

Encadrée en quelque sorte par les ventres antérieur et postérieur du muscle digastrique, qu'elle déborde presque toujours en bas, elle repose profondément sur les muscles mylo-hyoïdien et hyo-glosse.

Elle est appliquée directement sur le tronc des artère et veine faciales, qui longent son bord supérieur, sur l'artère sous-mentale, la veine linguale et le nerf grand hypoglosse. Elle répond indirectement à l'artère linguale, dont la sépare le muscle hyo-glosse. Toutefois, ce muscle est tellement mince qu'il protège faiblement l'artère dans une opération chirurgicale. Il faut le soulever délicatement avec une pince et l'inciser en dédolant pour découvrir l'artère linguale.

Par son extrémité postérieure, la glande répond à la carotide externe et à la veine jugulaire interne; elle en est séparée par une distance assez faible pour qu'on ait à se préoccuper de ce dangereux voisinage au cours d'une opération sur la région.

Les rapports de la glande sous-maxillaire avec de nombreux vaisseaux donnent une certaine gravité à son extirpation ou à celle des tumeurs qui l'entourent. L'opération est toutefois possible, facile même relativement à l'extirpation totale de la glande parotide que j'ai déclarée impossible à moins de sacrifier de parti pris des organes de la plus haute importance. Il existe, en effet, une différence radicale entre ces deux glandes au point de vue de leurs connexions avec les vaisseaux et les tissus fibreux. Toutes deux, il est vrai, sont situées dans une loge aponévrotique; mais, tandis que la parotide adhère aux parois (à la paroi externe surtout) de cette loge qui envoie dans son épaisseur de nombreux prolongements, la sous-maxillaire en est indépendante; aussi, grâce à la laxité extrême du tissu cellulaire qui l'entoure de toutes parts, cette dernière est-elle énucléable. La glande sous-maxillaire reçoit de la faciale des branches nombreuses et volumineuses, mais moindres cependant que celles fournies à la parotide par la carotide externe. De plus et surtout, la glande sous-maxillaire n'est pas traversée comme la parotide par une artère et un nerf importants dont la section est fatale dans une extirpation sérieuse et complète de la parotide. Je rappellerai la profondeur et l'étroitesse de la loge parotidienne, qui rendent les manœuvres opératoires difficiles; je rappellerai également les rapports presque immédiats de la parotide avec la carotide et la jugulaire internes au fond de l'excavation.

Malgré le voisinage des vaisseaux, on peut donc pratiquer l'extirpation de la glande sous-maxillaire dégénérée. En régularisant l'opération, on l'a rendue beaucoup moins grave; il faut procéder par énucléation de haut en bas, doucement, lentement, en liant à mesure les vaisseaux. On redoublera de prudence en arrivant à l'extrémité postérieure de la tumeur, où se trouvent les gros troncs carotidiens. On pourra, en suivant cette pratique, pédiculiser la tumeur en ce point et lier en masse. L'une des difficultés de l'opération consiste dans la profondeur à laquelle il faut pénétrer, en sorte que si des artères volumineuses donnent au fond de la plaie, il est impossible, ou du moins très difficile, de les lier. Je recommande particulièrement la torsion exécutée par mon procédé, qui, plusieurs fois, m'a rendu dans des cas analogues un véritable service. On laisserait, au besoin, à demeure une pince hémostatique.

Le canal excréteur de la glande sous-maxillaire, canal de Warthon, se dégage de l'extrémité antérieure de la glande pour pénétrer, immédiatement au-dessus