

salivaires, ou s'il a pris naissance dans ces glandes elles-mêmes. Nous avons eu occasion d'observer un cas intéressant de cette nature. Un homme jeune encore portait au voisinage de l'orifice du conduit de Wharton du côté droit un petit bourgeon épithélial; l'infiltration épithéliale se prolongeait dans la glande sublinguale. Malgré la précaution que je pris d'enlever complètement la glande par la région sus-hyoïdienne, la récurrence ne tarda pas à se montrer, et M. Verneuil dut pratiquer plus tard une nouvelle opération.

En général les ganglions sous-maxillaires ne tardent pas à se prendre; la tumeur adhère au périoste de la mâchoire elle-même. Il est absolument nécessaire, en pareil cas, de pratiquer des opérations larges, et de réséquer même une certaine étendue du maxillaire inférieur. Malgré la gravité très grande du pronostic, en opérant ainsi, M. Verneuil a pu obtenir quelques guérisons durables.

**b. Adénomes.** — Dans une thèse sur les tumeurs de la glande sous-maxillaire, M. Talazac rapporte une observation appartenant à M. Verneuil. La tumeur présentait la structure d'un adénome vrai, ayant subi la métamorphose graisseuse. D'autres faits ont été observés depuis lors par MM. Richet et Duplay. Dans le cas de M. Richet, les glandes sous-maxillaire et sublinguale étaient atteintes à la fois. Dans celui de M. Duplay, il s'agissait d'un adénome partiel de la glande ne présentant qu'un mince pédicule, de la grosseur d'une plume d'oie.

**c. Adéno-chondromes.** — M. Talazac rapporte 2 faits d'enchondromes de la glande sous-maxillaire appartenant à Scholz et à Virchow. Depuis lors, M. Nepveu a présenté à la Société de chirurgie, en 1879, un mémoire sur l'adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire. A propos d'un fait recueilli par lui dans le service de M. Verneuil, cet auteur a réuni les faits publiés antérieurement et il a pu tracer de l'affection une description basée sur 10 observations.

Les caractères de ces tumeurs sont leur marche lente, leur dureté, leur mobilité extrême, qui permet de les distinguer des adénopathies des ganglions sous-maxillaires, toujours plus ou moins adhérentes aux parties voisines. Un autre signe des tumeurs de la glande sous-maxillaire, indiqué par Talazac, est le suivant. Le canal de Wharton est libre; si l'on vient à y introduire un stylet et qu'on imprime des mouvements à la tumeur, ces mouvements sont com-

muniés au stylet, s'il s'agit d'un néoplasme de la glande sous-maxillaire.

Le pronostic des adénomes et des adéno-chondromes de la glande sous-maxillaire est bénin. A propos du mémoire de M. Nepveu, MM. Anger, Périer et Lannelongue ont rapporté des faits dans lesquels la récurrence ne s'était pas montrée, trois ans, quatre ans et cinq ans après l'opération. Celle-ci n'a jamais présenté de difficultés; l'énucléation de la tumeur est facile; il n'y a pas de vaisseaux importants à lier; la guérison a été obtenue en un espace de temps variant entre huit jours et trois semaines.

## ARTICLE IV

## MALADIES DES JOUES ET DE LA GLANDE PAROTIDE

## I

## MALADIES DES JOUES

1<sup>o</sup> PLAIES

Les plaies des joues, en elles-mêmes, ne présentent pas une grande importance. Tout leur intérêt se tire de la blessure possible du canal de Sténon, donnant naissance, dans un grand nombre de cas, à une fistule salivaire. Les auteurs du *Compendium* rapportent deux cas, appartenant à Baillarger et à Borel, dans lesquels la blessure du canal de Sténon par coup de feu avait déterminé l'oblitération consécutive de ce conduit. Dans le premier cas, la salive suintait à travers la peau pendant la mastication; dans le second, la parotide s'atrophia.

Il est rare que la cicatrisation des deux extrémités sectionnées du canal de Sténon se produise sans accident; beaucoup plus souvent, l'écoulement incessant de la salive s'oppose à la cicatrisation complète de la plaie cutanée, et l'on voit s'établir une fistule salivaire. Dans d'autres cas, la plaie extérieure se ferme, mais la salive s'amasse dans une sorte de kyste, qui se distend pendant la mastication, et se vide dans la bouche par la pression du doigt.

En présence d'une plaie de la joue, l'indication à remplir est donc



d'obtenir une réunion aussi complète et aussi rapide que possible, pour éviter la formation d'une fistule salivaire. Si la plaie est récente, on pourra y réussir par une suture très exacte, après un lavage soigneux. Si la plaie est ancienne, si la joue a été complètement perforée, il sera préférable de suivre le conseil donné par Boyer, c'est-à-dire d'introduire dans la plaie, du côté de la muqueuse, une mèche ou un drain, de façon à obtenir de ce côté une fistule permanente, qui permettra de pratiquer vers la peau l'occlusion complète de la plaie.

#### 2<sup>o</sup> TUMEURS DE LA JOUE

A l'exemple de M. Duplay, nous diviserons les tumeurs des joues en deux groupes, suivant qu'elles dépendent ou non du canal de Sténon.

