

§ 1. — *Maladies de la parotide.*

Tumeur salivaire. — Sur la parotide on observe une tumeur rare, presque toujours méconnue, produite par l'ectasie du canal de Sténon ou des acini glandulaires, et étudiée sous le nom de tumeur salivaire.

Elle se présente sous forme d'une tumeur circonscrite, fluctuante, occupant le canal de Sténon ou la région parotidienne. La tumeur, des dimensions d'une noix, plus rarement de celles d'un œuf ou du poing, renferme de la salive. On explique son origine en admettant une obstruction du canal excréteur, et on la fait ainsi rentrer dans la catégorie des tumeurs par rétention. Dans certains cas, on a pu démontrer l'existence de cette obstruction; mais dans d'autres elle a manqué complètement. Les expériences de Viborg, Claude Bernard, Gerlach, Pelschinsky, sur des chevaux et des chiens, ont montré que la ligature du canal excréteur (ou la section comme dans les expériences de Claude Bernard) provoque l'atrophie de la glande sans formation de tumeur salivaire. Pelschinsky a pu encore rapporter l'observation clinique d'un malade, qui confirmait pleinement les données des expériences sur les animaux. Aussi l'interprétation qu'on a donnée des cas dans lesquels il a existé une obstruction du canal excréteur, est-elle soumise à caution.

Mais ce qui nous intéresse principalement, c'est le *diagnostic* et le *traitement*.

Quand on songe que dans la majorité des cas on trouve une tumeur ronde, grosse comme une noix, fluctuante et nettement limitée sans changement de coloration de la peau qui la recouvre, on est obligé d'admettre que ces signes ne suffisent pas pour le diagnostic. Les mêmes symptômes existent dans les abcès chroniques à l'état de ramollissement ou dans les athéromes rénitents. Aussi comprend-on facilement que la nature de la tumeur soit souvent méconnue. S'il existe encore des phénomènes inflammatoires du côté des parties voisines, on fait le diagnostic d'abcès, et l'erreur n'est reconnue que lorsque, après l'ouverture de la tumeur, il s'établit une fistule salivaire.

Or l'inflammation spontanée du sac existe réellement dans certaines de ces tumeurs. Comment alors faire le diagnostic? Quelquefois les renseignements fournis par le malade suffisent à cet effet.

Quand le malade nous dit que la tumeur devient plus rénitente après la mastication, l'ingestion des aliments sialagogues, une conversation prolongée, ou quand il dit qu'au moment où la tumeur s'est formée, il a existé une tuméfaction de la région parotidienne, dans ces conditions tout indique que la parotide est en jeu. Dans certains cas, l'exploration de la tumeur par la palpation fournit quelques renseignements; ainsi la compression douce de la tumeur donne lieu quelquefois à la crépitation, ou bien sous l'influence de cette compression la tumeur se vide, soit dans le canal de Sténon soit dans la cavité buccale.

Si peu décisifs que soient tous ces symptômes, ils conduisent néanmoins à faire précéder l'incision de la tumeur par une ponction exploratrice, faite de préférence par la bouche. Si dans ces cas il s'écoule un liquide rappelant la salive, on se gardera bien d'ouvrir la tumeur par une incision à la peau. On se contentera du procédé indiqué par Deguise pour la guérison des fistules salivaires. A l'aide d'une aiguille courbe poussée dans la muqueuse buccale on traverse la tumeur avec un fil dont les deux bouts sont noués au-devant du pont muqueux situé entre les points d'entrée et de sortie de l'aiguille; le fil coupe peu à peu la muqueuse intermédiaire et établit ainsi un orifice d'écoulement pour le liquide accumulé.

Bouchaud a observé un enfant de 10 ans chez lequel il se forma, en l'espace d'un an, une tumeur qui couvrait complètement la région de la branche montante du maxillaire inférieur. La ponction faite à travers la peau donna lieu à l'écoulement d'un liquide visqueux. Après le repas que l'enfant fit quelques heures après la ponction, la tumeur se remplit de nouveau; on ponctionna de rechef et on retira un liquide qui transformait l'amidon en glucose. On n'essaya pas d'établir une fistule, mais on fit sur la tumeur des applications de substances irritantes. La tumeur se mit à suppurer et la collection s'ouvrit au dehors. Il se forma une fistule qui se ferma au bout de quelques semaines.

