

Tout d'abord certains faits de rétention liés à une petite lésion de l'ostium peuvent être rapprochés des whartonites, comme ce cas de Desprès, tout à fait comparable à celui de Terrier, ou un aphte, développé juste au niveau de l'embouchure du canal de Wharton, avait amené le rétrécissement de cet orifice et une tuméfaction temporaire de la glande sous-maxillaire par difficulté d'écoulement de la salive.

Une whartonite simple peut déterminer aussi de la rétention salivaire. C'est ce qui arriva chez la malade, dont l'observation a été le point de départ de la thèse de Viaud. Un bouchon, formé de cellules épithéliales et de mucus, avait obstrué l'orifice du conduit, et amené par suite des accidents de rétention assez alarmants. L'issue de ce bouchon amena la cessation extrêmement rapide des phénomènes de distension de la glande.

#### IV. — TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES.

Nous étudierons séparément les *tumeurs de la parotide*, et celles de la *glande sous-maxillaire*. Celles des *glandes sublinguales*, pour éviter des redites, et pour la commodité de l'exposition, ont été décrites avec les autres tumeurs du plancher de la bouche.

**Tumeurs de la parotide** (1). — Les tumeurs de la parotide sont très variées dans leur structure. L'étude microscopique de ces néoplasmes présente certaines difficultés d'interprétation, et quelques-uns même sont assez difficiles à classer.

Nous laisserons de côté, non seulement les tumeurs superficielles, cutanées et sous-cutanées, mais encore celles qui, incluses, à la vérité, dans la région parotidienne, n'ont pas pris naissance aux dépens de la glande, telles que les fibro-chondromes branchiaux, les kystes dermoïdes, les tumeurs des ganglions parotidiens, les lipomes périparotidiens.

Dans l'épaisseur de la glande, des tumeurs peuvent se développer, aux dépens des vaisseaux, du tissu conjonctif d'une part, de l'élément glandulaire d'autre part. Dans la première catégorie, se rangeront des angiomes, des lymphangiomes, des fibromes, lipomes, myxomes (Th. Minelle), et sarcomes purs (Rodriguez); dans l'autre, des kystes, des adénomes, des épithéliomes. Mais toutes ces tumeurs sont rares,

(1) AUG. BÉRARD, thèse de concours, 1841. — DOLBEAU, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1858. — KAUFMANN, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1881. — PEROCHAUD, thèse de Paris, 1884. — MICHAUX, thèse de Paris, 1883. — TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1891, t. I, p. 750. — RODRIGUEZ, thèse de Paris, 1890. — LE DENTU, *Etudes de clinique chirurgicale*. Paris, 1892. — MASSE, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1892. — VERGELY, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895. — J.-L. FAURE, *Gaz. des hôp.*, 1895. — R. VOLKMANN, *Deutsche Zeitschr. für chir. medicin.*, 1895. — MINELLE, thèse de Paris, 1896. — MIXTER, *Boston Med. Journ.*, 1896. — HARTMANN, *Soc. anat.*, 1895. — COYNE, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894. — MERMET, *Soc. anat.*, 1896.

très rares même; celles qu'on observe, et qui présentent une physionomie clinique à peu près toujours la même, sont des tumeurs complexes, où l'on trouve des éléments glandulaires plus ou moins typiques, et aussi du tissu conjonctif embryonnaire ou adulte, du cartilage, des fibres musculaires, de l'os, etc.

Ces tumeurs mixtes sont les tumeurs par excellence des glandes salivaires. En particulier, ce sont celles qu'on rencontre fréquemment à la parotide, si fréquemment même, qu'en pratique, c'est à elles qu'on aura affaire presque toujours.

On ne sera donc pas surpris, dans un traité élémentaire et pratique, de nous voir consacrer à ces néoplasmes la plus grande partie de cet article.

Nous dirons en outre quelques mots des *kystes salivaires*, des *angiomes glandulaires* et du *cancer de la parotide*.

**I. Kystes salivaires.** — Certaines glandes salivaires sont beaucoup plus exposées que les autres à devenir kystiques. Les lèvres, le plancher buccal, sont les sièges d'élection des kystes salivaires. Ils sont beaucoup plus rares au niveau du palais, du voile et des joues. Malgré son volume, la parotide leur donne rarement naissance. D'ailleurs ils sont absolument semblables à ceux qu'on observe dans les autres organes similaires. Ils contiennent un liquide filant, limpide, incolore, qui est d'origine salivaire, bien que sa composition ne soit pas identique à celle de la salive. Ils peuvent prendre naissance en tous les points de l'organe et acquérir des proportions assez considérables, devenir par exemple gros comme une noix ou un œuf. Dans certains cas, on aurait constaté une légère augmentation de volume au moment des repas, mais ce fait me paraît difficile à accepter, car il est contraire à tout ce que nous savons des autres kystes du même genre. Par contre, il n'a rien que de fort naturel, quand il est noté à propos de poches salivaires, consécutives à la division ou à l'oblitération du canal de Sténon.