#### A. — TUMEURS INDÉPENDANTES DU CANAL DE STÉNON

**a. Épithéliomas.** — Bisson (d'Argentan) a publié, dans les *Bulletins de la Société de biologie*, l'observation d'une tumeur cornée développée sur la joue droite d'une vieille femme. Il n'est pas rare d'observer sur les téguments de la joue ces petits épithéliomas circonscrits qui, débutant par les glandes de la peau, ont reçu de M. Verneuil le nom d'adénomes sudoripares. Ces tumeurs, coïncidant souvent avec d'autres néoplasmes semblables développés sur les divers points de la face, sont remarquables par la lenteur de leur marche. Mais, à côté d'elles, on observe aussi de véritables épithéliomas diffus débutant par la muqueuse qui tapisse la face interne des joues, et affectant, dans leur marche et leur pronostic, toute la gravité des épithéliomas de la langue et du plancher de la bouche.

**b. Lipomes.** — Il existe dans la joue des lipomes siégeant, soit superficiellement au-dessous de la peau, soit profondément, au-devant de la muqueuse. M. Duplay rappelle un cas de lipome, présenté par M. Gouraud à la Société anatomique. Cette tumeur, développée dans l'épaisseur des téguments de la joue, était tellement fluctuante qu'on y avait pratiqué une ponction avant que Velpeau en fit l'ablation.

Les lipomes profonds, développés au-devant de la muqueuse, sont

fort rares. Ce sont des hypertrophies de la boule graisseuse de Bichat. Un cas de cette nature, provenant du service de M. Verneuil, a été présenté, en 1881, par M. Cerné, à la Société anatomique. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, était lisse et nettement limitée comme si elle avait été enkystée. Les caractères de ces lipomes sont d'être mous, faiblement unis aux parties voisines, et de s'énucléer avec la plus grande facilité.

**c. Angiomes.** — Les angiomes ou tumeurs érectiles cutanées, *naevi materni*, sont très fréquents à la joue; ils constituent parfois de larges taches, de couleur lie de vin, qui recouvrent la plus grande partie de la face. Il existe également dans l'épaisseur de la joue des angiomes profonds. Nous empruntons à M. Duplay la description d'une de ces tumeurs, enlevée par Lenoir sur la face interne de la joue, et présentée à la Société anatomique par Lebert. « La tumeur était parfaitement enkystée, dit Lebert; elle était sous-muqueuse; autour d'un réseau vasculaire très serré se trouvent des éléments de tissu cellulaire et quelques corps fibro-plastiques; dans les interstices des vaisseaux on rencontre quelques vacuoles, de petites ampoules contenant du sang. » En 1885, M. Berger a présenté à la Société de chirurgie un malade atteint simultanément de lithiase parotidienne et d'une tumeur de la joue, considérée comme un angiome caverneux. En effet, la tumeur était lentement réductible par la pression; elle se tendait, au contraire, sous l'influence des efforts et de l'inclinaison de la tête en avant. A propos de ce fait, M. Polaillon a indiqué qu'il avait traité avec succès par les injections coagulantes un malade atteint d'angiome profond de la joue, mais en ayant soin d'isoler la tumeur du reste de la circulation à l'aide d'une pince spéciale. M. Delens a communiqué l'observation d'une tumeur angio-lipomatueuse de la joue, dont il put aisément pratiquer l'ablation par l'intérieur de la bouche. La tumeur était mobile, parfaitement circonscrite; malgré l'existence de lacunes veineuses très nombreuses dans son intérieur, l'écoulement sanguin ne fut pas très abondant; il n'y eut pas besoin de faire de ligatures ni de prendre de précautions hémostatiques particulières. La guérison fut rapide. Si donc les angiomes profonds de la joue sont diffus, on pourra les traiter par l'électrolyse ou par les injections coagulantes. S'ils sont mobiles et nettement circonscrits, on en pratiquera l'ablation.

**d. Fibromes.** — En 1882, j'eus l'occasion d'observer, dans le



service du professeur Le Fort, que je suppléais à l'Hôtel-Dieu, une singulière tumeur de la face interne de la joue. L'examen histologique pratiqué, après l'extirpation, par le docteur Lagrange, a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome. Cette petite tumeur, du volume d'une noix, avait un pédicule si lâche que le malade pouvait l'attirer au dehors entre ses lèvres; on constatait alors à sa surface un orifice qu'on reconnaissait facilement par le cathétérisme, et au liquide qui s'en échappait, être l'orifice du canal de Sténon. Le fibrome s'était donc développé tout autour de l'orifice de ce conduit. La tumeur, dans son ensemble, avec son orifice central, rappelait l'aspect du col utérin. L'excision en fut aisément pratiquée, et le malade guérit.

*e. Adénomes.* — Les auteurs du *Compendium* relatent un fait d'hypertrophie de la glande parotide accessoire, qu'ils ont eu occasion d'observer.

