

pas adhérente au néoplasme qui la soulève; à la palpation, les doigts perçoivent une sensation de dureté élastique, et en saisissant la tumeur en masse on peut lui imprimer de légers mouvements. Le frottement du néoplasme contre le bord postérieur de la mâchoire détermine quelquefois pendant la mastication un bruit spécial. D'après DUPLAY, en recherchant la transparence avec une lumière, on observerait à la périphérie un certain degré de translucidité.

Un des caractères typiques de ces productions morbides, c'est leur indolence prolongée; de même, elles n'engendrent des troubles fonctionnels graves qu'autant qu'elles ont acquis un grand développement, le volume d'une tête de fœtus par exemple. Dans ces cas la tumeur perd sa mobilité par suite des prolongements qu'elle envoie entre les ptérygoïdiens. A cette période le ramollissement commence, et à côté des bosselures dures, caractéristiques, on en sent d'autres plus molles. La peau distendue outre mesure est également susceptible de s'ulcérer. Les symptômes des chondromes mixtes offrent la plus grande analogie avec les précédents.

Ces tumeurs, après une période d'indolence qui peut aller jusqu'à trente ans, acquièrent un développement qui force à intervenir. Il ne faut pas oublier que le chondrome de la parotide ne se propage pas aux ganglions, ne se généralise jamais. Mais cette bénignité est compensée par la tendance aux récidives.

Traitement. — DOLBEAU, en raison de l'évolution très lente des chondromes de la parotide, était hostile à l'intervention. Peut-être était-il trop optimiste, et avec DUPLAY nous pensons qu'en raison de l'inefficacité de tous les autres traitements, des dangers ultérieurs, une intervention hâtive et complète doit être préférée à l'abstention. C'est donc à l'extirpation large qu'on aura recours en pareille circonstance.

C. — SARCOME

Le sarcome de la parotide est plus commun, dans la jeunesse et l'âge adulte, chez la femme que chez l'homme. Quant aux causes occasionnelles que les malades invoquent toujours pour expliquer l'apparition du mal (traumatismes, inflammations antérieures), elles ne nous semblent nullement démontrées.

DUPLAY admet quatre variétés: 1° le cysto-sarcome; 2° le sarcome fasciculé; 3° le sarcome encéphaloïde; 4° le sarcome mixte. Il nous semble juste de les réduire à trois, car le cysto-sarcome ne représente pas un type spécial, et rien n'est plus commun que de rencontrer des kystes lacunaires ou des dilatations salivaires dans tous les sarcomes.

Le sarcome prend naissance dans le stroma, écarte les éléments glandulaires et peut acquérir des dimensions insolites. PATTERSON (*The Lancet*, 1879, vol. II) parle d'un myxo-sarcome qui mesurait 0^m,52 de circonférence, il avait mis vingt-huit ans à se développer, et la tumeur ne gênait le malade que par son poids.

Quand on entre dans les détails de l'anatomie pathologique, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il règne sur tout ce sujet une confusion regrettable. Ainsi pour DUPLAY « le sarcome fasciculé, tumeur fibro-plastique de LEBERT, est carac-

térisé par des petites tumeurs qui ne dépassent guère le volume d'un œuf, formant une seule masse arrondie, d'une dureté parfois fibreuse mais jamais ligneuse comme celle du squirrhe ». D'un autre côté, DELORME pense que le sarcome fasciculé peut atteindre un volume considérable.

A la coupe toutes ces tumeurs, qu'elles contiennent plus ou moins de cellules fusiformes ou embryonnaires, présentent un aspect blanc grisâtre, rosé. La disposition lobulaire est encore visible, cependant on ne distingue plus nettement à l'œil nu ce qui appartient à la glande dégénérée. Ça et là le scalpel ouvre des cavités kystiques dont les dimensions varient entre celles d'un pois et d'une noix; elles renferment un liquide clair parfois colloïde ou rosé. Le microscope permet de reconnaître dans la tumeur les divers éléments du sarcome et la nature des kystes. Les uns sont des lacunes provenant du ramollissement et de la fonte du sarcome; les autres représentent certainement des culs-de-sac glandulaires emprisonnés, qui ont formé des kystes par le fait de l'accumulation et de la transformation des produits sécrétés. Ils sont reconnaissables à leur épithélium; il n'est pas rare de voir de véritables végétations villeuses bourgeonner dans la cavité du kyste; cette forme correspond à l'adéno-sarcome de BILLROTH.

