

A. *Refaire un canal et un nouvel orifice.* — 2° Ponction unique. LANGENBECK disséqua le bout postérieur du conduit et l'enfonça dans la muqueuse. DEROY, au dire de SAVIARD, transperça la joue avec un fer rouge au niveau de la fistule et ramena ainsi la salive dans la bouche; peu à peu la plaie fistuleuse externe guérit.

B. Double ponction. DEGUISE (1811) traverse la paroi buccale avec un trocart au niveau de la fistule; on remplace la tige du trocart par un fil de plomb qui pénètre dans la bouche; la canule enlevée, le trocart est enfoncé de nouveau au même point, mais en le dirigeant obliquement en avant; le trocart retiré, un fil double de soie est introduit dans la bouche (fig. 168). Après l'ablation de la

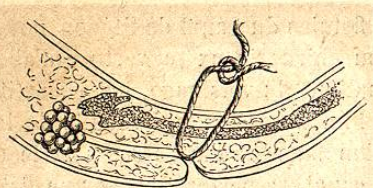


Fig. 168. — Procédé de DEGUISE pour la fistule salivaire du canal de Sténon.

canule on se sert d'un fil de soie pour ramener le fil de plomb par la deuxième ouverture de dehors en dedans: enfin on avive les bords de la fistule et on les réunit; le fil de plomb est retiré au bout de quelque temps. Cette opération primitive a été modifiée par BÉCLARD, GOSSERIO, GOSSELIN, TRÉLAT; nous renvoyons aux traités de médecine opératoire pour les détails. Au lieu du fil de plomb on s'est servi avantageusement de fil de caoutchouc et même de tube à drainage (RICHELOT).

3° *Supprimer la sécrétion; atrophie de la glande.* — La compression conseillée par DESAULT est douloureuse, incertaine; la ligature indiquée par VIBORG a donné des succès; ainsi que l'ont montré VAILLARD et ARNOZAN, cette opération rationnelle amène la sclérose de la glande (*Soc. de biologie*, 1883).

§ 3. — Corps étrangers. — Calculs et tumeurs du canal de Sténon

Bibliographie. — POULET, *Traité des corps étrangers*, 1879, p. 757. — PAQUET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1^{re} série, t. XXX, p. 505. — BAILLARGER, *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1847. — TERRIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 271. — BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883.

1° CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS

Les *corps étrangers* pénètrent très difficilement dans l'orifice étroit du canal de Sténon; cependant il en existe quelques exemples. Ainsi on a rencontré dans le conduit une plume de duvet, un grain d'avoine, un grain d'orge: une arête de poisson dont parle DUBOIS, après s'être engagée dans le canal

amena la suppuration, la perforation du conduit et la formation d'une fistule salivaire. Un grain d'avoine (SCHELLER) fut la cause d'une rétention prolongée de la salive, d'une tuméfaction parotidienne qui disparut après l'extraction. La plume de duvet du malade de SENATOR détermina une parotidite suppurée; enfin dans le cas de SÉGUIGNOL, une concrétion s'était formée autour du corps étranger, un petit filet de bois qui séjourna plusieurs mois. L'extraction par la bouche doit être en pareil cas pratiquée immédiatement.

Calculs et concrétions. — Dans quelques anciennes observations, il est fait mention de concrétions développées dans la parotide elle-même; MORGAGNI

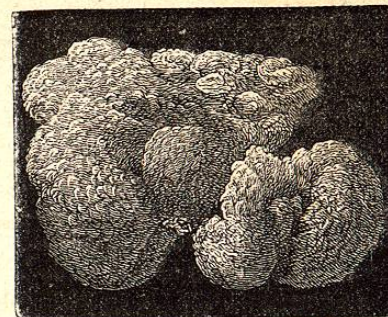


Fig. 169. — Volumineux calcul du canal de Sténon; cas de BASSOW.

aurait rencontré dans la parotide d'une vieille femme des corps d'une dureté osseuse. Dans le fait de PLATER, trente graviers étaient mélangés à un liquide visqueux dans un kyste parotidien.