L'évolution de ces kystes est là, comme ailleurs, parfaitement indolente, et s'effectue avec lenteur, sans incommoder le malade, autrement que par la saillie disgracieuse qu'ils font quand leur volume est assez considérable.

Dans les régions où le kyste, couvert par une simple muqueuse, se laisse explorer facilement, on reconnaît sans peine sa nature liquide à la fluctuation qu'on y perçoit. En outre une teinte spéciale due à la transparence des enveloppes, laisse peu de doute sur son origine salivaire. Il n'en est pas de même ici. La fluctuation est sans doute facile à percevoir quand le kyste est superficiel. Il n'en est pas de même quand il est profond et couvert d'une couche glandulaire assez épaisse. La présence de l'aponévrose parotidienne, épaisse et tendue, augmente les difficultés, et cette exploration peut être complètement négative, malgré la nature liquide de la tumeur. Quant à la

transparence, on ne peut pas non plus la constater. Si l'on joint à cela que le kyste peut, à certains moments, subir une assez rapide augmentation de volume, que sa constatation peut être une surprise pour le malade, et même que cet accroissement, un peu brusque, révèle une tumeur qui évoluait depuis longtemps, on conçoit que ces kystes soient souvent méconnus. Il y a quelques années, j'ai aidé mon maître et ami, M. Ricard, à faire l'extirpation d'une tumeur parotidienne, qu'il considérait comme une tumeur maligne. Et en effet le néoplasme, gros comme une petite noix, développé au centre de la région parotidienne, était dur; la palpation ne permettait pas d'en tracer exactement les limites. Il était complètement dépourvu de cette mobilité, au milieu des tissus voisins, qui est un signe précieux des tumeurs bénignes. Enfin le malade était un homme déjà âgé. Ce fut pour nous une joyeuse surprise, quand la tumeur, dont on avait commencé la dissection, se rompit, laissant écouler un liquide clair et légèrement visqueux. Ce liquide était contenu dans une poche dont la face interne était lisse, d'un aspect légèrement blanchâtre et dont la face externe adhérait aux tissus environnants. Son extirpation fut assez laborieuse, et gênée d'ailleurs par un écoulement sanguin abondant. La guérison survint sans encombre.

Dans un cas récent de Stubenrauch (1), on avait fait le diagnostic de kyste salivaire. Et en effet la tumeur parotidienne fluctuante, lentement développée chez un vieillard, semblait comporter ce diagnostic. Cependant, quand le kyste fut extirpé, on trouva toute sa face interne tapissée de bourgeons tuberculeux. Toute l'épaisseur de sa paroi était en outre constituée par du tissu glandulaire complètement infiltré de tubercules.

II. **Angiomes** (2). — Les angiomes parotidiens, dont Hartmann a pu rassembler neuf observations dans un important mémoire, sont encore imparfaitement connus. Ils occupent l'épaisseur même de la glande, et il est à peu près impossible d'en établir exactement les limites. A l'œil nu la glande même semble peu modifiée. Aussi pendant longtemps ces cas ont été considérés comme de simples hypertrophies glandulaires. Cependant le microscope montre que tous les vaisseaux ont subi une énorme dilatation, et qu'en particulier les capillaires sont extrêmement volumineux, qu'ils ont perdu la régularité de leur contour; dans certaines parties de la tumeur, les acini semblent plongés dans du tissu érectile.

III. **Tumeurs mixtes**. — Ces tumeurs ont été pendant longtemps considérées comme des tumeurs ganglionnaires. Et en effet elles sont souvent arrondies et mobiles, et ont un peu les caractères de certains ganglions hypertrophiés. Cette ressemblance grossière avait égaré les anciens chirurgiens, qui ne pouvaient admettre qu'une

(1) STUBENRAUCH, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1894.

(2) HARTMANN, *Revue de chir.*, 1889.

tumeur parotidienne parût à ce point indépendante de la parotide. « Un des signes les plus précieux, dit Boyer, pour distinguer ces tumeurs est la mobilité; lorsqu'elle existe, on peut être certain que la maladie n'a pas son siège dans la parotide. Il est probable que toutes les tumeurs placées sur les côtés de la mâchoire et que l'on a trouvées assez mobiles pour que leur extirpation fût entreprise, avaient leur siège dans les glandes lymphatiques et dans le tissu cellulaire, et non dans la parotide elle-même. »

C'était l'opinion de Velpeau qui plaçait dans les ganglions toutes les tumeurs de la région parotidienne.