J'ai observé personnellement un cas très net. Il s'agissait d'un homme de 40 ans qui présentait depuis plusieurs années dans la région parotidienne droite une tumeur ronde, grosse comme une noix, nettement circonscrite et fluctuante. Plusieurs médecins, auxquels je fis examiner le malade, posèrent le diagnostic de kyste sébacé. Seulement ce qui n'allait guère avec cette idée, c'était l'absence du point noir central et l'*immobilité* de la tumeur. Je fis tout de suite le diagnostic de kyste salivaire. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide fluide contenant de la cholestérine. Je parvins ensuite à faire le cathétérisme du canal de Sténon et à pénétrer dans le kyste.

Oreillons. — Parmi les inflammations de la parotide, les *oreillons* épidémiques présentent un intérêt particulier. On a certainement raison de considérer comme appartenant à la médecine interne cette af-

fection endémique, quelquefois nettement contagieuse et épidémique, présentant comme les autres maladies infectieuses une évolution cyclique. Il n'en est pas moins vrai que le chirurgien ne peut s'en désintéresser. D'abord elle est passible d'un traitement chirurgical et peut provoquer dans les parties voisines l'éclosion d'affections nettement chirurgicales, en outre il existe des parotidites, qui tout en ressemblant comme symptômes locaux aux oreillons épidémiques, n'en doivent pas moins être étudiées à part au point de vue clinique. Les épidémies et les endémies de cette affection peuvent être très variables au point de vue de leur génie et n'épargnent que les tout jeunes enfants et les vieillards ; les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Si l'on parcourt les relations des différentes épidémies, l'idée de la contagion s'impose indéniablement.

Dans l'épidémie décrite par Spengler, ce fut un garçon qui apporta la maladie d'une région où elle sévissait. La première victime fut une fillette qui habitait la même maison que ce garçon ; ensuite l'affection se propagea parmi les filles d'une école qui se trouvait dans une maison voisine, et de là gagna toute la ville. Un professeur qui à cette époque fut changé de résidence et déménagea avec ses enfants malades emporta dans une autre ville l'affection, qui fit éclosion parmi les élèves de l'école.

On connaît un certain nombre de cas dans lesquels les nouveau-nés ont été infectés par leurs mères ; on suppose même, en se basant sur la durée d'incubation, que l'infection a pu avoir lieu dans l'utérus. Ces faits doivent faire prescrire l'isolement de ces malades.

Dans d'autres cas, la parotidite reconnaît une autre cause. Avant tout, il faut penser à la propagation du processus infectieux de la bouche à la glande, par le canal excréteur. Cette origine est très probable dans les nombreuses affections (variole, scarlatine, processus puerpéraux, pneumonies) dans lesquelles on admet souvent l'existence de métastases. Et cette idée n'a rien d'osé quand on pense à l'état de la cavité buccale dans ces affections. On peut toutefois admettre que dans la pyohémie, la parotidite peut être une manifestation d'origine métastatique !.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomique, on sait depuis les recherches de Virchow et O. Weber que l'inflammation envahit primitivement non pas le tissu conjonctif, mais les éléments sécréteurs de la glande, les cellules salivaires. Tout d'abord on trouve une tuméfaction considérable des culs-de-sac des tubes glandulaires fortement hyperémiés, et à l'examen microscopique on

(1) Avec sa brièveté classique, Celse distingue la parotidite primitive de la secondaire. « *Sub ipsis vero auribus παρωτιδες oriri solent ; modo in secunda valetudine, ibi inflammatione orta ; modo post longas febres, illuc impetu morbi converso. Id abscessus genus est* ».

constate que la division des éléments a abouti à la formation de pus. Il arrive même que quelques acini perdent complètement leurs cellules et ne renferment que du pus ; quelques-uns deviennent confluent et arrivent à former des abcès plus ou moins volumineux. Le tissu interstitiel ne participe au processus que secondairement et proportionnellement à l'intensité des lésions des acini : d'abord simplement œdématié, il devient plus tard le siège d'une infiltration cellulaire puis de suppuration, de sorte que le processus peut aboutir à la destruction complète de la glande. Le canal de Sténon participe toujours au processus, et on en a conclu que l'infection se propage par son intermédiaire à la glande. L'affection peut s'arrêter à n'importe quel moment de son évolution. D'après les lésions anatomiques, le processus est considéré comme un catarrhe, mais ce catarrhe pourra se présenter sous des formes diverses. Dans les oreillons, il n'aboutit jamais à la suppuration ni à l'ulcération ; par contre dans les formes d'origine septique ou pyohémique, la suppuration avec destruction de la glande est fréquente et se produit par voie de métastase (parotidite métastatique).