Les calculs du canal de Sténon sont assez rares (douze cas environ). Si quelques-uns, ordinairement situés dans une poche latérale, ont pu acquérir les dimensions d'une petite noix et même d'un œuf de pigeon (LIEUTARD, BASSOW), le plus souvent ils ont un petit volume. Par leur action mécanique ils gênent sensiblement l'excrétion de la salive qui s'accumule dans le canal de Sténon et la parotide dilatés. On les a vus enflammer la peau de la joue et être éliminés par un abcès au prix d'une fistule persistante. BERGER a rencontré un cas de calculs multiples qui coïncidaient avec un angiome au niveau de la boule de Bichat. Le gonflement, la dureté du calcul, le contact d'un corps dur quand on sonde le canal, mettront sur la voie du diagnostic. On extrait les calculs par la bouche en incisant, s'il est nécessaire, sur la concrétion elle-même (MANEC).

2° TUMEURS DU CANAL DE STÉNON

L'accumulation de la salive en arrière d'un corps étranger ou d'un calcul aboutit à la formation d'une tumeur salivaire assez volumineuse; elle avait les dimensions d'un œuf de poule dans un fait cité par BÉRARD; ce chirurgien crut à un abcès froid, ouvrit la tumeur, et il n'en sortit qu'un liquide clair, filant, qui était de la salive; la plaie devint fistuleuse. Dans un autre fait

publié par GARNIER, la dilatation du canal résultait d'une cicatrice qui intéressait le conduit; JARJAVAY (*Soc. de chir.*, 1853) cite un fait analogue. Enfin TERRIER a communiqué à la Société de chirurgie un cas de dilatation du conduit, avec accumulation de liquide, consécutive à un aphte situé à l'orifice du canal; le cathétérisme et la guérison de la petite lésion firent cesser les accidents. Dans plusieurs observations de dilatation de la parotide et du conduit, on a noté de la douleur, du gonflement et un certain degré de transsudation par la peau. VERNEUIL admet que le spasme du conduit suffirait à expliquer la rétention de la salive.

TILLAUX rapporte (*Bull. de Thér.*, 1872) un exemple de pneumatocèle du canal de Sténon, chez un ouvrier verrier; la masse réductible se reproduisait dès que le malade gonflait les joues. Il ne faudrait pas confondre cette tumeur gazeuse exceptionnelle avec l'emphysème provoqué par les simulateurs, les prisonniers entre autres qui percent la muqueuse buccale, gonflent leurs joues pour produire une fluxion. La crépitation que donne la palpation fera aisément reconnaître la supercherie.

Ces tumeurs du conduit sont, comme on le voit, assez rares; on évitera de les confondre avec les tumeurs de la parotide accessoire signalées par DENONVILLIERS, GOSSELIN, BROCA, et avec les abcès froids d'origine osseuse qui sont assez communs en ce point.

§ 4. — Tumeurs de la région parotidienne

- Bibliographie.** — BÉRARD, Thèse de concours, 1841. — BILLROTH, in *Arch. de Virchow*, 1859. — TRIQUET, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XXIX, p. 161, 1852. — BROCA, Art. ADÉNOME du *Dict. encycl. des sc. méd.* — BAUCHET, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1860, t. V. — DOLBEAU, *Gaz. hebdom.*, 1858, et *Soc. de chir.*, 1860. — DUPLAY, *Progrès méd.*, 1877. — KOLACZEK, *Ueber Angio-Sarcome*, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. IX. — KAUFMANN, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXVI, p. 672, 1881 (Bibl.). — DELORME, art. PAROTIDE du *Dict. de méd. et de chir. pratiques* (Bibl.). — DESPRÈS, *Diagn. des tumeurs*, Paris, 1868, p. 239. — BOUCHAUD, *Gaz. des Hôp.*, 1873, p. 44. — *Soc. de chir.*, 1880, p. 508.
Thèses de Paris. — 1856, FAVENC. — 1866, FERREIRA ALVIM. — 1873, JEAN. — 1874, BRANLAT. — 1876, PLANTEAU. — 1883, MICHAUX.

