

4^e TUMEURS DE LA PAROTIDE.

Elles se divisent en deux groupes : les tumeurs *bénignes* et les tumeurs *malignes*. Une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que ces productions morbides peuvent aussi bien prendre leur point de départ dans les ganglions lymphatiques de la région que dans le tissu parotidien lui-même. Il existe des ganglions lymphatiques *superficiels* placés entre la parotide et l'aponévrose parotidienne; des ganglions *interstitiels*, placés dans l'épaisseur de la glande; des ganglions *profonds*, en rapport avec la portion la plus interne de la parotide, au voisinage de l'apophyse styloïde et des muscles styliens. Les tumeurs bénignes comprennent l'hypertrophie simple, les productions adénoïdes, fibreuses, les enchondromes, les concrétions et poches salivaires.

(A) **HYPERTROPHIE DE LA PAROTIDE.** Nous entendons sous ce nom l'accroissement de toute la glande, sans mélange d'aucun élément anatomique étranger à la structure normale de l'organe. Cette affection est rare; dans un cas rapporté par A. Bérard et Denonvilliers, et observé sur un enfant, les veines de la tumeur étaient très-développées, ce qui donnait lieu à la teinte violacée et à une légère augmentation de volume de la production morbide, quand le petit malade se livrait à des efforts.

(B) **TUMEURS ADÉNOÏDES, TUMEURS FIBREUSES ET ENCHONDROMES.** Ces dernières espèces de productions morbides peuvent être englobées sous le même titre, parce qu'on les rencontre souvent dans la même tumeur.

Anatomie pathologique. La tumeur se développe aux dépens de la partie superficielle, de la partie interstitielle ou de la partie profonde de la parotide. Dans le premier cas, elle présente un volume qui varie depuis une noisette jusqu'au poing. Elle est de forme arrondie et lobulée; de consistance variable, c'est-à-dire dure et élastique dans certains points, molle et dépressible dans d'autres. Sa face superficielle est sans adhérence avec les téguments; sa face profonde est large ou étroite et repose sur la parotide, avec laquelle elle présente des connexions lâches ou intimes. Lorsque la tumeur est interstitielle, le tissu glandulaire l'entoure de toutes parts dans la première période de la formation; plus tard, la tumeur traverse le tissu glandulaire pour arriver sous la peau; la parotide est refoulée dans l'excavation. Enfin lorsque la tumeur se développe du côté de la face profonde de la glande, celle-ci coiffe la production morbide.

Ces tumeurs sont généralement entourées d'une enveloppe celluleuse. La coupe présente les caractères du *tissu glandulaire*, du *tissu fibreux* ou du *tissu cartilagineux*. La masse morbide renferme parfois des *kystes* de volume variable, des concrétions calculeuses, rarement des épanchements sanguins. Lorsqu'on examine le tissu morbide au microscope, on y trouve des noyaux libres d'épithélium nucléaire, des cellules d'épithélium pavimenteux, des culs-de-sac glandulaires semblables à ceux de la glande (voy. t. I, fig. 28, p. 176), des cellules fibro-plastiques (fig. 30, p. 183), des fibres celluleuses (fig. 27, p. 175), des cellules cartilagineuses (fig. 29, p. 179),

des globules graisseux situés à l'intérieur ou en dehors des culs-de-sac glandulaires. Ces divers éléments existent en proportion variable; les uns et les autres font parfois défaut, mais l'épithélium et les culs-de-sac glandulaires sont constants, ce qui a fait donner à ce genre de tumeurs, par quelques pathologistes, le nom d'*hypertrophie glandulaire*.

Symptômes. Ils ne diffèrent pas de ceux qui ont été exposés t. I, p. 177, et qui se rapportent aux tumeurs *adénoïdes* en général. Notons que la tumeur peut atteindre le volume du poing, que la peau qui la recouvre offre parfois des varices capillaires résultant de l'obstacle à la circulation dans les vaisseaux plus profonds. La consistance de la tumeur est variable d'après le tissu qui entre dans sa composition: elle est molle en cas d'hypertrophie glandulaire simple; dure et élastique par places quand il existe des portions fibreuses et cartilagineuses; fluctuante en certains endroits, quand il s'y trouve des kystes. La production morbide s'accroît des parties profondes vers la surface plutôt qu'elle ne se propage aux tissus qui entourent la région parotidienne. Elle est indolente par elle-même et à la pression; ce n'est que lorsqu'elle a subi un grand accroissement qu'elle apporte de la gêne à l'accomplissement de la mastication. On a observé dans quelques cas l'inflammation du tissu morbide. Lorsque la tumeur a pris un volume considérable, elle peut ulcérer la peau qui la recouvre, parce que le tégument externe est trop distendu, et non parce que le produit morbide tend naturellement vers l'ulcération, ainsi que cela arrive aux tumeurs malignes. Dans les tumeurs adénoïdes, on n'observe pas de paralysie du nerf facial, celui-ci restant indemne d'altération au milieu des tissus malades.