B. — TUMEURS FORMÉES PAR LA DILATATION DU CANAL DE STÉNON

*a. Tumeurs gazeuses.* — En 1872, M. Tillaux a vu à l'hôpital Saint-Louis un ouvrier verrier qui présentait une tumeur gazeuse développée aux dépens du canal de Sténon. La tumeur était indolente et réductible par la pression du doigt. Elle se reproduisait sous l'influence des efforts. Une injection colorée, faite dans son intérieur à l'aide de la seringue de Pravaz, s'écoula dans la bouche par l'orifice du canal de Sténon, et permit de s'assurer de la véritable nature de cette tumeur.

*b. Tumeurs salivaires et calculs salivaires.* — Déjà nous avons noté qu'on avait pu voir se former à la joue une tumeur salivaire dans des cas d'oblitération du canal de Sténon consécutive à un traumatisme. Jarjavay a rapporté le cas d'un jeune sujet chez lequel, consécutivement à l'extirpation d'une tumeur de la joue, il vit se développer sur le trajet du canal de Sténon une tumeur formée par la dilatation de ce conduit par la salive, ainsi que la ponction et l'analyse du liquide recueilli permirent de s'en assurer. Dans d'autres cas, la dilatation du canal de Sténon est due à un calcul; Jarjavay en rapporte un exemple publié par Vernhes (du Tarn). Les calculs du canal de Sténon sont beaucoup plus rares que ceux de la glande sous-maxillaire. M. Trélat a rapporté à la Société de chirurgie le cas d'un malade qui souffrait d'un gonflement de la région parotidienne.

Le cathétérisme ou canal de Sténon permit de constater l'existence d'un corps dur; un débridement fut pratiqué, et donna issue à deux petits calculs.

Tantôt les calculs donnent lieu à une tumeur salivaire formée aux dépens du canal de Sténon, tantôt ils produisent seulement un gonflement diffus de la région parotidienne, qui devient plus marqué au moment des repas, sous l'influence de l'augmentation de sécrétion de la salive pendant la mastication. Il peut arriver même que les calculs, par leur présence, déterminent l'ulcération des parois du canal de Sténon; ils deviennent libres dans le tissu cellulaire voisin, des abcès se forment; enfin l'ulcération de la peau survient et donne naissance à une fistule salivaire.

Le traitement consiste dans l'ablation du calcul. Elle a pu être pratiquée à l'aide de pinces, dans les cas où le canal était assez dilaté. Dans d'autres cas, un débridement a été nécessaire. Enfin, s'il existait une fistule cutanée, l'extirpation du calcul pourrait être faite à travers l'orifice fistuleux.

5° FISTULES SALIVAIRES

L'histoire des fistules salivaires appartient à la fois à la région de la joue et à la région parotidienne. On observe, en effet, des fistules de la glande parotide et des fistules du canal de Sténon. Nous traitons ici des deux variétés de fistules, pour éviter des répétitions.

A. — FISTULES DU CANAL DE STÉNON

**Étiologie.** — Déjà nous avons noté les principales causes qui donnent naissance aux fistules du canal de Sténon. Ce sont les plaies de la joue, qu'il s'agisse de plaies accidentelles ou chirurgicales. Des ulcérations succédant à la gangrène, à la pustule maligne, à des gommages, à des brûlures, etc., peuvent aboutir au même résultat. Les calculs du conduit les produisent également.

**Symptômes.** — Le symptôme principal est l'écoulement de la salive parotidienne par un orifice anormal de la joue. Elle se présente sous la forme d'un liquide limpide et non visqueux. Cet écoulement est continu; mais il s'exagère toujours beaucoup au moment des repas. Duphœnix cite un malade chez lequel on recueillit, pen-



dant un repas de vingt minutes, 120 grammes de liquide. L'orifice de la fistule siège, soit au niveau du masséter, soit au milieu de la joue, au niveau du buccinateur. Il est quelquefois très étroit, difficile à voir au milieu des fongosités et du tissu cicatriciel. Le cathétérisme du conduit de Sténon permet de se rendre compte du degré de perméabilité ou de l'obstruction du bout antérieur de ce conduit.

**Pronostic.** — Sans être grave, le pronostic des fistules du canal de Sténon ne laisse pas que d'être fâcheux, tant à cause de la déperdition continuelle de liquide à laquelle elles donnent lieu, que vu la difficulté de leur guérison.

**Traitement.** — De très nombreux procédés ont été imaginés pour la cure des fistules du canal de Sténon. Malgaigne les a rangés sous les quatre chefs suivants : 1<sup>o</sup> occlusion de l'orifice fistuleux ; 2<sup>o</sup> atrophie de la glande ; 3<sup>o</sup> rétablissement de la voie naturelle ; 4<sup>o</sup> formation d'un conduit artificiel.

1<sup>o</sup> *Occlusion de l'orifice fistuleux.* — Cette méthode ne saurait, bien évidemment, convenir que dans les cas où le bout antérieur du canal de Sténon est resté perméable. L'occlusion de l'orifice fistuleux a été réalisée, soit par la suture, soit par la cautérisation. On a tenté également la compression appliquée entre la glande et la fistule. Enfin Malgaigne a conseillé l'occlusion au moyen d'une mince feuille d'or collée sur les téguments de la joue avec de la poix.