1^o TUMEURS EN GÉNÉRAL

On trouve dans la région parotidienne une assez grande variété de tumeurs; malgré d'importants travaux publiés sur ce sujet, leur histoire est encore très obscure. Nous étudierons tout d'abord un certain nombre de tumeurs rares ou faciles à reconnaître, et dans une seconde partie les néoplasmes qui prennent naissance dans la loge parotidienne, probablement dans la glande elle-même; ce sont les plus intéressants.

A. — TUMEURS LIQUIDES

Mentionnons seulement les kystes sébacés ou loupes, les kystes séreux, congénitaux ou acquis, décrits par LAUGIER (1870) et dont il n'existe que quelques exemples, les kystes à échinocoques dont O. WEBER a signalé la présence. Les cavités kystiques qui se rencontrent dans certains néoplasmes seront étudiées plus tard.

La nature des tumeurs sanguines est loin d'être connue; STANLEY, NOTTA en ont rapporté des exemples. GASCOYEN a décrit un angiome de la parotide où les vaisseaux très dilatés et sinueux se transformaient en grandes poches et finissaient par former un tissu caverneux avec des phlébolithes. Dans la plupart des cas de ce genre réunis par RECLUS, l'angiome s'ouvrait dans la jugulaire; ce chirurgien pense qu'on devrait les séparer des tumeurs érectiles proprement dites. Ces productions sont aux veines ce que les anévrysmes cirsoïdes sont aux artères.

Il ne reste plus à signaler que les kystes salivaires, assez mal connus et dont il n'y a dans la science qu'un très petit nombre d'exemples. Tout ce qu'on sait de ces collections repose sur quatre faits, dont deux publiés par BÉRARD ne sont rien moins que probants; les deux autres sont dus à A. DESPRÈS et à BOUCHAUD. Dans le cas de ce dernier, la tumeur s'était développée en un an chez une jeune fille de dix ans; le kyste, mou, indolent, fluctuant, donna par la ponction un liquide jaunâtre, visqueux, qui se reproduisit dès le premier repas; une seconde ponction permit de constater qu'il s'agissait bien de salive. Enfin LAWRENCE aurait rencontré des kystes multiples dont un était suppuré.

NÉLATON conseille en pareille circonstance d'ouvrir le kyste par la bouche, de manière à créer une fistule buccale; ce conseil ne nous semble praticable qu'autant que la tumeur siège près du masséter. BOUCHAUD suivit ce précepte, mais le kyste s'abcéda, s'ouvrit à l'extérieur et guérit.

DUPLAY a désigné sous le nom de *grenouillette parotidienne* une dilatation des conduits et des canalicules dont DEMARQUAY aurait observé un cas; il y avait tuméfaction de la parotide qui se remplissait d'air quand le malade gonflait les joues, et il sortait par le conduit de la salive mélangée à de l'air et du pus.

B. — LIPOMES

Le lipome sous-cutané, le moins rare de tous, peut acquérir dans quelques cas des dimensions insolites; son développement est généralement très lent. On a encore signalé le lipome intra-parotidien dont HAMILTON a publié un exemple peut-être unique, car celui de RICHER ne nous semble nullement démonstratif, puisque la tumeur avait la consistance et l'aspect du mastic de vitrier. Enfin DEMARQUAY a communiqué à la Société de chirurgie (1873) un cas de lipome sous-parotidien. La masse développée chez un homme de cinquante-deux ans soulevait la parotide, présentait une fausse fluctuation qui pouvait donner le change sur sa nature.

Il ne faut enlever les lipomes qu'autant qu'ils deviennent gênants par leur volume et que leur développement est rapide.