Cruveilhier ne les considérait pas non plus comme d'origine glandulaire. « C'est bien à tort, dit-il, qu'on appelle ces tumeurs, tumeurs parotidiennes, car elles sont sur un plan bien plus superficiel que la glande parotide qui leur est complètement étrangère. On pourrait les appeler périparotidiennes. » Entre autres observations « de ces corps cartilagineux sous-auriculaires », il en est une, recueillie à la Société anatomique, « où le présentateur de la pièce avait cru que cette tumeur était formée aux dépens de la glande parotide ».

Dans un important travail Dolbeau, en 1858, étudia surtout au point de vue clinique ces tumeurs, qu'il désigna sous le nom d'enchondromes parotidiens et dont il donna une bonne description. Pour lui, d'ailleurs, le point de départ était la plupart du temps les cloisons qui séparent les différents lobules de la glande.

Virchow admet aussi que c'est le tissu conjonctif interstitiel qui est la matrice de l'enchondrome.

Verneuil les considérait cependant comme des adénomes, des dépendances de la glande elle-même.

J. Paget, Billroth, Virchow, Bardet avaient déjà reconnu que ces tumeurs étaient de structure complexe.

Mais, comme le dit Pérochaud, ce fut le mérite de Planteau (1), d'avoir prouvé que « certaines tumeurs de la parotide sont formées d'éléments complexes, les uns nés aux dépens de l'épithélium glandulaire, les autres du tissu conjonctif périacineux et périlobulaire ».

C'était le premier pas vers la conception de la tumeur mixte salivaire, telle que nous la comprenons encore actuellement en France. Cette doctrine a été exposée dans un remarquable travail par M. Pérochaud, travail dont les conclusions ont été depuis généralisées et reconnues applicables à la totalité des glandes buccales, grosses ou petites.

Cette conception est adoptée par tout le monde en France, et on peut la considérer comme l'opinion générale et classique.

En Allemagne il en est tout autrement, ainsi que nous le verrons

(1) PLANTEAU, thèse de Paris, 1876.

tout à l'heure, en citant les travaux de Kolaczek, Kauffmann, Nasse, etc.

**Anatomie pathologique.** — Les tumeurs mixtes peuvent présenter les dimensions les plus variables. La plupart de celles qu'on observe présentent, au moment où l'on en fait l'extirpation, le volume d'une noix, d'un œuf, ou d'une petite orange. Mais elles peuvent prendre des proportions considérables. Tous les chirurgiens ont vu des tumeurs, qui à la vérité évoluaient depuis vingt, vingt-cinq, ou trente ans, grosses comme les deux poings, comme une tête de fœtus, et plus encore. Chez une malade opérée à Necker, par Le Dentu, la tumeur, plus grosse que la moitié de la tête, avait 39 centimètres de longueur et 49 de circonférence. Elle pesait un kilog. et 300 grammes.

Leur consistance est habituellement ferme, parfois très dure, d'une dureté ligneuse, cartilagineuse, ou pierreuse. Cependant un certain nombre de ces tumeurs sont relativement molles, et quelques-unes même sont d'une consistance très faible. Ces différences tiennent à leur structure histologique, qui est susceptible de varier considérablement, et d'une tumeur à l'autre.

Leur surface est souvent bosselée, présentant de petits lobes en saillie, qui donnent à la tumeur un aspect irrégulier. Ces lobes en relief peuvent se pédiculiser, prendre l'aspect en grain de raisin, et former ainsi de petites masses annexes, reliées à la tumeur principale par une portion plus étroite.

En général une seule parotide est affectée. Il est rare aussi de voir des tumeurs distinctes développées sur la même glande, et la coïncidence d'un de ces néoplasmes parotidiens avec un autre, ayant pour siège la glande sous-maxillaire, est plus rare encore.

Tous les points de la parotide peuvent être occupés par ces productions, y compris les prolongements massétéрин et pharyngien. On peut même rencontrer des tumeurs, développées aux dépens de ce dernier prolongement, qui font exclusivement saillie du côté du pharynx (Périer, Mixter).

Mais, dans la plupart des cas, la tumeur siège au niveau de la partie postérieure de la parotide, au-dessous du lobule de l'oreille, ou bien au devant du tragus.