Les oreillons sont ordinairement précédés d'une période prodromique qu'on retrouve dans toutes les maladies infectieuses aiguës ou fébriles. De même que dans les fièvres éruptives, le typhus, etc. cette période prodromique peut être variable suivant le génie des épidémies. Ainsi, dans certaines épidémies les symptômes précurseurs sont presque nuls et les oreillons s'annoncent d'emblée par des phénomènes locaux : douleurs et picotements dans le conduit auditif externe et dans l'articulation temporo-maxillaire, apparition de la tumeur avec impossibilité d'ouvrir les mâchoires.

Les douleurs sont accrues par la palpation de la région, ce qui indique déjà leur origine inflammatoire ; quant à l'immobilité de l'articulation temporo-maxillaire, qui se transforme quelquefois en une véritable constriction, elle est due à ce que, pendant l'abaissement de la mâchoire, la branche montante du maxillaire inférieur comprime la partie de la glande qui se trouve dans la fosse rétro-maxillaire. La tumeur peut varier beaucoup comme volume et comme caractères. La région parotidienne forme toujours le centre de la tuméfaction qui, à partir de là, gagne la joue, le nez, les paupières, les lèvres. Mais si l'on n'a pas vu le malade dès le début de l'affection, on peut au bout de quelques jours trouver une tuméfaction capable d'induire en erreur au point de vue de la localisation du processus. Dans certains cas notamment, la tuméfaction peut se porter en arrière, vers le cou, ou dans la région sous-maxillaire vers la ligne médiane ; et si elle dépasse la ligne médiane, on trouve au niveau de la région sus-hyoïdienne un bourrelet qui encadre en quelque sorte la face du malade. Lorsque la tumeur s'est portée en arrière, la moitié correspondante du cou présente un épaississement difforme et la tête est légèrement inclinée de l'autre côté. Mais si, dans le cas d'oreillons doubles, la tuméfaction envahit le cou des deux côtés, celui-ci devient très large,

plus large que la tête, de sorte que les épaules paraissent supporter une pyramide dont le sommet est formé par la tête.

L'aspect de ces malades explique en quelque sorte les noms grossiers sous lesquels les paysans désignent cette affection. En Allemagne elle est connue sous les noms de Bauerntœpel, Ziegenpeter, Tœlpelkrankheit, Wochentœpel ; en Angleterre on la désigne sous le nom de Mumps, en France sous celui d'oreillons ; les noms usités en Italie sont Orrechioni, Gottazze.

Si la tumeur ne suppure pas¹, elle met 3 à 6 jours pour atteindre son maximum, persiste à cet état pendant 1 ou 2 jours, et disparaît ensuite rapidement. D'une façon générale l'affection dure 8 à 14 jours, ce qui justifie bien le nom de « Wochentœpel ». La tumeur n'est pas dure, mais plutôt pâteuse ; elle n'est pas très douloureuse à la pression ; la peau qui la recouvre n'est pas rouge, ni chaude, mais prend souvent l'aspect de cire. Les troubles accusés par les malades consistent, outre la fièvre, en l'impossibilité d'ouvrir la bouche, de parler, et quelquefois en une dyspnée plus ou moins marquée.

MÉTASTASES. — Une des particularités des oreillons consiste en ceci que lorsque la tuméfaction disparaît, le processus peut envahir un autre organe. C'est surtout sur les testicules que sont fréquentes ces manifestations secondaires. A peine la parotide a-t-elle commencé à désenfler, que le testicule commence à se tuméfier, et tandis que la parotidite siège de préférence à gauche, l'orchite envahit le plus souvent le testicule droit. Dans d'autres cas, l'orchite survient quelques jours après la disparition des oreillons ; dans d'autres cas encore, les testicules et les parotides se prennent en même temps ; plus rarement l'orchite précède les oreillons, et on a même observé des cas dans lesquels, pendant une épidémie d'oreillons, l'orchite était la seule manifestation de l'affection. L'idée d'après laquelle l'agent de la maladie serait en quelque sorte transporté d'un organe vers l'autre a fait considérer cette orchite comme une métastase des oreillons. Cette opinion, soutenue encore aujourd'hui par un certain nombre d'auteurs, est combattue par d'autres, sans que les raisons des uns soient plus décisives que celles des autres.

Les lésions secondaires des testicules se manifestent tantôt sous la forme d'une épididymite², tantôt sous celle d'une vaginalite séreuse, tantôt comme un œdème des bourses. Dans certains cas on a observé à la fois la tuméfaction des testicules

(1) La suppuration des oreillons est tout à fait exceptionnelle. (A. B.)