C. — TUMEURS GANGLIONNAIRES

Parmi les ganglions qui siègent dans la région parotidienne, les uns sont superficiels et situés en dehors de la loge parotidienne, d'autres sous-aponévrotiques occupent les couches superficielles de la glande ou son épaisseur. On ne saurait nier que les adénites superficielles s'observent plus communément que les profondes; d'ailleurs on y retrouve toutes les variétés et surtout l'adénite tuberculeuse qui tantôt forme des tumeurs indurées, susceptibles de rester très longtemps stationnaires, comme dans un cas cité par TRIQUET (deux ans), ou bien des chapelets marronnés. Ces ganglions tuberculeux tendent quelquefois à la suppuration, donnant alors naissance à l'adéno-phlegmon, aux abcès, aux fistules et aux écrouelles. La suppuration des ganglions profonds aboutit au phlegmon parotidien dont nous avons parlé ailleurs. Le diagnostic des adénites profondes présente habituellement de grandes difficultés.

Sans insister sur les divers traitements qui conviennent à ces adénites, nous mentionnerons l'extirpation qui a été pratiquée par SÉDILLOT, VELPEAU, et que BÉRARD recommande. L'un de nous a enlevé des ganglions tuberculeux superficiels et profonds; l'opération, toujours assez sérieuse, donne de bons résultats.

Lymphadénome. — L'histoire du lymphadénome étant de date assez récente, les exemples de ce néoplasme ne sont pas nombreux dans la région parotidienne. Il y a lieu cependant de distinguer deux cas: 1° ceux dans lesquels l'adénopathie est secondaire; 2° ceux dans lesquels l'affection débute dans les ganglions parotidiens; ce sont les plus intéressants, parce que, au début, le chirurgien peut commettre de graves erreurs de diagnostic. DUDLEY diagnostiqua un adéno-phlegmon, et les progrès du néoplasme lui permirent seuls de reconnaître la nature maligne de la tumeur ganglionnaire. Maintes fois on fit des ponctions croyant à des kystes (BRANLAT). NOTTA opérait pour un lipome et la tumeur était polykystique. Dans l'observation de PANAS, le lymphadénome parotidien avait été précédé d'une tumeur de même nature de l'amygdale. Les caractères du sarcome étaient plus manifestes dans le fait publié par VERNEUIL, mais les tumeurs ganglionnaires des régions parotidienne et sous-maxillaire étaient restées huit ans indifférentes avant leur évolution active; la leucémie fut constatée. On conçoit aisément combien dans le cas où la tumeur est unique le diagnostic devient ardu. Si l'extirpation d'une tumeur solitaire rebelle à tous les traitements est la règle, il n'en faut pas moins l'examen micrographique pour poser le diagnostic.

§ 5. — Tumeurs solides de la parotide

La question des néoplasmes de la parotide est encore loin d'être élucidée; il s'agit en effet d'une glande, et nous constatons ici les mêmes difficultés

d'analyse et d'interprétation que pour la mamelle, le testicule. Nos connaissances sont peut-être moins avancées pour la parotide que pour ces autres glandes parce que les tumeurs y sont assez peu communes.

Si cliniquement la séparation des tumeurs en bénignes et malignes doit encore être conservée, il est nécessaire de chercher à les classer d'après des caractères un peu plus précis. Sans prétendre résoudre la question, nous adopterons une division fondée sur les considérations suivantes.

Deux sortes d'éléments contribuent à former la parotide: l'élément glandulaire et le stroma. Si tous les deux viennent à prendre dans quelques lobules un développement anormal, on se trouve en présence de l'adénome régulier, variété la plus rare.

Si le stroma prolifère seul ou plus que l'élément épithélial, on aura une variété de l'adénome irrégulier. Or le stroma conserve rarement sa structure première; il présente toutes les phases de transformation du tissu conjonctif, toutes ses modalités; tantôt il est fibreux, embryonnaire, tantôt cartilagineux, muqueux. Ce sont, si l'on veut en conservant la juste expression de BROCA, des adénomes avec prédominance du tissu conjonctif. Supposons au contraire que la prolifération de l'épithélium glandulaire prédomine, la tumeur affecte un type différent; on se trouve en présence d'un épithéliome, d'un carcinome ou encore de ce qu'on a appelé la tumeur hétéradénique.

