

ficiel ou externe, et un feuillet profond ou interne, circonscrivant un espace quadrilatère allongé dans le sens vertical, comparable à celui que nous a donné le plan superficiel de la région (fig. 97). Le feuillet superficiel naît en haut du pavillon de l'oreille, sur lequel il se perd, descend jusqu'à la limite inférieure de la région, rencontre la bandelette fibreuse que nous connaissons déjà, se confond avec elle, se recourbe, et suit pendant un instant une direction horizontale, de façon à fermer complètement la loge en bas : il se réfléchit ensuite de bas en haut, rencontre les muscles styliens, avec la gaine desquels il se confond, arrive à l'apophyse styloïde, s'y attache, et l'accompagne jusqu'à sa base.

J'insiste sur ce point que le feuillet interne de l'aponévrose ne rejoint nullement en haut le feuillet externe : en conséquence, si la loge parotidienne est exactement fermée en bas, elle est complètement ouverte en haut : la glande parotide se trouve ainsi en rapport immédiat avec la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, mais non pas avec la portion osseuse de ce conduit, comme le disent certains auteurs.

L'excavation parotidienne est donc loin d'être close de toutes parts par l'aponévrose qui la tapisse ; elle est fermée solidement en dehors, en arrière et en bas ; moins solidement en avant au niveau du bord postérieur de la mâchoire, où l'aponévrose est plus mince et se laisse traverser par la carotide externe ; elle présente en dedans un trou au niveau de la paroi latérale du pharynx, et demeure complètement ouverte en haut. Ces notions anatomiques nous permettent de comprendre l'intimité des relations pathologiques qui existent entre le conduit auditif externe et la région parotidienne ; de comprendre pourquoi une collection purulente développée dans la région parotidienne se portera de préférence en avant vers la cavité buccale, et en dedans vers le pharynx, plutôt qu'en bas et en arrière vers le cou ou la région mastoïdienne. Je puis citer à l'appui le fait suivant :

Il se présenta à l'hôpital un malade atteint d'une affection que je crois très rare, un kyste hémattique de la parotide ; ce kyste avait déterminé une hémiplégie faciale et des troubles cérébraux divers qui m'avaient d'abord fait songer à une tumeur de l'encéphale, et qui n'étaient que le résultat de la compression, ce que démontra le traitement. Très peu appréciable à l'extérieur, la tumeur ne dépassait pas l'angle de la mâchoire, mais faisait sur les parois latérales du pharynx une saillie considérable, en sorte que c'est par cette voie que j'en pratiquai plusieurs fois la ponction jusqu'à guérison complète.

En résumé, les rapports de la loge parotidienne peuvent être énumérés ainsi : limitée en dehors par la peau et l'aponévrose, elle est en rapport, en avant, avec les bords postérieurs du masséter, de la branche montante de la mâchoire inférieure et du ptérygoïdien interne, au-dessous duquel la glande parotide envoie un prolongement ; en arrière, avec les bords antérieurs du sterno-cléido-mastoïdien et du ventre postérieur du digastrique ; en bas, avec la région sus-hyoïdienne, qu'elle limite latéralement ; en haut, avec la paroi inférieure du conduit auditif externe dans sa portion cartilagineuse seulement ; enfin, en dedans, avec l'apophyse styloïde, les muscles qui en naissent et la paroi latérale du pharynx. Elle est séparée de cette dernière par un paquet vasculo-nerveux de la plus haute importance, qui comprend : la veine jugulaire interne, la carotide interne, les nerfs pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien, grand hypoglosse, et le grand sympathique.