(2) L'épididymite est exceptionnelle, et l'orchite ourlienne est un gonflement le plus souvent testiculaire ; mais Albert a raison de considérer que l'épanchement liquide est fréquent. (A. B.)

et des épididymes avec œdème des bourses. Je crois qu'il faut être très réservé dans l'interprétation de ces faits, surtout quand on songe qu'un grand nombre de médecins diagnostiquent une orchite là où en réalité il ne s'agit que d'une épididymite ou d'une vaginalite. Je suis donc porté à croire que l'orchite métastatique est rare et que ce qu'on rencontre ordinairement c'est l'épididymite ou la vaginalite. Ceci ne veut pas encore dire que je nie l'existence de ces orchites dont la réalité s'appuie du reste sur des données anatomo-pathologiques.

La façon dont débute cette orchite est très variable, comme on peut le juger par quelques exemples bien connus. Trousseau avait à soigner un individu dont les oreillons étaient déjà en train de disparaître. Le soir en venant voir son malade, il le trouve dans un état désespéré, la face pâle, contractée, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent ; et faute de mieux il prescrit une potion excitante. Le lendemain le malade allait mieux : son scrotum était tuméfié, et peu de jours après il se développa une épididymite dont le malade guérit rapidement. Vingt ans plus tard, Trousseau fut appelé auprès d'un jeune homme pris brusquement de fièvre, de vomissements, de délire, de syncopes. Les médecins traitants, entre autres Andral, ne pouvaient déterminer la nature de la maladie. Dans la nuit il survint une tuméfaction du scrotum. Se rappelant son premier malade, Trousseau demanda si le malade n'avait pas eu auparavant les oreillons. Les parents répondirent qu'ils ne s'en étaient pas aperçus. La tuméfaction du scrotum augmenta le jour suivant, mais la fièvre diminua. Le malade guérit, et affirma plus tard qu'en effet il avait eu quelques jours auparavant tous les signes des oreillons : fièvre, douleur dans la gorge, tuméfaction de la région située entre l'oreille et l'angle de la mâchoire.

Chez les femmes, qui sont moins souvent prises que les hommes, les métastases se font du côté des ovaires ; dans certains cas, on a vu survenir une tuméfaction des grandes lèvres ou des ganglions inguinaux.

Parotidites secondaires. — La parotidite secondaire qu'on observe dans le cours de certaines maladies graves telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, la pyohémie, etc., peut présenter les mêmes symptômes locaux que les oreillons épidémiques, seulement la suppuration avec destruction de la glande y est fréquente¹. La suppuration peut aboutir à la formation d'un petit abcès circonscrit ou à l'infiltration purulente diffuse des parties voisines, et créer un danger dont la gravité extrême s'explique déjà suffisamment par la situation anatomique de la parotide. La complication la plus terrible est la propagation de la suppuration au périoste, avec nécrose consécutive des os de la base du crâne (temporal et sphénoïde) ; dans ces cas, la méningite suivie de mort est inévitable.

La situation n'est pas moins grave quand l'inflammation envahit les

(1) Il est probable que dans bon nombre de cas il s'agit d'infection ascendante d'une partie de la bouche. De là une indication importante en pratique : veiller à la désinfection de la bouche au cours des diverses maladies infectieuses. La pneumonie est une des maladies qui se compliquent le plus volontiers de parotidite, chez les vieillards surtout. (A. B.)

veines volumineuses qui traversent la glande (veine faciale postérieure) ou qui passent seulement à côté d'elle (veine faciale antérieure et veine jugulaire externe et postérieure) : la fonte purulente du thrombus donne lieu à des embolies, ou bien remonte le long des troncs veineux et aboutit à une phlébite du sinus rapidement mortelle.

La suppuration peut encore pénétrer dans la cavité crânienne en suivant les troncs nerveux, fait que les recherches de ces dernières années montrent comme encore assez fréquent. Dans certains cas, la suppuration envahit l'oreille interne et s'y arrête : la perte de l'ouïe est la conséquence fatale de cette migration. La nécrose des os voisins de la face, de l'arcade zygomatique, du maxillaire inférieur, est rare. Mais dans le cas même où la suppuration a abouti à la formation d'un abcès circonscrit, ce dernier peut devenir grave si, au lieu de s'ouvrir au dehors, il se porte vers la profondeur. L'aponévrose massétéro-parotidienne oppose en effet une grande résistance au pus qui se porte dans le tissu cellulaire lâche situé vers les parties inférieures de la glande, et envahit de là le cou.