Ainsi comprise, la question paraît fort simple; vient-on à étudier une série de coupes provenant de tumeurs diverses, tout paraît confus. A côté du cartilage on trouve du tissu fibreux, du tissu muqueux, des kystes; çà et là des culs-de-sac glandulaires, des groupes de cellules d'apparence épithéliale à côté de capsules de cartilage. Aussi l'imagination s'est-elle donnée libre carrière pour interpréter ces faits. On n'a peut-être, à notre avis, pas assez tenu compte des transformations diverses que pouvait subir la capsule cartilagineuse, élément commun dans les tumeurs à prédominance conjonctive. Le cartilage peut donner du tissu fibreux, du tissu muqueux, de l'os, de la moelle. Rarement il forme de l'os dans la parotide, ou bien cet os très instable repasse à l'état embryonnaire. La régression muqueuse est assez fréquente dans ces tumeurs; quant à la transformation du cartilage en médulocelles, quoiqu'elle n'ait pas été signalée, nous la considérons comme très commune, et c'est en tenant compte de son existence qu'on pourra interpréter diverses figures incompréhensibles sans cela. Dès lors, si l'on admet avec nous que ces amas de cellules mêlées au tissu cartilagineux, fibreux, muqueux, sont des médulocelles, la question se trouve simplifiée et nous décrirons des adénomes réguliers, des adénomes irréguliers, les uns avec prédominance du stroma, les autres avec prédominance épithéliale, typiques ou atypiques.

Il n'y aurait plus d'hésitation que pour la tumeur hétéradénique, ou l'épithéliome tubulé, cylindroma, carcinome glandulaire des Allemands. C'est une sorte de variété intermédiaire entre les tumeurs conjonctives auxquelles elles ressemblent cliniquement et les carcinomes avec lesquels elles présentent plus d'une analogie au point de vue de leur structure.

PRUDDEN a eu l'occasion d'étudier la structure d'une tumeur solide de la parotide chez un enfant de sept ans. Il s'agissait d'un *rabdomyome*; l'auteur

considère ce cas intéressant comme une confirmation de la théorie de CONHEIM sur la genèse des néoplasmes. (*Amer. J. of. med. Sc.*, avril 1883, p. 438.)

A. — ADÉNOME

Les faits mentionnés par les auteurs comme des exemples d'hypertrophie vraie sont assez mal déterminés; plusieurs ont été observés à une époque où l'étude des tumeurs n'était qu'ébauchée. L'analogie du tissu d'une tumeur avec celui de la parotide, comme dans l'observation de DUKE observé sur un enfant de neuf mois, ne suffit pas pour poser le diagnostic d'adénome vrai. D'autre part quelques auteurs, BÆCKEL, DELORME, ont cru devoir séparer les adénomes de tumeurs assez rares auxquelles ils ont donné le nom d'*angiome glandulaire*. Ce serait une sorte de tumeur érectile qui débiterait par une dilatation des vaisseaux normaux de la glande; celle-ci peu à peu deviendrait caverneuse. Ces tumeurs augmentent par l'effort et les cris de l'enfant, et sont un peu réductibles. DELORME pense, et nous partageons son avis, que le cas de BÉRARD considéré comme une hypertrophie glandulaire appartient à cette variété.

L'extirpation est le meilleur traitement lorsque la tumeur a pris un développement anormal, la ligature de la carotide externe conviendrait peut-être mieux aux angiomes glandulaires. L'enfant d'un an auquel BÆCKEL extirpa une de ces tumeurs mourut quatre jours après par ulcération de l'artère temporale dénudée.

2° TUMEURS CONJONCTIVES

SYNONYME. — Adénomes avec prédominance et altérations du stroma.

Toutes les variétés qui font partie de ce groupe ont des traits communs; elles dérivent du tissu conjonctif, s'associent les unes aux autres, s'entremêlent; leur développement est généralement lent, leur bénignité relative, car elles récidivent sur place. Nous laisserons de côté le myxome pur signalé par VIRCHOW, néoplasme très rare, dont les caractères cliniques sont mal tranchés.

