

survit, la peau se détache par lambeaux en emportant des parcelles de parenchyme parotidien. On a rapporté des cas dans lesquels la destruction de la peau et de la parotide était si complète qu'on apercevait les os, les muscles et les vaisseaux de la région. Les hémorrhagies qui accompagnent cette gangrène sont très graves, d'autant plus qu'on ne voit pas les vaisseaux qui donnent du sang. Dans la majorité des cas, on arrive à arrêter l'hémorrhagie en faisant le tamponnement de la plaie avec de la charpie trempée dans une solution de perchlorure de fer ou une autre solution astringente. Autant que je sache, on n'a pas encore été obligé de faire la ligature de la carotide pour arrêter ces hémorrhagies¹.

§ 2. — Tumeurs.

Les néoplasmes de la parotide sont fréquents et doivent être étudiés au point de vue histologique et opératoire. Si d'une façon générale toutes les observations cliniques doivent être soumises à une critique sévère et judicieuse, cela est encore plus indispensable pour les cas de tumeurs de la parotide. Car il faut savoir que le diagnostic d'une tumeur de la parotide est des plus difficiles.

Quand on trouve dans la région parotidienne une tumeur mobile aussi bien quand le masséter est contracté que lorsqu'il est relâché, et qui n'envoie pas de prolongements dans la fosse parotidienne, on peut faire le diagnostic de tumeur extra-aponévrotique. Si nous voyons que la tumeur pénètre manifestement derrière le bord du maxillaire inférieur, on peut déjà émettre deux hypothèses ; ou bien la tumeur s'est développée en dehors de l'aponévrose massétéro-parotidienne et a pénétré secondairement dans la glande ; ou bien elle s'est développée primitivement dans les couches superficielles de la parotide et s'est portée ensuite au dehors. Ces deux suppositions peuvent être vraies quand il s'agit d'un sarcome. Toutefois il est toujours probable qu'une tumeur, développée en dehors de l'aponévrose, se porte exclusivement vers l'extérieur. Si la tumeur, au début superficielle et mobile, n'avait pénétré que plus tard derrière le maxillaire inférieur, on n'admettrait pas l'origine parotidienne de la tumeur ; mais ce diagnostic s'imposerait si la tumeur, d'abord développée derrière le maxillaire inférieur, n'était devenue superficielle que plus tard. Enfin si, en examinant

(1) Les ulcérations vasculaires au cours des parotidites ont causé la mort par hémorrhagie chez des malades de R. Smith, de Gillette. Richey s'est une fois rendu maître du sang en liant la carotide externe.

(A. B.)

une tumeur en apparence superficielle, nous trouvons que sa partie principale siège dans la fosse parotidienne, nous serons obligé de conclure que c'est la glande qui a été le point de départ du néoplasme.

Mais, si facile que la distinction paraisse en théorie, on trouve néanmoins des cas qui mettent le chirurgien dans l'embarras. D'abord il peut arriver que la tumeur attire par son poids la parotide hors de sa loge et qu'à l'examen on trouve une tumeur mobile faisant nécessairement penser à l'origine extra-parotidienne du néoplasme. Dans un autre cas, la tumeur occupe manifestement la loge parotidienne, mais s'ensuit-il nécessairement que le néoplasme se soit développé dans la glande ? La tumeur peut très bien dans ces cas provenir des ganglions lymphatiques qui se trouvent à l'intérieur et sur les côtés de la parotide, et mieux encore, elle peut même venir de la base du crâne ou de la colonne vertébrale.

Il ne faut pas croire que dans ces cas l'immobilité de la tumeur constitue un signe de grande valeur. D'un côté les tumeurs véritablement parotidiennes, siégeant dans la loge même, peuvent ne pas présenter la moindre mobilité, et de l'autre les prolongements que la tumeur envoie de tous côtés peuvent l'immobiliser d'une façon complète ; en somme, la mobilité dans une région telle que la région parotidienne constitue un signe auquel on ne peut guère se fier.