2<sup>o</sup> *Atrophie de la glande.* — La ligature du canal de Sténon a été proposée, à la fin du xviii<sup>e</sup> siècle, par Viborg ; Desault a conseillé la compression exercée directement sur la glande. Mais ce procédé long et douloureux est d'une efficacité fort douteuse.

3<sup>o</sup> *Rétablissement de la voie naturelle.* — Morand et Louis, pensant que le rétrécissement du bout antérieur du conduit était la cause de la persistance de la fistule, ont conseillé de pratiquer la dilatation de ce conduit. Mais c'est un procédé insuffisant aujourd'hui délaissé.

4<sup>o</sup> *Formation d'un conduit artificiel.* — Reste la création d'un conduit artificiel qui est la méthode à laquelle on a le plus souvent recours aujourd'hui, celle qui donne, dans les cas difficiles, les résultats les plus avantageux. Cette méthode fut créée par Déroy, qui traversa toute l'épaisseur de la joue au niveau de l'orifice extérieur à l'aide du fer rouge. La salive trouvant écoulement du côté de la muqueuse, l'orifice cutané de la fistule se cicatrisa.

Monro arriva au même résultat en se servant d'une grosse alène de cordonnier, avec laquelle il traversa la joue de dehors en dedans. Il fit passer ensuite dans le trajet un cordon de soie dont les deux bouts furent noués au niveau de la commissure des lèvres et qui fut laissé en place pendant trois semaines. Au bout de ce temps, le cordon fut retiré, et la fistule se cicatrisa.

Desault traversa la joue avec un trocart, dont la canule lui servit à introduire dans le trajet ainsi créé un fil. Puis, à l'aide de ce fil, il put passer dans l'orifice muqueux de ce trajet une mèche de plus en plus volumineuse. Duphœnix remplit la même indication à l'aide d'une petite canule introduite dans l'orifice muqueux du trajet.

Deguisse a imaginé un nouveau procédé, qui diffère des précédents en ce qu'au lieu de pratiquer un seul orifice du côté de la muqueuse, ce chirurgien en fait deux ; aussi son procédé peut-il être appelé : procédé de la double ponction. Dans cette manière de faire, la joue est traversée deux fois à l'aide d'un trocart, et les deux orifices ainsi formés du côté de la muqueuse sont réunis par l'anse d'un fil de plomb, dont les extrémités sont ensuite tordues ensemble dans l'intérieur de la cavité buccale. L'écoulement de la salive dans la bouche étant ainsi assuré, l'orifice extérieur de la fistule est fermé par la suture. Lorsque la cicatrisation est complète, le fil de plomb est enlevé par la bouche, ou plutôt chaque jour on le tord davantage, de manière à rétrécir l'anse qu'il forme et à sectionner complètement les parties comprises entre ses deux branches. Dans ces dernières années, M. Richelot a communiqué à la Société de chirurgie une modification du procédé de Deguisse qui consiste à faire une seule ponction du côté de la muqueuse ; la seconde ponction est faite à la joue à quelque distance en arrière de la fistule, à l'aide d'un trocart conduit de dedans en dehors par l'orifice fistuleux. Un tube en caoutchouc relie les deux orifices ainsi établis du côté de la peau et du côté de la muqueuse, et laisse libre l'orifice fistuleux lui-même, qui est ensuite fermé par la suture, lorsque le gonflement est tombé et que l'écoulement de la salive par le nouveau conduit est définitivement établi.

#### B. — FISTULES DE LA GLANDE PAROTIDE

**Étiologie.** — Les causes les plus fréquentes de ces fistules sont les traumatismes accidentels ou chirurgicaux. L'obstruction du canal



de Sténon, la présence de calculs peuvent aussi donner naissance à des abcès, qui deviennent l'origine de fistules persistantes. Les parotidites suppurées peuvent conduire au même résultat.

**Symptômes.** — L'orifice de la fistule siège en des points différents. Tantôt il est situé au-dessous ou en arrière du lobule de l'oreille, ou même dans le sillon compris entre la branche montante du maxillaire et le sterno-mastoïdien, tantôt il est près du bord antérieur de la glande et du canal de Sténon. Cette distinction a de l'importance au point de vue du traitement.

L'orifice est habituellement fort étroit, situé dans une dépression, ou, au contraire, au sommet d'une petite éminence. Il donne passage à un liquide clair, limpide, qu'on reconnaît aisément être de la salive. L'écoulement devient beaucoup plus abondant au moment des repas, sous l'influence des mouvements de mastication. Un stylet introduit dans l'orifice fistuleux permet de se rendre compte de sa longueur et de sa direction. Il est utile également de pratiquer le cathétérisme du canal de Sténon pour s'assurer de sa perméabilité et de ses rapports avec le trajet fistuleux. Enfin on peut chercher si des injections colorées poussées par la fistule pénètrent dans la bouche par l'orifice normal du conduit parotidien.

Les fistules de la parotide ont un pronostic moins fâcheux que celles de son conduit excréteur. Quelquefois elles se ferment spontanément, et lorsqu'on intervient contre elles par une opération, la guérison est bien plus facilement obtenue.

**Traitement.** — Trois méthodes principales ont été employées pour le traitement de ces fistules : la compression, la cautérisation, et la suture.