Diagnostic. Le développement lent de la tumeur, la mobilité de la peau qui recouvre cette dernière, l'absence de douleurs, l'intégrité de la santé générale permettent, de distinguer les tumeurs adénoïdes des tumeurs cancéreuses de la parotide. On ne confondra pas un adénome parotidien avec une adénite simple de la région parotidienne, parce que dans le dernier cas la tumeur est mobile en tous sens, aussi bien par la face superficielle que par la profonde, tandis que l'adénoïde se continue par sa base avec le reste de la glande. Toutefois il se peut que les ganglions, après avoir subi la transformation fibreuse et fibro-plastique, contractent des adhérences avec le tissu de la parotide, auquel cas la production morbide présente les caractères cliniques de l'adénome parotidien. Tel était le cas d'un homme auquel j'ai pratiqué (septembre 1868) l'extirpation d'une tumeur de la région parotidienne, longue de 5 centimètres, large de 4.

Un adénome de la région parotidienne étant reconnu, il est facile d'en apprécier l'étendue en profondeur. On juge que la production morbide est superficielle quand on la déplace facilement sur les parties subjacentes; qu'elle est profonde, quand la base ne peut être limitée en aucun sens par les doigts enfoncés dans l'excavation parotidienne. On reconnaît la nature du tissu qui forme la tumeur à la consistance de celle-ci: une consistance plutôt molle que dure indique de l'hypertrophie glandulaire pure; la résistance et l'élasticité de certaines parties dénotent la présence de noyaux

fibreux et d'amas cartilagineux; les kystes donnent une sensation de rénitence et parfois de fluctuation.

Pronostic. Il n'est fâcheux qu'en raison de la difformité à laquelle donne lieu la tumeur lorsque celle-ci a pris un grand volume. L'adénoïde profond est plus grave que le superficiel, à cause des difficultés opératoires que présente le premier, par suite des connexions plus rapprochées avec le nerf facial et l'artère carotide externe.

Traitement. Lorsque les pommades résolutives échouent, ce qui est le cas le plus ordinaire, l'extirpation de la tumeur peut être faite de la façon suivante : on divise la peau parallèlement au grand diamètre de la production morbide ou crucialement. On dissèque le tégument externe, de façon à mettre l'adénome à découvert par la face superficielle. Tirant ensuite la tumeur en avant avec des érignes placées dans son épaisseur, on sépare avec le doigt les adhérences profondes lorsque celles-ci sont assez lâches, avec le bistouri lorsqu'elles sont trop fortes. Dans le dernier cas, on a soin de diriger la pointe du bistouri en avant pour éviter la blessure de la carotide externe. Il résulte des recherches de Denonvilliers que les connexions de ce vaisseau avec la parotide varient suivant les sujets : tantôt l'artère est complètement enveloppée par le tissu de la parotide; tantôt elle est placée le long d'une gouttière creusée sur la face interne de la glande; d'autres fois elle est simplement accolée à la face profonde de la parotide. En général, dans les tumeurs adénoïdes, la carotide externe est suffisamment protégée par les portions saines de la glande pour qu'on n'ait pas à en redouter l'ouverture. Si la tumeur s'étendait assez profondément pour qu'il y eût à craindre cette blessure, il conviendrait de faire au préalable la ligature du vaisseau. Quant au nerf facial, la section en est inévitable, si la tumeur s'étend profondément, et il serait préférable de n'enlever que les portions de l'adénome situées en dehors du nerf. Les artères parotidiennes blessées dans le cours de l'opération seront saisies avec un ténaculum et liées à mesure qu'elles sont ouvertes.

