

du muscle mylo-hyoïdien, dans le plancher de la bouche. Un prolongement de la glande accompagne le canal. J'ai suffisamment insisté sur le canal de Warthon (pages 323-324) pour n'avoir pas à y revenir ici.

Dans la loge fibreuse occupée par la glande sous-maxillaire se trouve, sur le trajet du nerf lingual, le ganglion nerveux sous-maxillaire, qu'il me suffit de mentionner.

Les ganglions lymphatiques jouent dans la région sus-hyoïdienne un rôle prépondérant. En nombre variable, ces ganglions sont situés dans la loge fibreuse de la glande, et en contact immédiat avec le tissu glandulaire. Lorsqu'ils sont tuméfiés, ils recouvrent la glande et font à la région sus-hyoïdienne une saillie parfois si bien circonscrite qu'on pourrait la croire formée par la glande elle-même. Velpeau ne prétendait-il pas qu'on n'extirpait jamais la glande mais seulement les ganglions qui l'entourent?

Si la tumeur est récente et d'origine inflammatoire, on ne pourrait guère avoir affaire qu'à une adénite, ou bien à la distension des culs-de-sac glandulaires par rétention de la salive. Or, la douleur est extrêmement vive dans ce dernier cas, la tumeur est nettement circonscrite, et on peut constater surtout qu'il ne sort pas de salive par le canal excréteur correspondant. Quant à l'inflammation primitive de la glande sous-maxillaire, elle est excessivement rare. On l'observe néanmoins dans certains cas; la glande peut suppurer et le pus se faire jour par le canal de Warthon.

Un gonflement *subit*, limité à la loge sous-maxillaire, présentant un volume considérable *d'emblée*, accompagné d'une très vive douleur, ne pourra guère être développé qu'aux dépens de la glande : on devra immédiatement rechercher si la salive s'écoule par le canal de Warthon, et l'on pratiquera le cathétérisme de ce canal. Dans un cas analogue, que j'ai observé avec le D<sup>r</sup> Millet, la glande sous-maxillaire s'était tuméfiée subitement au milieu du repas, et la douleur était si vive qu'elle provoquait une véritable angoisse. Tous les accidents disparurent presque immédiatement par le cathétérisme du canal de Warthon que je pratiquai avec un stylet fin. Je ne pus déterminer si cette rétention brusque de la salive avait été produite par l'introduction d'un corps étranger dans le canal excréteur, par un bouchon de mucus, ou par un simple spasme du conduit. La malade n'avait jamais rendu de calcul salivaire.

La glande sous-maxillaire est, plus que les autres glandes salivaires, exposée à la production des calculs. S'ils sont d'un petit volume, ils pénètrent dans le canal de Warthon, deviennent sous-muqueux, et sont éliminés après avoir provoqué de très vives douleurs, dues, sans doute, à la résistance extrême qu'oppose le canal à la distension. Quand ils ont acquis un volume considérable, celui d'une noisette, par exemple, ils restent confinés dans la glande, font saillie à la région sus-hyoïdienne, se perçoivent à travers la peau sous la forme de noyaux durs, et doivent être enlevés par cette région, s'ils déterminent des accidents.

Lorsque la région sus-hyoïdienne tout entière est occupée par une tumeur diffuse, dure, de nature évidemment maligne, est-il possible de faire la part de ce qui appartient à la glande sous-maxillaire et aux ganglions lymphatiques? Si l'induration est secondaire et a succédé à un épithélioma développé sur la circonscription lymphatique des ganglions, nul doute que ces derniers ne soient seuls en cause; mais, lorsque la tumeur s'est développée primitivement dans la région, le diagnostic devient à peu près impossible.