La compression peut être faite sur l'orifice fistuleux lui-même ou sur la glande pour tarir sa sécrétion.

La cautérisation faite, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge, est un très bon moyen dans le traitement des fistules parotidiennes.

Enfin, si les moyens précédents se montraient insuffisants, on pourrait recourir à la suture des bords de la fistule après avivement.

Dans le cas où l'orifice siège près du bord antérieur de la parotide, et où l'on n'aurait pas réussi par les moyens que nous venons d'indiquer, on pourrait traiter la fistule comme s'il s'agissait d'une fistule du canal de Sténon par le procédé de Deguise ou de Deroy.

Mentionnons en terminant une intéressante tentative faite par M. Mollière (de Lyon). Ce chirurgien, pensant avoir affaire à une fistule dépendant d'un lobule isolé de la glande, se proposa d'amener l'atrophie de ce lobule par des injections irritantes. Il pratiqua des injections d'huile phéniquée, et put obtenir ainsi la guérison après la deuxième injection.

## II

## MALADIES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

1<sup>o</sup> PLAIES

Les plaies de la région parotidienne ont une grande importance, tant à cause des lésions de la glande elle-même que vu la blessure des vaisseaux et des nerfs qui sont contenus dans son intérieur.

Déjà nous avons signalé comme conséquence possible des lésions de la glande l'établissement d'une fistule salivaire. Quant aux nerfs, les troncs qui peuvent être blessés sont le nerf facial, l'auriculo-temporal et les branches du plexus cervical superficiel. La lésion du nerf facial aura pour conséquence la paralysie totale des muscles de la face du côté correspondant, ou seulement la paralysie de certains d'entre eux, suivant que la branche supérieure ou inférieure du nerf aura seule été coupée. Quant aux lésions des nerfs auriculo-temporal et cervicaux superficiels, elles détermineront la perte de la sensibilité dans la zone où ces nerfs se distribuent.

Les blessures des nombreux vaisseaux artériels et veineux de la région présentent encore une bien plus haute gravité. Les artères sont si nombreuses et si profondément situées (carotide externe, temporale, maxillaire interne, auriculaire, occipitale) qu'il sera le plus souvent bien difficile de reconnaître quel est celui de ces troncs qui a été blessé. La compression est rarement suffisante pour arrêter l'hémorrhagie; on essaiera de pratiquer la ligature des deux extrémités du vaisseau lésé dans la plaie. Si elle est impossible, on aura recours à la ligature de la carotide externe; et ce n'est que si cette dernière était insuffisante, qu'on ferait la ligature de la carotide primitive. Encore faut-il bien savoir que les anastomoses des artères du



crâne et de la face sont si multipliées qu'on a vu l'hémorrhagie se reproduire, même après la ligature de la carotide primitive.

## 2° INFLAMMATIONS

On sait que la région parotidienne est le siège d'un grand nombre de ganglions lymphatiques, qui sont placés, soit superficiellement sous la peau, soit dans l'épaisseur même de la glande; l'adénite de ces ganglions peut déterminer des inflammations, soit localisées, soit diffuses, siégeant à la superficie ou dans la profondeur de la région. L'engorgement chronique de ces mêmes ganglions est à prendre en considération dans le diagnostic des tumeurs de la région parotidienne.

Nous nous contentons de mentionner ces faits. Nous dirons seulement aussi quelques mots des inflammations de la parotide, qui sont plutôt du domaine médical que chirurgical.

L'inflammation de la parotide ou parotidite peut revêtir deux formes : A, la parotidite catarrhale; B, la parotidite phlegmoneuse.

## A. — PAROTIDITE CATARRHALE (OREILLONS).

Sous le nom de parotidite catarrhale, *ourles* ou *oreillons*, on décrit un gonflement inflammatoire de la parotide, qui se montre le plus souvent chez les enfants et chez les jeunes gens, de préférence dans le sexe masculin. Endémiques dans certaines localités, les oreillons revêtent assez souvent le caractère épidémique.

**Symptômes.** — La tuméfaction de la région parotidienne est précédée ou accompagnée de symptômes généraux : malaise, fièvre, courbature. Puis les malades accusent de la douleur dans la région parotidienne, qui devient le siège de gonflement. Il est rare que ce gonflement se limite à l'une des parotides. Le plus souvent, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la tuméfaction se montre du côté opposé. Quelquefois même les deux parotides sont prises simultanément.

Dans bon nombre de cas, le gonflement est modéré; quelquefois il prend une intensité considérable, se propage à la région cervicale, s'accompagne de douleurs violentes, de chaleur et de rougeur à la peau qui font craindre la suppuration. Celle-ci cependant est excep-

tionnelle, et d'habitude la maladie se termine par la résolution, au bout de huit à dix jours. Quelques auteurs disent avoir observé à ce moment des phénomènes critiques, tels que de la diarrhée, des sueurs, de la salivation. Mais il n'est pas rare de voir, au moment où le gonflement de la région parotidienne commence à décroître, la température s'élever brusquement à 40 ou 41 degrés, en même temps que, chez l'homme, l'un des testicules ou les deux testicules se tuméfient. C'est là l'orchite ourlienne, ou orchite métastatique des oreillons. Il est rare que cette orchite aboutisse à la suppuration, mais elle peut quelquefois se terminer par l'atrophie du testicule.