Ces tumeurs prennent naissance dans différents points de la glande, tantôt dans les parties superficielles, tantôt dans les parties profondes ou en avant dans la parotide accessoire. Elles ont une tendance à se porter vers la peau qu'elles respectent, sans y adhérer, tant que le néoplasme n'a pas acquis un assez grand volume. Dans ce dernier cas tous les organes nerveux et vasculaires contenus dans la loge parotidienne sont altérés, comprimés, détruits. Le nerf facial en particulier peut être compris dans la tumeur, tandis que dans d'autres circonstances il passe en avant ou en arrière. Comme dans tous les sarcomes, les ganglions lymphatiques sont sains.

Symptômes. — L'affection débute par une tuméfaction indolente qui ne présente aucun signe caractéristique, se développe lentement, quelquefois par poussées, surtout chez les femmes. Au bout d'un temps variable, généralement assez long, dix, quinze, vingt ans, le sarcome entre dans une phase d'évolution rapide; son volume double, triple et parfois atteint des dimensions énormes; on en a vu descendre jusqu'à la clavicle. Une de ces tumeurs, dans un cas cité par BAUGHET, pesait trois kilos. Arrivé à ce degré le sarcome déforme les parties, le conduit auditif, le pavillon de l'oreille, repousse la mâchoire en avant, soulève le sterno-mastoïdien, produit la surdité, gêne les mouvements de mastication et de déglutition. Par son poids il tend à dévier la tête du côté malade; les douleurs augmentent d'intensité. Arrondi quand il est petit, le sarcome devient bosselé; un lacis veineux très développé sillonne la surface de la peau. Quant à la consistance, elle change nécessairement suivant la variété et l'existence des kystes. La mobilité est presque nulle, à moins que le sarcome n'ait pris naissance dans la parotide accessoire. On ne sait rien de précis sur l'état de la sécrétion salivaire; cependant, dans un fait mentionné par TRIQUET, il y avait de la sécheresse du côté correspondant.

Par suite de sa distension, et non par envahissement, la peau amincie par le sarcome se modifie, s'ulcère et donne naissance à une plaie qui se recouvre

de bourgeons sarcomateux rosés, fermes, sécrétant une lymphe peu fétide.

Pronostic. — Ces tumeurs ne sont pas infectantes, mais repullulent sur place; le pronostic est donc relativement bénin. Suivant DUPLAY, la récurrence serait rare; il base son opinion sur la statistique de BÉRARD, portant sur cinquante-deux cas, dans laquelle on ne trouve que trois ou quatre récurrences. L'impression que nous a laissée la lecture des faits et ce que nous avons vu nous porte à croire qu'elles sont plus fréquentes. Les malades sont assez souvent emportés par quelque complication opératoire.

Traitement. — Ce que nous venons de dire fera comprendre la nécessité d'une intervention hâtive, alors que la tumeur, circonscrite, peu volumineuse, est encore facilement accessible. La même indication se présente également pour les gros sarcomes, mais il faut se prémunir en vue de la ligature des artères et veines importantes et s'entourer de toute l'aide nécessaire en vue d'une opération sinon très difficile, du moins périlleuse. Dans la mesure du possible on devra, à l'exemple de VERNEUIL et d'autres, chercher à conserver le facial, à disséquer les gros vaisseaux qui se cicatrisent bien si le malade ne présente pas d'état constitutionnel.

L'extirpation des tumeurs de la parotide a été pratiquée un grand nombre de fois; BÉRARD en avait réuni cinquante-deux exemples; BRAINARD aurait relevé quatre-vingt-onze cas d'extirpation totale probable; sur cent soixante-huit faits rassemblés par BRUNS, cinq fois les malades sont morts des suites de l'opération (érysipèle, phlegmon, pyohémie); douze fois l'extirpation a été totale; quarante-six fois la plus grande partie de la glande a été enlevée, et cent neuf fois on n'a pratiqué qu'une opération incomplète. Comme accidents consécutifs, il faut signaler la paralysie et la fistule salivaire.

3^e TUMEURS ÉPITHÉLIALES

A. — CARCINOME. — ADÉNOME ATYPIQUE

Suivant DUPLAY, le carcinome de la parotide serait très rare et l'on n'en connaîtrait qu'une vingtaine de cas. Il nous semble bien difficile de se prononcer sur la fréquence relative du carcinome de la parotide, parce que l'étude de ces productions morbides est encore trop incertaine.

C'est habituellement dans la seconde partie de la vie que la tumeur se développe; d'ailleurs le cancer de la glande n'est pas souvent primitif, car il est assez commun de voir les ganglions qui occupent cette région se prendre consécutivement à une tumeur des muqueuses, un cancroïde des paupières, des joues, du nez, du pharynx.