Si l'on considère toutes ces difficultés diagnostiques, on comprend de quel secours sont pour le diagnostic les dessins qui représentent des malades atteints de ces affections. Et comme des chirurgiens éminents ont été obligés d'avouer que même après l'ablation de la tumeur ils étaient incapables de désigner l'origine réelle du néoplasme, on comprend avec quelle réserve il faut accepter les observations relatives aux tumeurs de la parotide. La seule chose qu'on puisse dire, c'est que la tumeur siégeait dans la *région parotidienne*. Il faut encore savoir qu'au niveau de la parotide on rencontre souvent des *tumeurs mixtes*, de sorte qu'une partie du néoplasme se compose de tissu cartilagineux, et l'autre de sarcome.

LIPOMES. — FIBROMES. — CHONDROMES. — Je ne connais pas un seul cas authentique de *lipome* de la parotide ; quant aux *fibromes*, ils sont très rares.

Les *chondromes* sont fréquents, et les cas qui ont été publiés se rapportent les uns à des chondromes développés manifestement dans la glande, les autres à des tumeurs dont l'origine est restée incertaine. Si l'on compte parmi les chondromes des tumeurs dans lesquelles à côté du cartilage pur on a trouvé du tissu muqueux, du tissu sarcomateux, on pourrait dire qu'avec les os, la parotide est le siège de prédilection des tumeurs cartilagineuses. Elles se développent tou-

jours aux dépens du tissu conjonctif de la glande et peuvent atteindre des dimensions considérables, celles d'un poing par exemple, comme on l'a vu dans un certain nombre de cas.

Ce qui intéresse principalement les chirurgiens, ce sont les rapports qu'affecte la tumeur avec la glande. On a trouvé des cas dans lesquels le néoplasme occupait les couches superficielles de la parotide; dans d'autres, la tumeur siégeait dans les parties profondes de la glande et pour arriver sur le néoplasme on a été obligé de fendre une notable épaisseur de parenchyme. D'un autre côté, les adhérences entre la tumeur et les parties voisines, peuvent aussi être très variables. A côté de tumeurs qui sont entourées de tissu conjonctif lâche et qu'on peut

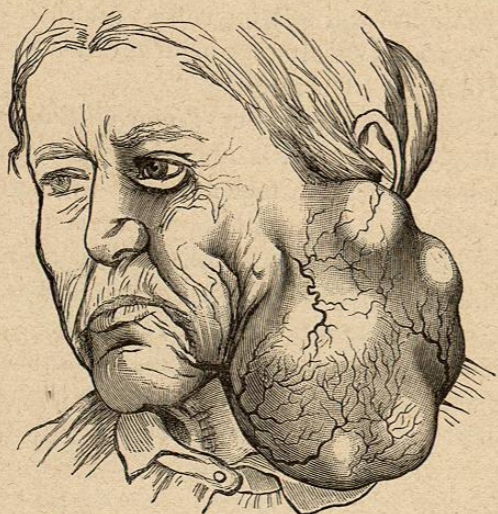


Fig. 107. — Myxo-chondrome de la parotide.

facilement *enucléer* sans recourir à un instrument tranchant, on en trouve d'autres qui sont si intimement liées aux parties voisines qu'on ne peut les enlever que par une véritable dissection. Ce dernier cas est surtout fréquent dans les tumeurs cartilagineuses mixtes : la partie fibrillaire et hyaline de la tumeur est nettement délimitée, mais la partie sarcomateuse ou myxomateuse envoie des prolongements entre les acini, dont il est très difficile de les séparer.

La situation est très délicate quand la partie antérieure de la tumeur est dure, tandis que la partie postérieure molle envoie des prolongements dans la glande. Voici ce qui arrive dans ces cas. On dénude la partie dure, on l'attire à soi et on remarque alors qu'elle possède un pédicule mou, friable, qui se porte en profondeur et qui est malaisé à distinguer parmi les éléments de la glande; et quand il se déchire, il devient presque impossible de le séparer de la glande. Dans certains

cas, les tissus sarcomateux ou myxomateux, mous tous les deux, prédominent à un tel point qu'on peut parler alors d'un sarcome ou d'un myxome chondromateux. Ce qui contribue encore à multiplier ces variétés, c'est que par places on trouve des dépôts calcaires qui donnent à la tumeur la dureté de la substance osseuse, ou de véritables cavités kystiques résultant de la fonte muqueuse du néoplasme.