Chez la femme, on voit se développer des ovarites, des engorgements de la mamelle et des grandes lèvres.

**Anatomie pathologique et pathogénie.** — L'anatomie pathologique des oreillons est encore à faire; ce qui s'explique par la bénignité de la maladie, qui n'a donné que bien rarement l'occasion de faire des autopsies. Pour Virchow, les lobules glandulaires de la parotide sont saillants et congestionnés; leurs conduits sont remplis de muco-pus. Il est à noter cependant que dans l'examen d'un cas appartenant au docteur Jacob, et où l'étude histologique de la glande fut faite par Ranvier, on ne trouva pas de lésions inflammatoires de la parotide et de ses canaux. Quoi qu'il en soit, fût-il démontré que les lésions anatomiques des oreillons sont celles d'une parotidite catarrhale, ce ne serait pas une raison pour admettre que la maladie se borne là. En présence de la marche spéciale, des métastases sur l'ovaire, la mamelle, le testicule, force est bien de reconnaître qu'il s'agit d'une maladie générale qu'on a pu, avec juste raison, comparer aux fièvres éruptives. Il est donc bien probable, sinon absolument démontré, qu'on se trouve ici en présence d'une affection de nature microbienne. MM. Capitan et Charrin ont trouvé dans la salive et le sang de malades atteintes d'oreillons des microcoques et des bâtonnets de 2 à 3 millièmes de millimètre de longueur. Les recherches de ces auteurs ont été confirmées par celles de M. Auguste Ollivier.

**Traitement.** — Le traitement consiste simplement à maintenir une chaleur constante au niveau de la région parotidienne à l'aide d'une couche d'ouate, en même temps qu'on pratique des onctions avec un liniment calmant. Un vomitif ou un purgatif sont indiqués, s'il y a des symptômes gastriques très prononcés.



## B. — PAROTIDITE PHEGMONEUSE

La parotidite phlegmoneuse diffère des oreillons en ce qu'elle a la plus grande tendance à se terminer par suppuration. Elle en diffère aussi au point de vue étiologique, en ce qu'au lieu d'être une maladie primitive, elle est le plus souvent consécutive soit à une maladie générale, soit à une phlegmasie locale de voisinage.

**Étiologie.** — Lorsque la maladie est de cause locale, elle succède le plus souvent à une irritation venue par l'intermédiaire du canal de Sténon, qu'il s'agisse d'une inflammation de ce conduit, de la rétention de la salive dans son intérieur, d'une stomatite mercurielle, etc. Dans d'autres cas, elle est due à une inflammation de voisinage, qu'il s'agisse d'un anthrax, d'une adénite, d'une inflammation de l'articulation temporo-maxillaire.

Fréquemment la parotidite phlegmoneuse se montre dans le cours des maladies générales, telles que l'infection purulente, la fièvre puerpérale, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la variole, le choléra, la dysenterie, la morve, la diphthérie, etc.

**Anatomie pathologique.** — Le tissu conjonctif qui environne la glande est œdématié ou infiltré de pus. Le canal de Sténon lui-même est rempli de muco-pus. Sur une coupe de la glande, on distingue nettement les acini et les lobules, qui sont augmentés de volume. Au début de la parotidite, on constate que les cellules des acini sont devenues granuleuses; des cellules lymphatiques se sont accumulées dans l'intérieur des culs-de-sac. En même temps les cloisons du tissu conjonctif qui séparent ces culs-de-sac et les lobules glandulaires sont infiltrées de cellules lymphatiques. Les cellules cylindriques des conduits glandulaires sont également en prolifération et séparées par des cellules lymphatiques. De sorte que, disent MM. Cornil et Ranvier, auxquels nous empruntons la description précédente, toutes les parties constituantes de la glande, tissu conjonctif, canaux excréteurs, acini, sont enflammées en même temps. Plus tard toutes ces parties sont infiltrées de pus.

**Symptômes.** — Lorsque la parotidite est de cause locale, les malades accusent au début des douleurs violentes, qui s'irradient dans la tempe et le cou. Les moindres mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont extrêmement douloureux. Dans la parotidite

survenant au milieu d'un état général grave, le plus souvent les autres symptômes cachent le début de l'inflammation parotidienne qui évolue sourdement. Le gonflement augmente rapidement; il s'y joint de l'œdème; enfin la fluctuation devient manifeste. Quelquefois même la pression détermine un bruit de gargouillement dû au mélange de pus et de gaz. Enfin la peau s'ulcère et livre passage à un pus fétide et à des détritits gangréneux.

**Complications.** — Lorsque l'abcès n'a pas été ouvert assez tôt, on peut voir le pus fuser à la région cervicale; quelquefois il se fait jour dans le conduit auditif externe à travers les incisures de Santorini. On l'a vu même s'ouvrir dans le pharynx, ou encore remonter en suivant la gaine des vaisseaux jusque dans l'intérieur du crâne, où il détermine une méningite promptement mortelle. Enfin il peut survenir des hémorrhagies résultant de l'ulcération gangréneuse de la paroi des vaisseaux. La carotide externe et ses branches, la veine jugulaire, peuvent être ainsi ulcérées.