La tumeur est encapsulée, du moins pendant la plus grande partie de son évolution, tant que dure la période où elle peut être considérée comme une tumeur bénigne. Sa limitation est surtout nette vers sa partie superficielle, tournée du côté des téguments. Vers les parties profondes, elle est toujours en connexion plus ou moins intime avec le tissu glandulaire. Cependant la tumeur n'est jamais complètement entourée par la parotide, au moment où le chirurgien l'observe. De bonne heure elle s'énuclée pour ainsi dire, écarte et repousse la partie saine de la glande salivaire. Celle-ci s'étale, change de forme, s'accommode en un mot, sous la lente compression de la

tumeur. Les organes contenus dans l'excavation parotidienne sont donc plus ou moins déplacés, quand la tumeur est volumineuse, mais tout se borne à quelques changements de rapports. Ces organes ne sont ni englobés dans la tumeur, ni envahis. C'est du moins ce qu'on observe dans la première période de l'affection; plus tard, quand la tumeur, cessant d'être encapsulée, se diffuse, tout est envahi et infiltré.

La section de la tumeur montre en général, par la simple inspection à l'œil nu, que le néoplasme n'est pas homogène. Il est formé « le plus souvent de nodules de volume variable, séparés par des cloisons conjonctives, se présentant sur la coupe sous la forme de travées plus ou moins épaisses, dans lesquelles rampent des vaisseaux. L'apparence de ces diverses parties est elle-même assez différente; les unes ont l'aspect et la consistance du cartilage, les autres une consistance plus ou moins molle » (Pérochaud).

Dans l'épaisseur de la masse néoplasique, on peut voir de petites cavités kystiques, contenant un liquide visqueux et filant, incolore, ou légèrement citrin, ou hématiche.

Certaines tumeurs sont pierreuses. En certains points, elles présentent des îlots calcifiés ou ossiformes.

L'examen au microscope permet de reconnaître toujours deux sortes d'éléments constitutants, les dérivés de l'épithélium glandulaire et des tissus d'origine conjonctive, dépendant de la trame interstitielle de la glande. La disposition des éléments épithéliaux varie non seulement d'un sujet à un autre, mais même dans les différentes parties d'une même tumeur. « Ce sont tantôt des tubes pleins ou creux, avec des prolongements en massue, en cylindre, en bissac, ressemblant aux amas cellulaires de l'épithélium tubulé... Ailleurs, ce sont des cavités de forme variable, remplies de substance granuleuse jaunâtre ou grisâtre. » (Pérochaud).

Quant à la trame, « elle paraît jouer dans l'évolution un rôle plus important que dans la plupart des autres productions de nature épithélioïde ».

On peut trouver dans cette trame du tissu fibreux, du cartilage, du fibro-cartilage, de l'os, et aussi des éléments myxomateux et sarcomateux. Certaines tumeurs peuvent être formées presque en totalité par du cartilage, du fibrome, du myxome, ou du sarcome. Ainsi donc on trouve toujours des masses épithéliales au milieu d'un stroma, formé par des tissus dérivés de la série conjonctive. L'élément épithélial semble être le point de départ de la prolifération : « ce sont des tumeurs qui commencent à l'adénome et finissent par un état épithéliomateux bien défini. Ce qui les différencie de l'épithéliome vulgaire, c'est que leur trame joue un rôle important ».

Et en effet, dans la plupart des cas, pendant une longue période, l'élément épithélial est comme étouffé par la prédominance du stroma,

et la tumeur, quoique d'origine épithéliale, se comporte comme une tumeur bénigne. C'est le nom qu'on leur a donné pendant longtemps et qui répond à leur aspect clinique habituel. Mais à un moment donné, ces masses épithéliales peuvent entrer dans une phase d'activité particulièrement énergique, bourgeonner et pulluler avec une extrême rapidité, et se comporter en définitive comme les plus malignes des tumeurs. Ainsi dans l'évolution anatomique de ces néoplasmes, on peut nettement établir deux phases, une période souvent longue, parfois indéfinie, où ils sont circonscrits, évoluent avec lenteur, et où l'élément épithélial est atrophié par la prédominance du stroma, et une période, qui n'est point fatale, qui survient éventuellement, où l'élément épithélial, dépassant en activité les tissus qui constituent la trame, imprime à la tumeur les caractères et la marche d'une production maligne.