Si l'on admet avec nous que l'aponévrose massétéro-parotidienne est le feuillet superficiel, et l'aponévrose bucco-pharyngienne le feuillet profond de l'aponévrose du cou, on peut caractériser les rapports de la parotide avec ces membranes en disant que la glande se trouve logée entre le prolongement de ces deux feuillets. Le pus des abcès de la parotide qui s'ouvriraient en bas dans le tissu conjonctif lâche, cheminerait par conséquent entre les deux feuillets de l'aponévrose du cou en se portant en bas. Mais si l'ouverture de l'abcès s'est faite dans le tissu conjonctif qui se trouve sur les côtés de la parotide, vers la ligne médiane, le pus pourra se porter vers le pharynx et l'œsophage et perforer ces cavités. Enfin dans certains cas, le pus a pénétré dans le conduit auditif externe après l'avoir perforé au niveau de la jonction de ses parties osseuse et cartilagineuse.

DIAGNOSTIC. — Les faits que nous venons d'exposer peuvent aider le diagnostic aussi bien pour établir l'existence d'une parotidite que pour déterminer la nature de l'affection. Au point de vue du diagnostic local, un seul point peut présenter certaines difficultés. On trouve notamment à l'intérieur et à côté de la glande, des ganglions lymphatiques dont l'inflammation peut provoquer les mêmes symptômes que dans les cas où le processus occupe le parenchyme de la glande elle-même. Les ganglions qui se trouvent à l'intérieur de la glande sont accolés aux parois des vaisseaux qui traversent la parotide ; ceux, plus nombreux, qui se trouvent en dehors de la glande, accolés à la paroi externe du pharynx, font partie de la chaîne des ganglions cervicaux profonds, qui se dirige de la base du crâne à travers la fosse rétro-

maxillaire, vers le cou. Je ne possède pas d'observations probantes d'inflammation isolée de ces ganglions profonds, mais je crois néanmoins qu'il existe un certain nombre de signes qui permettent de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Dans la parotidite, par exemple, la tuméfaction envahit toute la glande et existe, par conséquent, non seulement au niveau de la fosse rétro-maxillaire, mais aussi au niveau de la partie de la glande qui recouvre la face externe du masséter ; par contre, dans le cas d'inflammation des ganglions profonds, la tuméfaction sera perçue en dedans, du côté du pharynx. Enfin, dans la parotidite on doit trouver les grains glandulaires tuméfiés et appréciables à la palpation. La marche de l'affection peut aussi donner quelques renseignements : si la tuméfaction disparaît, sans suppurer, en l'espace de quelques jours, l'inflammation ne siègeait certainement pas dans les ganglions lymphatiques, car une tuméfaction considérable de la région avec troubles fonctionnels plus ou moins accusés ne pouvait être produite que par une péri-adénite phlegmoneuse, et celle-ci aurait certainement dû suppurer.

TRAITEMENT. — Le traitement varie suivant la nature et la période de la maladie. Quelques médecins affirment qu'un vomitif administré pendant la période d'invasion ou même pendant celle de tuméfaction, est capable de modifier favorablement l'intensité de la maladie. Il va de soi qu'on donnera des excitants si la faiblesse était très grande, et des toniques si la maladie avait l'air de se prolonger.

Comme traitement *local*, on peut recommander les compresses froides à titre de résolutif, des compresses tièdes quand après l'établissement de la suppuration il s'agit de favoriser l'ouverture de la collection au dehors. Dans les cas de fluctuation évidente, on fera une incision parallèle aux branches du facial. Si le pus se portait vers le cou, on ferait de bonne heure une contre-ouverture en procédant bien entendu avec beaucoup de prudence dans cette région très périlleuse.

Gangrène. — La gangrène de la parotide ne s'observe que dans les cas d'inflammation très violente de la glande ; mais quelquefois l'infiltration est déjà gangréneuse dès le début. Les symptômes qui surviennent de bonne heure sont très clairs. La peau de la région parotidienne se couvre de grosses taches brunâtres, nettement délimitées par des bords irréguliers, et cette coloration de mauvais aspect envahit la peau des parties voisines. Par place apparaissent des vésicules livides remplies d'un liquide sale, ichoreux, qui en se rompant laissent la peau dénudée. Par les incisions qu'on fait séance tenante, s'écoule également un liquide sanieux, gangréneux. Si le malade