On a vu aussi, comme complications des suppurations parotidiennes, des phlébites de la veine jugulaire interne et des sinus crâniens.

**Diagnostic.** — L'inflammation simultanée des deux régions parotidiennes, dans les oreillons, les circonstances tirées de l'état général, de l'épidémicité, de l'âge des sujets, permettent de différencier la parotidite catarrhale de la parotidite phlegmoneuse. Quant à la notion de la cause de la parotidite suppurée, elle se tirera de la connaissance de la maladie générale au milieu de laquelle cette complication s'est montrée, de l'examen de la gorge, des dents, de la muqueuse buccale. Quand l'abcès a été ouvert, on examinera avec le styilet l'état de l'os sous-jacent, pour reconnaître si le point de départ n'a pas été dans une lésion du maxillaire inférieur.

**Pronostic.** — La parotidite suppurée survenant dans le cours des maladies générales a toujours un pronostic excessivement grave. Elle peut évoluer insidieusement, et aboutir en quelques heures à la suppuration diffuse de la glande et à la gangrène, chez les vieillards et les sujets cachectiques. Au contraire, dans les cas où la maladie est de cause locale, elle peut rester limitée à une portion de la glande, et est loin de présenter la même gravité. Il est une forme spéciale qui a été décrite par Chassaignac sous le nom de parotidite canaliculaire, et dans laquelle on peut faire sourdre le pus par l'ori-



fice du canal de la glande. C'est un véritable catarrhe purulent de la parotide et de ses conduits excréteurs.

**Traitement.** — Au début, si l'état général le permet, on pourra essayer d'enrayer la marche de l'inflammation par une application de sangsues. Mais, si l'on échoue, il faut de bonne heure pratiquer des débridements pour éviter les fusées purulentes que nous avons précédemment signalées. L'incision doit être faite parallèlement à la branche montante du maxillaire inférieur et au-dessous d'une ligne allant du tragus à la commissure des lèvres, pour éviter la blessure du nerf facial. La peau et le tissu cellulaire seront seuls incisés avec le bistouri; l'aponévrose sera déchirée avec la sonde cannelée. Plus tard, des contre-ouvertures et du drainage seront pratiqués, s'il est nécessaire; et l'on aura recours à des injections antiseptiques.

### 5° NÉOPLASMES OU TUMEURS

Les tumeurs de la région parotidienne peuvent être divisées en deux grandes classes : les unes, en effet, sont développées en dehors de la glande; les autres se développent dans l'intérieur même de la parotide, aux dépens de cette glande.

#### A. — TUMEURS DÉVELOPPÉES EN DEHORS DE LA PAROTIDE

On trouve dans la région parotidienne des kystes sébacés, des kystes séreux simples, des lipomes et des tumeurs ganglionnaires ou adénopathies.

**a. Kystes sébacés.** — Les kystes sébacés se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils diffèrent des tumeurs de la parotide en ce qu'ils n'occupent pas la loge parotidienne elle-même.

**b. Kystes séreux simples.** — M. Duplay en rapporte deux exemples appartenant, l'un au docteur Henri (de Lisieux), l'autre au professeur Gosselin. Dans les deux cas, la ponction donna issue à une sérosité limpide, transparente, analogue à celle de l'hydrocèle. La limitation exacte de ces tumeurs, le siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur mobilité, leur fluctuation, leur transparence, sont autant de caractères qui permettent de les distinguer des autres tumeurs de la région.

**c. Lipomes.** — Le lipome de la région parotidienne peut se déve-

opper dans le tissu cellulaire sous-cutané; il peut aussi siéger dans l'intérieur même de la loge parotidienne. Le lipome sous-cutané se reconnaît aux caractères habituels de ce genre de tumeurs. De plus, il n'occupe pas la loge parotidienne elle-même. Le diagnostic présentera de plus grandes difficultés dans les cas de lipomes développés à l'intérieur même de cette loge. Demarquay a rapporté le cas d'un lipome en apparence sous-cutané qui siégeait en réalité au-dessous de la parotide saine, ainsi que le montra l'opération. La tumeur du volume d'un œuf de poule envoyait un prolongement sous la branche montante du maxillaire inférieur. Hamilton a publié une observation de lipome intra-parotidien. La tumeur remplissait complètement la région parotidienne, depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire. Elle était élastique, unie, sans bosselures. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un lipome situé immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne tendue et amincie.

**d. Adénopathies.** — Pendant longtemps les chirurgiens, avec Bérard, Velpeau, Cruveilhier, ont beaucoup exagéré l'importance du rôle attribué aux ganglions lymphatiques dans le développement des tumeurs de la région parotidienne. On admettait que bon nombre de ces tumeurs prenaient en réalité naissance dans les ganglions lymphatiques et non dans le tissu glandulaire lui-même. Mais, s'il y avait là une exagération évidente, il n'en est pas moins vrai que les ganglions lymphatiques de la région peuvent être le siège de néoplasies dont il faut tenir compte au point de vue du diagnostic différentiel.