On y retrouve toutes les variétés du carcinome, le squirrhe, généralement petit et ligneux, l'encéphaloïde plus gros et plus mou, d'aspect lardacé, grisâtre, remarquable par sa structure alvéolaire et sa tendance à envahir les parties voisines. Sur un malade que nous avons observé, la tumeur formait une saillie molle et présentait cet aspect spécial comparé par VELPEAU à une tête de

bricote. Les éléments glandulaires ne tardent pas à disparaître et dans les récurrences on ne trouve plus trace des acinis.

Il existe dans la parotide une autre variété de cancer désignée sous le nom d'épithéliome tubulé, signalée par ROBIN, VERNEUIL, et que les Allemands décrivent sous le nom de carcinome glandulaire. Leur aspect est blanc jaunâtre, leur tissu friable; à la pression on fait sortir de la coupe des vermicelles formés par des débris épithéliaux. Ces tumeurs sont constituées par un bourgeonnement néoplasique extrêmement actif de l'épithélium des acinis et des conduits qui poussent des prolongements dans tous les sens. L'aspect de tubes contournés a fait dénommer ces productions. On dit habituellement que ces tumeurs envahissent les ganglions. Cette propagation survint après plusieurs années dans un cas que nous avons observé et qui a été opéré par CHAUVEL. Le malade mourut après trois ou quatre récurrences locales; on trouva plusieurs foyers métastatiques, entre autres une tumeur mélanique du volume du poing dans le foie.

L'épithéliome secondaire propagé des régions voisines aux ganglions et plus tard à la parotide, offre les caractères des tumeurs primitives; on y trouve des globes épidermiques cornés ou colloïdes et les bourgeons épithéliaux classiques entourés à la périphérie par une zone de tissu embryonnaire.

Symptômes. — Insidieux à ses débuts, le carcinome peut passer inaperçu tant qu'il n'a pas atteint un volume suffisant pour déterminer des troubles fonctionnels et faire une saillie extérieure. D'ailleurs, quelques particularités dans les symptômes différencient seules ces néoplasmes d'avec les autres néoplasmes. La tumeur est plus molle; quand elle a franchi l'aponévrose, elle se répand dans le tissu cellulaire, envahit la peau en formant le champignon molle dont nous avons parlé. Plus tard, par suite de l'infiltration des parties voisines, la tumeur n'a plus de limites précises et l'on n'aperçoit pas la saillie du sterno-mastoïdien soulevé, comme dans les tumeurs conjonctives. Les mouvements de la mâchoire sont de plus en plus gênés, l'ouïe compromise; les prolongements profonds du néoplasme repoussent la paroi pharyngienne, on peut voir et sentir la tumeur par la bouche. Du côté du cou il existe souvent une chaîne ganglionnaire plus ou moins adhérente à la masse primitive. Au nombre des caractères propres au carcinome, nous rangerons les douleurs lancinantes précoces qui s'irradient à tout le côté de la tête, la paralysie du facial, la rapidité de l'évolution du néoplasme.

A mesure que la tumeur s'accroît, la peau s'amincit, devient bleuâtre, violacée, luisante et s'ulcère; la plaie consécutive se recouvre bientôt de bourgeons charnus molles, saignants, qui sécrètent une sanie purulente fétide. Il n'est pas rare de voir les portions superficielles du néoplasme se sphacéler et s'éliminer en produisant des hémorragies successives redoutables. Dans un cas de RICHET, le cancer avait poussé des bourgeons dans l'intérieur de la jugulaire.

La marche des carcinomes parotidiens, nous l'avons dit, est rapide; assez fréquemment l'affection évolue en un an, très peu de malades dépassent deux ans. D'ailleurs la mort arrive ici comme dans les tumeurs de ce genre soit par l'infection générale et la cachexie, soit par des hémorragies répétées ou

foudroyantes, par des troubles de la circulation cérébrale consécutifs à la compression des gros vaisseaux. Il n'y a lieu de faire exception que pour l'épithéliome tubulé qui a une tendance beaucoup moindre et plus lente à la généralisation. Cette évolution spéciale démontre qu'il s'agit là d'une variété mal classée des tumeurs glandulaires.

Traitement. — Il faut peu compter sur le phosphore et l'arsenic, vantés dans ces dernières années; seule l'extirpation totale peut enrayer, sinon guérir le mal, mais il ne faut pas y recourir lorsque la tumeur volumineuse s'est propagée à toute la glande et aux régions voisines. On serait autorisé dans les cas inopérables, après avoir lié la carotide primitive comme MOORE, à employer des applications caustiques. Par ce moyen la souffrance sera atténuée et la marche fatale du cacinome un peu retardée.