Les chondromes *purs* de la parotide s'observent surtout chez des enfants et des individus jeunes. Ils se développent lentement, ne provoquent pas de troubles ni de tuméfaction des ganglions, de sorte que je ne comprends vraiment pas comment Rindfleisch a pu dire que ces tumeurs rendent la vie insupportable une fois qu'elles ont atteint les dimensions d'une noix. Par contre, les chondromes contenant du sarcome et de l'adénome (sarco-chondro-adénomes, etc.) peuvent revêtir une malignité très grande¹.

KYSTES. — Les kystes de la parotide s'observent rarement. On ne sait même pas d'une façon certaine si outre les tumeurs salivaires on rencontre réellement des kystes par rétention avec contenu liquide modifié.

Desprès a observé à la clinique de Nélaton un kyste de la région parotidienne des dimensions d'un poing.

Le contenu de la tumeur était jaunâtre et renfermait des cristaux de cholestérine. Gosselin a observé au niveau de cette région une tumeur mobile, bilobée, transparente, des dimensions d'un œuf de poule. J'ai vu également une tumeur de ce genre, mais immobile et d'une mollesse excessive; la ponction donna issue à un liquide limpide, aqueux. Il est très curieux de voir Dupuytren commettre dans un cas de ce genre une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une tumeur congénitale chez un enfant de 6 ans 1/2. Comme la tumeur augmentait lentement, mais continuellement de volume, Dupuytren diagnostiqua un angiome. Mais A. Bérard, qui trouva que la tumeur était nettement fluctuante, transparente et qu'elle ne diminuait pas sous la pression, diagnostiqua un kyste. *Sapienti sat!*

CARCINOME. — L'existence du vrai carcinome glandulaire de la parotide, c'est-à-dire du cancer médullaire épithélial, est aussi certaine que celle du cancer *squarreux* dur, intéressant principalement le tissu interstitiel de la glande. Mais jusqu'à présent on n'a pas encore observé des épithéliomes primitifs. Le diagnostic du carcinome ne présente pas de difficultés : développement rapide mais inégal des diffé-

(1) La marche des tumeurs mixtes de la parotide est importante à connaître. Pendant une première période, en effet, la tumeur s'accroît lentement et est bénigne. Cette période a une durée indéterminée, quelquefois très longue. Puis la tumeur subit une évolution dans le sens sarcomateux ou carcinomateux. D'où le précepte d'enlever ces tumeurs aussitôt que possible. (A. B.)

rentes parties de la tumeur, douleurs très vives, vascularisation rapide de la peau qui s'immobilise rapidement sur la tumeur, se perforé et s'ulcère, adénopathie cervicale¹, tels sont les symptômes qui accompagnent le développement du carcinome et imposent, en quelque sorte, son diagnostic.

Extirpation des néoplasmes parotidiens. — Dans certains cas, l'extirpation des tumeurs de la parotide est très facile, quand il s'agit notamment d'un kyste ou d'un chondrome dur entouré de tissu conjonctif lâche. Mais si l'on avait affaire à un carcinome, il faudrait extirper toute la glande et c'est une opération sur les difficultés de laquelle il n'est guère besoin d'insister. Il n'a pas manqué de chirurgiens pour affirmer même l'impossibilité d'une telle opération, mais aujourd'hui la question est résolue. Sur le cadavre on arrive à extirper la glande de deux façons : en sacrifiant les nerfs, et alors on peut enlever la glande complètement avec sa capsule ; en ménageant les nerfs, et dans ce cas il faut fendre l'enveloppe fibreuse et extirper la parotide morceau par morceau.