Triquet a rapporté le cas intéressant d'une adénite tuberculeuse de la région parotidienne, enlevée par Denonvilliers sur un homme de quarante-deux ans. M. Duplay cite les observations de deux lymphadénomes des ganglions parotidiens rencontrés par lui à l'hôpital Saint-Antoine, chez des femmes de trente et quarante ans.

#### B. — TUMEURS DE LA PAROTIDE PROPREMENT DITES

A l'exemple des auteurs du *Compendium de chirurgie*, nous diviserons les tumeurs de la parotide en tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Dans les tumeurs bénignes nous ferons rentrer l'adénome et le chondrome, et les kystes salivaires. Aux tumeurs malignes se rapportent le sarcome, l'épithélioma et le carcinome. Nous n'igno-



rons pas tout ce que cette division a d'artificiel. Il est en effet, en clinique, bien des types intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes; de plus, une tumeur parotidienne qui a évolué pendant longtemps avec toutes les apparences de la bénignité peut, à un moment donné, prendre la marche d'une tumeur maligne. Il est encore une circonstance qui rend fort difficile la description théorique de ces tumeurs; c'est que, très souvent, il s'agit de tumeurs mixtes. C'est là ce qui ressort de la thèse de M. Planteau (1876), et de celle plus récente de M. Pérochaud (1885), sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. On décrit en pathologie des adénomes, des chondromes, des sarcomes, des épithéliomas, des myxomes de la parotide; et, en clinique, on se trouve fréquemment en présence de tumeurs qui renferment dans leur intérieur plusieurs de ces éléments anatomiques à la fois, et qui, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre, affectent un caractère de bénignité ou de malignité. Ces remarques étaient indispensables pour donner une juste idée de la nature des tumeurs de la parotide. Nous conserverons néanmoins l'ancienne division en tumeurs bénignes et tumeurs malignes, qui nous semble la plus utile au point de vue de la symptomatologie et des déductions thérapeutiques.

#### 1° TUMEURS BÉNIGNES

##### a. — KYSTES SALIVAIRES

Déjà nous avons signalé les phénomènes aigus produits par la rétention brusque de la salive dans la glande parotide : douleur, tuméfaction de la région parotidienne, rougeur et quelquefois même transsudation de la salive à travers la surface cutanée. Ces différents phénomènes peuvent succéder à l'oblitération mécanique du conduit de Sténon par un traumatisme, un calcul ou un corps étranger. En 1880, M. Terrier a signalé à la Société de chirurgie une nouvelle cause de ces phénomènes, c'est la présence d'un aphthe, au niveau de l'orifice buccal du canal de Sténon, produisant la rétention de la salive. Si cette rétention, au lieu de se faire brusquement dans toute l'étendue de la glande, se produit d'une manière lente et sur un lobe isolé, il en résulte la production d'une poche ou kyste salivaire.

M. Duplay reproduit la figure d'un volumineux kyste salivaire observé par Desprès pendant son internat dans le service de Nélaton. Bouchard a vu une jeune fille chez laquelle un de ces kystes s'était développé lentement et sans douleur dans la région parotidienne droite. Une ponction avec un trocart capillaire donna issue à un liquide un peu jaunâtre et légèrement visqueux. Mais, la malade ayant mangé quelques heures après, la tumeur reprit son volume. M. Martinet a communiqué, en 1879, à la Société de chirurgie, un cas de tumeur salivaire qui s'était développée consécutivement à l'extirpation d'un petit adénome parotidien. Après la cicatrisation, il se forma, au point précédemment occupé par la tumeur, une petite poche liquide. La ponction donna issue à de la salive; les injections faites dans la poche sortaient par le canal de Sténon. Elles suffirent à amener la guérison. M. Verneuil, dans son rapport sur cette observation, admet qu'il y a eu, consécutivement à l'ablation de la tumeur, formation d'une cavité dans laquelle la salive arrivait du canal de Sténon par reflux. Il pense que, dans des cas de cette nature, il faut faire une part, à côté de l'obstacle mécanique à l'écoulement de la salive, au spasme du conduit de Sténon.

Le traitement des kystes salivaires consiste à ouvrir le kyste par la bouche et à établir, de ce côté, un trajet fistuleux qui se ferme lorsque la poche est revenue sur elle-même après suppuration.

##### b. — ADÉNOMES ET ADÉNO-CHONDROMES

Sous le titre de tumeurs hypertrophiques de la parotide, Bauchet a décrit autrefois des néoplasmes dont la structure histologique est des plus variées. En réalité, la dénomination d'adénome ne doit s'appliquer qu'à des tumeurs dont la structure est la même que celle du tissu glandulaire normal. Ainsi compris, l'adénome parotidien est rare. Ce qu'on trouve beaucoup plus fréquemment, c'est l'association du tissu adénoïde avec le tissu cartilagineux constituant l'adéno-chondrome. On peut, du reste, rencontrer dans la parotide des tumeurs entièrement formées de cartilage, *chondromes purs*; et d'autres dans lesquelles le tissu cartilagineux se joint à du tissu fibreux, du tissu adénoïde et du tissu muqueux : ce sont les *chondromes mixtes*.

Déjà A. Bérard, dans sa thèse de concours sur les tumeurs de la