4° TUMEURS MÉLANIQUES

Cette variété est assez rare, puisque DELORME n'a pu en réunir que cinq ou six exemples, dont trois cités par BÉRARD. Cependant on trouve mention d'autres faits dans les divers traités; GROSS a enlevé une tumeur mélanique. On ne sait rien de bien précis sur la nature exacte de ces néoplasmes; ils apparaissent d'ordinaire chez des adultes et quelquefois consécutivement à une petite tache mélanique de l'oreille, de la joue, de la paupière. Les unes sont superficielles, d'autres profondes.

Dans un cas que nous avons opéré ensemble sur un adulte, la tumeur parotidienne, comme dans l'observation de LISTON, était consécutive à un petit œuvus de la paupière. Les ganglions parotidiens formaient une masse plus grosse que le poing, étendue de l'oreille à la région carotidienne; la peau violacée ne permettait pas, comme on a pu le faire ailleurs, d'affirmer la nature mélanique du néoplasme. A la coupe on trouva les ganglions remplis d'une bouillie noirâtre, et ceux qui étaient encore indurés avaient l'aspect de truffes. Nous dûmes lier la carotide externe, diminuée de calibre et envahie par le produit morbide. La récurrence survint après une période d'amélioration qui dura plusieurs mois.

5° DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Pour faciliter le diagnostic toujours malaisé des tumeurs de la région parotidienne, DUPLAY les divise en deux groupes, superficielles et profondes. C'est en quelque sorte un premier diagnostic anatomique qui permet de distinguer les tumeurs indépendantes de la glande. Kystes, lipomes, ganglions indurés ou tuberculeux, angiomes simples ou rameux sont des tumeurs sous-cutanées dont les caractères nettement tranchés laissent peu de place à l'erreur. L'origine congénitale, la transparence, la consistance, l'évolution, l'aspect même de la lésion constituent d'utiles moyens pour les séparer les unes des autres. Tout au plus pourrait-on avoir quelque doute sur la nature d'un ganglion isolé. Il

faut tout d'abord penser à une adénite, affection commune, et s'il ne trouve pas sa raison d'être, le chirurgien croira à un néoplasme.

Le diagnostic n'est réellement bien difficile que pour les tumeurs profondes. Comment pourrait-il en être autrement alors que les variétés anatomo-pathologiques sont encore indistinctes. Mieux vaut actuellement conserver la vieille division en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes, qui correspond assez exactement à la séparation des néoplasmes en deux groupes, l'un conjonctif, l'autre épithélial. Pour faciliter le travail du lecteur, nous opposerons les uns aux autres les caractères des deux groupes dans le tableau suivant :

TUMEURS BÉNIGNES OU CONJONCTIVES LIPOME, CHONDROME, MYXOME, SARCOME

- 1° Affections qui débutent dans le jeune âge ou chez l'adulte.
- 2° Développement généralement lent (5, 10, 20 ans) et parfois par poussées.
- 3° Tumeurs encapsulées, circonscrites, mobiles quand elles ne sont pas trop grosses.
- 4° Indolence et indifférence remarquables très prolongées.
- 5° Paralysie faciale exceptionnelle par suite du refoulement de la glande. Tumeurs d'ordinaire arrondies ou bosselées.
- 6° La peau reste mobile sur la tumeur et ne s'infiltré pas; elle s'ulcère par mortification à la dernière période par suite du grand développement du néoplasme.
- 7° La plaie festonnée se recouvre de bourgeons fermes, rosés, qui sécrètent un liquide jaunâtre peu fétide.
- 8° Les ganglions ne sont presque jamais envahis par le néoplasme.
- 9° Pas de métastase ni de cachexie.
- 10° Extirpées complètement, ces tumeurs ne récidivent pas, sauf le sarcome.

TUMEURS MALIGNES, ÉPITHÉLIALES CARCINOMES

- 1° Début tardif, entre quarante-cinq et soixante ans.
- 2° Développement régulier et rapide. Évolue en moins de deux ans.
- 3° Tumeurs non enkystées, mal circonscrites, remarquables par leur tendance à infiltrer les parties voisines et à y adhérer.
- 4° Douleurs lancinantes précoces qui ne font que s'accroître.
- 5° Paralysie faciale très fréquente. Tumeurs irrégulières; saillie en forme de tête de brioche.
- 6° Peau de bonne heure intimement adhérente; s'ulcère par l'infiltration des éléments du carcinome.
- 7° L'ulcère taillé à pic se recouvre de bourgeons mous, fongueux, qui saignent au moindre contact et sécrètent un ichor extrêmement fétide.
- 8° La propagation du néoplasme aux ganglions du voisinage est la règle.
- 9° Métastase fréquente. — Cachexie.
- 10° La récurrence est presque constante.

CHAPITRE III

AFFECTIIONS DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

Nous serons brefs sur les lésions traumatiques de la région sus-hyoïdienne; d'ailleurs assez peu communes en raison de la forme des parties, de leur