Toutefois, l'extirpation sur le cadavre n'apprend pas encore grand chose. Il faut s'en tenir aux conditions que le chirurgien rencontre sur le vivant. Et alors on trouve que tous les artifices qu'on recommande, tels que la ligature préalable de la carotide commune, la section de la capsule fibreuse de la glande, le grattage préalable de la tumeur ou la résection d'un coin, etc. contribuent aussi peu à la sûreté qu'à l'élégance de l'opération.

C'est encore certainement Weber qui a formulé les conseils les plus pratiques. Il conseille notamment de ménager à tout prix la capsule, de ne pas fixer la glande avec des crochets et de faire l'énucléation non pas avec le tranchant du bistouri, mais avec les doigts et le dos d'un scalpel. Pour ce qui est de l'hémorragie, on se contentera de disséquer la glande en bas et en arrière de façon à mettre à nu la carotide externe dont on pourra ainsi apprécier les rapports avec la glande. D'après Weber, la meilleure incision est celle qui suit le bord postérieur du maxillaire inférieur et de laquelle on en fait partir une autre incision transversale.

Je crois pourtant que pour ces cas il est plus avantageux de tailler un lambeau à base supérieure qu'on peut rabattre sur le côté pour bien examiner la région. On dénude d'abord la face antérieure de la glande, ensuite la face postérieure, et l'on se porte ainsi vers la profondeur où les vaisseaux deviennent de plus en plus nombreux. Les veines faciales sont liées et coupées. On repousse fortement le sterno-

(1) La paralysie faciale est un signe important de malignité. (A. B.)

mastoïdien sous la partie postéro-inférieure de la tumeur, et on coupe ensuite les artères occipitale et auriculaire postérieure dont on lie les bouts sectionnés. On remonte ensuite et on rencontre successivement : la temporale sous l'arcade zygomatique, l'auriculaire antérieure, au-devant du conduit auditif, la transverse de la face au-devant du condyle du maxillaire inférieur. Toutes ces artères sont divisées et liées. En circonscrivant ainsi de plus en plus étroitement la tumeur, on peut encore être obligé de lier en avant la linguale ou la maxillaire externe. Une fois que l'hémostase de tous ces vaisseaux est assurée, on marche vers la carotide externe et la veine commune de la face qu'on coupe toutes les deux, entre deux ligatures. A ce moment on peut essayer d'énucléer avec les doigts la glande de la fosse dans laquelle elle est logée. On peut encore rencontrer des vaisseaux qui, malgré la ligature de la carotide, continuent à saigner : ce sont la maxillaire interne et la pharyngienne ascendante.

O. Weber est arrivé à extirper de cette façon la parotide sans faire perdre à son opéré plus de deux onces de sang. Je ne puis faire autrement, en me basant sur mon expérience personnelle, que de recommander très chaudement cette méthode.

§ 2. — Maladies de la glande sous-maxillaire.

La glande sous-maxillaire est rarement le siège d'une affection grave. On a bien dit que dans les épidémies d'oreillons on observe une tuméfaction de la glande sous-maxillaire, mais le fait ne me paraît pas encore bien établi¹. Comme *tumeurs*, on a noté des chondromes autochtones. D'après un travail fait à la clinique de Tübingen, et où sont relevées des observations recueillies dans la littérature, pour 53 cas de chondrome parotidien, on en trouve 6 de la région sous-maxillaire et 2 de la région sublinguale. Beck a publié un cas de myxo-sarcome kystique qu'il avait d'abord extirpé et ensuite définitivement guéri, après la récurrence, par la cautérisation méthodique. Gluge a observé un cas de carcinome primitif de la glande sous-maxillaire. Les carcinomes de cette région sont ordinairement secondaires et résultent de la propagation aux glandes salivaires d'un carcinome de la langue ou du plancher de la bouche.