A. — FIBROME

Les fibromes de la parotide intéressent tantôt toute la glande, tantôt quelques lobules seulement; durs, résistants, ils crient sous le scalpel, et la coupe blanchâtre montre çà et là des îlots glandulaires jaune-grisâtre, d'autant moins nombreux que la tumeur est plus développée. Le microscope permet d'y reconnaître des traînées fibreuses concentriques ou des travées enchevêtrées; il n'est pas rare de rencontrer dans leur épaisseur des dilatations kystiques formées aux dépens de quelques acinis dont les canaux ont été étouffés.

B. — CHONDROME

Leur histoire n'est pas très ancienne. Entrevus par BÉRARD (1841), ils ont été étudiés par PAGET (1853), CRUVEILHIER (1856) et surtout par DOLBEAU (1858).

Les recherches histologiques de VIRCHOW, RANVIER, PLATEAU, KAUFMANN, ont jeté quelque lumière sur cette question obscure.

Étiologie. — On sait fort peu de chose sur l'origine de ces néoplasmes; la parotide comme le testicule est un lieu d'élection de l'enchondrome; CONHEIM explique cette particularité de la même manière, par l'entraînement de quelques cellules de cartilage des vertèbres pendant la vie embryonnaire. WARTMANN fait provenir le cartilage de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. L'enchondrome se rencontre à tous les âges, mais de préférence entre vingt et trente ans; d'après les observations publiées, les traumatismes antérieurs, les inflammations aiguës ou chroniques de la région ne seraient pas étrangers à son développement. On aurait vu le chondrome succéder à un coup de poing reçu neuf ans auparavant (FRIEDBERG). Quant à l'opinion encore admise par DOLBEAU, d'après laquelle la tumeur débiterait dans les ganglions lymphatiques, elle est aujourd'hui complètement abandonnée, car tout le monde place le point de départ dans le stroma.

Division. Anatomie pathologique. — Les auteurs divisent les chondromes en deux groupes suivant qu'ils sont purs, exclusivement cartilagineux, ou mixtes, complexes, c'est-à-dire mélangés à des éléments divers, sarcome, myxome. Nous avons dit plus haut en quoi consistaient ces transformations.

1° *Chondrome pur.* — Il forme une masse grosse comme une pomme d'api, lisse à sa surface ou bosselée, encapsulée, qui crie sous le scalpel et présente une coupe blanc bleuâtre. Au microscope on y retrouve les deux variétés du cartilage hyalin fœtal avec de grosses capsules, ou du cartilage à cellules ramifiées, analogues à celles de la tête du calmard.

Parmi les transformations qui succèdent à cette période de crudité, mentionnons l'ossification et la médullisation du cartilage, les kystes lacuneux muqueux ou colloïdes, les épanchements sanguins.

2° *Chondromes mixtes.* — Le chondrome est fréquemment associé au myxome; il en résulte des inégalités de consistance très marquées dans les différentes parties de la tumeur. Au lieu de la résistance dure, élastique du chondrome, on perçoit çà et là des points mous, presque fluctuants. L'élément glandulaire, souvent étouffé par suite des progrès du néoplasme, forme parfois des végétations et plus souvent des dilatations ampullaires qui contribuent à la formation des kystes. Une dernière variété fort mal connue sous le nom de cylindroma pourrait, d'après ROBIN, BILLROTH et VIRCHOW, être associée au chondrome.

Le chondrome est ordinairement simple; l'un de nous a vu un cas où il existait des deux côtés. Les métastases de ce néoplasme sont rares, puisque KAUFMANN n'a pu en trouver qu'un exemple; cependant la tumeur peut envahir de proche en proche les tissus voisins; ainsi KNAPP a signalé la propagation d'un adéno-chondrome à la membrane du tympan.

Symptômes. — Le chondrome de la parotide, à sa période de crudité, est constitué par de petites tumeurs d'ordinaire multiples, mobiles, indolentes, à développement lent. Au bout d'un temps assez long, variant entre cinq et vingt ans, les petites nodosités primitives se rapprochent pour former une masse unique, ou bien l'une d'elles se développe plus que les autres. La peau saine n'est