Cette conception est séduisante et claire; elle permet de grouper dans un tout schématique la plupart des tumeurs parotidiennes. En outre, en faisant de la glande parotide elle-même le point de départ de ces productions, elle est satisfaisante pour l'esprit, car il est raisonnable de supposer que dans une région où l'on trouve des tumeurs spéciales, ces tumeurs doivent avoir pour point de départ les organes spéciaux à cette région. On trouve partout des vaisseaux, des aponévroses, du tissu conjonctif et des fentes lymphatiques, et cependant les tumeurs dont nous nous occupons ne se montrent que dans les points précis où se trouvent des glandes salivaires.

Cependant l'origine glandulaire des tumeurs de la parotide n'est pas acceptée partout, et beaucoup d'auteurs à l'étranger admettent que le processus qui leur donne naissance a pour point de départ, non pas les acini, mais le tissu interstitiel qui les sépare. C'était une opinion déjà ancienne. Mais elle a été reprise et présentée sous des formes différentes, les uns les faisant dépendre des vaisseaux sanguins, les autres du tissu conjonctif, d'autres enfin de l'endothélium lymphatique. Pour Kolaczek, ces tumeurs seraient en réalité des angio-sarcomes, et trouveraient leur point de départ dans les capillaires, et surtout dans les capillaires sanguins.

Kaufmann, dans un important mémoire, déclare que « toutes les formations d'apparence glandulaire qu'on trouve dans les enchondromes parotidiens, n'ont aucun rapport avec des éléments glandulaires; elles appartiennent aux sarcomes alvéolaires et plexiformes ». Il n'y a, pense-t-il, qu'une « trompeuse analogie », et croit pouvoir « repousser absolument la dénomination d'adéno-chondromes qu'on a donnée à ces tumeurs. Les productions considérées jusqu'à présent comme des productions glandulaires sont des productions sarcomateuses et les cas d'adéno-chondromes doivent être désignés du nom de chondro-sarcomes ».

Plus récemment, Nasse soutient la même opinion. « Je ne doute point

que toutes ces tumeurs n'appartiennent à la catégorie des tumeurs conjonctives, dans le sens où l'entend Kaufmann, c'est-à-dire à une famille qui renferme l'angio-sarcome, le cylindre, l'endothéliome ».

C'est également l'opinion de R. Volkmann.

Ces doctrines sont encore peu connues en France. Elles ont été exposées avec un remarquable talent, dans un important mémoire de M. le professeur Berger, auquel j'emprunte les quelques citations qui précèdent. Dans ce travail, M. Berger, à propos des tumeurs palatines, embrasse d'une façon générale les tumeurs mixtes de toutes les glandes salivaires, et démontre le mal fondé de la doctrine allemande. Ces conclusions, jusqu'à plus ample informé, nous paraissent aussi applicables aux tumeurs parotidiennes, et rien encore ne nous autorise à renoncer à la conception des tumeurs mixtes d'origine glandulaire, telle qu'elle est partout acceptée et décrite en France.

**Étiologie.** — Les deux sexes paraissent également prédisposés à ces tumeurs, qui frappent aussi indistinctement le côté droit ou le côté gauche. On invoque parfois le traumatisme comme facteur étiologique ayant pu contribuer à leur développement, mais dans la grande majorité des cas on ne trouve absolument rien que l'on puisse raisonnablement incriminer.

Cependant la marche d'une tumeur déjà en voie d'évolution peut être modifiée et aggravée par des chocs, par une grossesse, etc.

Ces tumeurs mixtes, qu'on ne voit pas chez l'enfant, sont rares également chez les gens âgés. Du moins quand on les rencontre chez des vieillards, il s'agit de tumeurs qui dataient de longtemps, et qui avaient pris naissance dans l'âge adulte. Il s'agit presque toujours de sujets ayant de vingt à quarante ans. Un même individu peut présenter successivement plusieurs tumeurs du même genre, qu'il y ait eu récurrence à la suite d'extirpations incomplètes, ou reproduction de nouvelles tumeurs.

**Signes.** — Le début des tumeurs mixtes est toujours assez obscur. Elles ne sont pas douloureuses et se développent avec une grande lenteur. Elles ont parfois un volume assez notable, quand les sujets qui en sont porteurs les découvrent par pur hasard, en se rasant, ou se mirant, etc..

Parfois, prise pour une « glande », surtout quand elle siège un peu bas, la tumeur est l'objet d'applications fondantes, et occasionne l'ingestion par le malade d'huile de morue, ou de sirop d'iodure de fer.

La marche de la maladie ne présentant en apparence rien d'inquietant, c'est ordinairement après de long mois, parfois après plusieurs années, que le médecin est consulté.

Quand on examine un de ces malades, voici ce que l'on constate. La tumeur, plus ou moins volumineuse, forme une saillie toujours disgracieuse.