(C) **CONCRÉTIONS ET POCHEs SALIVAIRES.** Les principes salins renfermés dans la salive et dissous dans ce liquide se déposent parfois, et par leur agglomération forment des dépôts plus ou moins volumineux, soit dans les granulations de la parotide, soit dans le conduit de Sténon.

Morgagni a trouvé dans le tissu de la parotide de petits fragments d'une matière noire qui, après dessiccation, avait la dureté de l'os. Plater a vu dans la glande un très-grand nombre de grains sablonneux. Ces concrétions déterminent, dans certains cas, une inflammation du tissu propre de la parotide et des abcès consécutifs.

Dans le canal de Sténon, les concrétions salivaires atteignent parfois le volume d'une petite noix. Alors ils obtèrent la lumière du conduit; la salive, ne pouvant trouver une issue par le conduit excréteur, s'accumule derrière l'obstacle, distend le conduit, et il en peut résulter la formation d'une poche salivaire. Lorsque le kyste atteint un grand volume, les téguments distendus peuvent s'ulcérer et il en résulte une fistule salivaire. D'autres fois le calcul ulcère les parois du conduit de Sténon, passe

dans le tissu cellulaire ambiant et provoque une inflammation aiguë.

L'indication à remplir est de débarrasser le malade du calcul salivaire, lorsque celui-ci donne lieu aux accidents que nous avons énumérés. On a conseillé de pratiquer cette extirpation par la bouche plutôt que par la région de la joue, pour éviter une fistule salivaire. Lorsqu'on ne peut enlever le calcul, ou bien encore lorsque le canal de Sténon est oblitéré, on ouvre la tumeur salivaire par la cavité buccale, de façon à établir une fistule salivaire buccale entre la glande et l'endroit où existe l'obstruction.

(D) **TUMEURS MALIGNES OU CANCÉREUSES.** Ces tumeurs sont formées de tissu squirreux, de tissu encéphaloïde, rarement de mélanose. Elles débütent par les ganglions lymphatiques ou par le tissu glandulaire. Le nerf facial est tantôt indemne d'altération, tantôt envahi lui-même par la dégénérescence morbide. La carotide externe présente avec la tumeur des rapports analogues à ceux qui ont été indiqués à la page 392. Dans une période avancée, la masse morbide contracte des adhérences avec les organes qui limitent l'excavation parotidienne, et qui sont envahis par la dégénérescence cancéreuse.

Symptômes. Le cancer de la parotide se présente sous la forme d'une tumeur mal circonscrite, dure, s'étendant profondément dans l'excavation parotidienne, avec adhérences de la peau qui recouvre la masse. Dans les premiers temps, la tumeur est indolente; plus tard elle est le siège d'élançements. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont difficiles, lorsque la production morbide a acquis un certain volume. En cas de propagation de la dégénérescence au nerf facial, il y a hémiplegie faciale. A une période plus avancée, surviennent tous les troubles locaux et généraux appartenant à l'évolution du cancer : ulcération de la tumeur, suppuration ichoreuse, engorgement des ganglions latéraux du cou, amaigrissement, cachexie, mort.

Diagnostic. Le cancer diffère par ses caractères physiques et par sa marche des tumeurs adénoïdes de la parotide avec lesquelles il importe surtout de le distinguer, c'est ce que le tableau suivant fait ressortir :

CANCER.	TUMEUR ADÉNOÏDE.
Tumeur mal limitée.	Tumeur circonscrite.
Accroissement rapide.	Accroissement lent.
Tumeur se propage en tous sens.	Tumeur se porte des parties profondes vers la surface.
Tumeur adhérente aux organes voisins.	Tumeur sans adhérences avec les parties environnantes.
Peau adhérente à la tumeur.	Peau mobile sur la tumeur.
Douleurs.	Absence de douleurs.
Engorgement des ganglions voisins.	Ganglions voisins sains.
Santé générale altérée.	Santé conservée.
Souvent hémiplegie faciale.	Hémiplegie faciale rare.

Traitement. L'extirpation n'est indiquée que lorsque la masse morbide ne s'étend pas trop profondément, qu'elle n'a pas encore contracté d'adhérences avec les parties voisines, qu'il n'existe ni engorgement des ganglions lymphatiques latéraux du cou, ni phénomènes d'infection can-