Le *diagnostic* de ces tumeurs est difficile. La glande sublinguale se trouve sous la muqueuse buccale, aussi les tumeurs de cette glande

(1) Je crois au contraire qu'il est incontestable et je renverrai à cet égard à la thèse de Machado (Paris, 1880). (A. B.)

proémineront-elles tout d'abord du côté de la cavité de la bouche. Mais les tumeurs qui se développent sur la glande sous-maxillaire sont quelquefois fort difficiles à séparer de celles des ganglions lymphatiques de la région, et pour donner au diagnostic seulement un caractère de probabilité il faudra recourir à un examen anatomique détaillé de la région. Il suffit du reste de se rappeler les rapports que la glande affecte avec les parties voisines. Elle remplit l'espace qui existe sur le côté du ventre antérieur du digastrique et est couverte à ce niveau par du tissu cellulaire et l'aponévrose sus-hyoïdienne ; le muscle mylo-hyoïdien, dont elle embrasse le bord postérieur, la sépare de la muqueuse de la cavité buccale.

Si la tumeur occupe le corps de la glande et la partie qui est à cheval sur le mylo-hyoïdien, on pourra faire le diagnostic de tumeur de la glande sous-maxillaire ; mais dans le cas contraire, lorsque la tumeur se porte du côté de la peau, on ne pourra guère la différencier d'une tumeur des ganglions lymphatiques adjacents.

Pendant l'extirpation de la tumeur, il faut avoir toujours en vue les rapports que la glande affecte avec les vaisseaux. En arrière, la capsule de la glande est traversée par le maxillaire externe et la veine antérieure de la face qui s'appliquent directement contre le parenchyme ; en dedans, la glande est séparée de la linguale par le muscle hyo-glosse.

§ 3. — *Calculs salivaires.*

Les calculs salivaires s'observent le plus souvent dans le canal de Wharton, très rarement dans celui de Sténon. Quelquefois ils existent en grand nombre dans les lobules mêmes de la glande. Ils se composent de phosphate et de carbonate acide de chaux et renferment un peu de magnésie et de chlorure de sodium, et une petite quantité de substances organiques. Leur volume peut devenir assez considérable. Personnellement, nous avons observé un cas dans lequel le calcul qui sortait du canal de Sténon mesurait 4 centimètres de longueur et avait l'épaisseur du petit doigt. On a observé dans le canal de Sténon un calcul des dimensions d'un œuf de poule.

Les troubles provoqués par la présence d'un calcul sont ordinairement peu marqués : sensation sourde de tension et, de temps en temps, quelques douleurs dans la glande, qu'on trouve ordinairement atrophiée, tels sont les seuls symptômes subjectifs accusés par le malade. Mais lorsque la glande est prise de suppuration, les douleurs peuvent devenir très violentes, telles par exemple les douleurs d'oreilles quand il s'agit de la glande sous-maxillaire.

Les calculs s'observent bien plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Ils se forment autour des corps étrangers, ou bien sur des aspérités du canal excréteur consécutives à l'inflammation chronique du canal. Ce qui parle en faveur du second mode de production, c'est l'existence de calculs creusés à leur centre d'un long canal étroit. Burdel a publié un cas de calcul salivaire chez un enfant de trois semaines ; le calcul était probablement d'origine congénitale. Comme traitement, il faut extraire le calcul en fendant au besoin les parois du canal¹.

(1) Les calculs salivaires siègent presque toujours dans les conduits excréteurs, mais quelquefois dans le parenchyme glandulaire lui-même. Derrière ceux du canal excréteur peut se produire une sclérose remarquable de la glande, indurée, semblant alors atteinte de tumeur, et ces faits ont été étudiés anatomiquement sur des pièces enlevées comme cancers. Quelquefois, d'ailleurs, les malades sont alors soumis à des crises douloureuses fréquentes et l'ablation de la glande altérée est indiquée. Les douleurs produites par les calculs salivaires surviennent volontiers par crises, provoquées surtout par les repas, et connues sous le nom de coliques salivaires. En cas de suppuration, le canal de Wharton peut s'ulcérer, d'où un phlegmon quelquefois grave du plancher buccal. (A. B.)