les complications, hémorragies, phlébites, pyohémie, fusées purulentes, complications toujours à craindre, n'enlèvent pas le malade; mais toujours les cicatrices sont difformes; il ne saurait en résulter des fistules salivaires que dans le cas où une partie de la glande serait restée indemne et que les canalicules perméables viendraient s'ouvrir dans la perte de substance. Les tissus fibreux de l'articulation de la mâchoire ayant toujours plus ou moins participé à l'inflammation voisine restent inextensibles et les mouvements sont gênés pendant un temps plus ou moins long après la guérison.

On a signalé des rechutes après la guérison d'une parotidite; je ne les crois possibles que si quelques lambeaux sphacelés n'ont pas été éliminés par la suppuration.

**Traitement.** — Il découle rationnellement de tout ce que nous ve-

nons de dire. En raison même de la nature des accidents et de la rapidité de leur évolution, il ne faut pas trop compter sur les sangsues, les révulsifs pour enrayer l'inflammation; les émoullients ont incontestablement l'avantage de calmer les douleurs, ce dont le malade bénéficie toujours. Dès que la suppuration est reconnue et alors même que seulement on est en droit de la soupçonner, il faut inciser, débrider l'aponévrose pour combattre les phénomènes d'étranglement, puis, avec toute la précaution possible, afin d'éviter la section des cordons nerveux, des veinules et des petites branches artérielles, aller avec le manche du scalpel ou avec l'extrémité d'une sonde cannelée à la recherche du foyer abcédé. Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses devront toujours être appliquées. On se tiendra prêt à arrêter toutes les hémorragies artérielles ou veineuses qui pourraient se produire.

### C. — Lésions formatives de la parotide.

Les tumeurs de la parotide peuvent prendre leur origine dans les ganglions lymphatiques, dans le tissu connectif interlobulaire ou périlobulaire, qui forme la trame de la glande ou dans son épithélium glandulaire lui-même. Cette différence d'évolution n'a guère d'importance au point de vue clinique, car les néoplasmes, quel que soit leur point d'origine, envahissent et infiltrent successivement les éléments voisins et bientôt il devient fort difficile de savoir quel est au juste le point initial de la tumeur.

Les ganglions lymphatiques de la région sont les uns superficiels, situés en dehors de la loge aponévrotique, les autres profonds, disséminés à la surface extérieure ou entre les lobes de la glande. Si donc une inflammation aiguë ou infectieuse (tubercules, etc.) se développe dans les ganglions superficiels, l'aponévrose résistant, tout le processus pathologique, gonflement, abcès, fonte tuberculeuse, se borne à ces organes lymphatiques et ne se généralise pas à la glande; c'est alors un phlegmon ganglionnaire analogue à tous ceux qui se produisent dans les ganglions. Il n'est pas toujours facile de s'assurer que la tumeur et le gonflement qu'elle détermine sont sans relations directes avec la parotide elle-même et sont superficiels.

Lorsqu'au contraire ce sont les ganglions profonds qui sont pris, leur gonflement sous-aponévrotique et leur inflammation tuberculeuse ou autre déterminent un étranglement des tissus de la glande, dont le stroma connectif finit par participer lui-même à l'évolution morbide. Il n'est pas, on le comprend, fort aisé de reconnaître si le gonflement, l'induration de la région parotidienne, les douleurs, la gêne de la mâchoire, sont dus à une lésion des ganglions profonds ou aux tissus de la glande elle-même.

Dans le cas où on aurait nettement reconnu que les ganglions super-

ficiels seuls sont atteints, il faudrait les enlever; s'agit-il au contraire des ganglions profonds, l'opération est fort délicate: disséquer, énucléer des ganglions au milieu d'un tissu connectif sclérosé, sectionner presque infailliblement des nerfs sensitifs ou moteurs, courir le risque d'ouvrir la carotide externe ou une de ses branches, et cela sans jamais pouvoir être absolument certain d'avoir enlevé tous les ganglions atteints, voilà en réalité le bilan de ces tentatives chirurgicales.

On connaît quelques cas de *lymphangiomes* avec dilatation variqueuse des tissus ganglionnaires; presque toujours ces dilatations ont été prises pour des kystes multiples.

Les altérations formatives de la parotide qui dépendent plus spécialement de la trame connective interlobulaire ou périlobulaire sont:

1° *Sarcomes*. — Beaucoup plus rares dans l'âge avancé, ces tumeurs appartiennent (voir t. I, pages 71 et suivantes) aux sarcomes encéphaloïdes et aux sarcomes fasciculés avec ou sans espaces lacunaires interstitiels, remplis de liquides, disposition fréquente dans les sarcomes et qui dans la région qui nous occupe a pu faire croire souvent à des productions kystiques.

Indolentes au début, ces tumeurs se manifestent toujours par une tuméfaction progressive lente, qui quelquefois, sans cause connue ou sous l'influence d'un traumatisme, prend tout à coup un développement considérable. Le sarcome peut acquérir au bout de plusieurs années un volume et un poids considérables; par la compression qu'il exerce sur les parties ambiantes, il gêne les mouvements de la mâchoire, il la repousse en avant du côté malade, ce qui entraîne une distorsion de la face. En arrière la tumeur comprime le conduit auditif externe qu'elle déforme ainsi que la conque du pavillon et amène la surdité. Toutes les parties superficielles, la partie supérieure du sterno-mastoïdien surtout, sont repoussées en dehors, mais pendant longtemps la peau n'est pas altérée et n'adhère pas à la tumeur, ce n'est que lorsque son élasticité est vaincue qu'elle devient violacée, que les veinules se marquent à sa surface et qu'enfin elle se rompt par ulcération. On voit alors à travers cette ouverture cutanée apparaître une masse bosselée couverte de bourgeons rougeâtres plus ou moins consistants qui sécrètent un liquide lactescent, sans fétidité.

La tumeur parotidienne prise entre les parois de sa loge résistante ne saurait présenter de mobilité; la sensation qu'elle donne à la palpation est très variable suivant que ses bosselures sont plus ou moins multipliées; lorsque des espaces lacunaires pleins de liquides s'y trouvent, on peut percevoir de la fluctuation profonde.

Les sarcomes de la parotide n'ont aucune tendance à se généraliser, mais ils récidivent très souvent sur place, ce qui tient à la difficulté de tout enlever.

2° *Fibromes*. — Ces tumeurs, beaucoup plus souvent limitées à une par-