

Elle occupe généralement la partie postérieure de la région parotidienne, et se trouve située au-dessous du lobule de l'oreille, derrière l'angle de la mâchoire, et repose sur l'apophyse mastoïde. Quand elle est d'un notable volume, elle s'approprie pour ainsi dire les téguments du lobule de l'oreille, qui s'étalent à sa surface. C'est là un simple fait de distension mécanique qui pourtant a surpris un certain nombre de cliniciens. La tumeur est habituellement grosse comme un œuf, un citron, une petite orange.

Elle fait alors une saillie qui déforme étrangement la face. Mais on a remarqué que la tumeur avait peu de tendance à se porter vers la joue, elle s'étend plus volontiers en arrière et en bas. Chez l'homme la barbe s'étale à la partie supérieure de la tumeur, quand celle-ci est volumineuse, ce qui contribue à donner à la physionomie un caractère assez bizarre. Mais ces téguments ne sont point modifiés dans leur coloration. La palpation montre qu'ils sont complètement indépendants et glissent sur la tumeur. Celle-ci est bien limitée, dure, et même généralement très dure, indolente à la pression, et très mobile. A sa surface on perçoit souvent de petites bosselures faisant relief. Cette production paraît indépendante, et il semblerait que la moindre incision doive lui donner issue comme à un noyau de cerise. Les mouvements de la mâchoire ne sont ni modifiés, ni gênés, il n'y a aucun signe de compression du côté du facial ou des nerfs sensitifs de la région. Bref, cliniquement, la tumeur à cette période présente au premier chef l'aspect et les caractères d'une production locale, innocente et bénigne.

Cette tumeur met parfois plusieurs années à acquérir les dimensions d'une noix ou d'un œuf. Abandonnée à elle-même, elle grossit lentement. Sa mobilité diminue avec son volume, mais elle persiste toujours à un certain degré, tant que la tumeur est bénigne. Avec ces grosses tumeurs on observe quelques troubles fonctionnels, paralysie du nerf facial, bourdonnements d'oreille, gêne de la mastication. Quand la tumeur présente un prolongement pharyngien, l'obstruction de cette cavité peut entraîner de la dysphagie, mais les cas de tumeur faisant saillie de ce côté sont assez exceptionnels. Les téguments surdistendus peuvent s'ulcérer, au niveau de la partie culminante, non par envahissement, mais par sphacèle, éventualité assez rare aussi.

Cette marche lente et torpide, si lente que la tumeur semble stationnaire pendant des années, et que les malades s'habituent à vivre avec leur infirmité, la négligent et l'oublient, est à un moment donné troublée par un changement d'allures tout à fait remarquable. Après cinq, dix, quinze, vingt ans, voilà la masse morbide qui prend un rapide accroissement.

Elle avait mis dix ans à acquérir le volume d'une noix, et depuis huit, dix, douze ans, aucune modification appréciable n'était sur-

venue dans son volume. Or en six mois ses proportions ont doublé. Elles sont décuplées en moins de deux ans. En même temps la tumeur se fixe, envahit toute la glande, envahit les téguments, s'ulcère largement, engorge les ganglions. La cachexie survient; le malade maigrit, jaunit, et la mort survient après émaciation graduelle.

Sans doute les événements qui constituent cette seconde période ne surviennent pas toujours, mais cette marche des tumeurs mixtes est si commune, si bien établie par une quantité d'observations, qu'il faut presque admettre, quand on ne l'observe pas, que la maladie n'a pas eu le temps d'entrer dans sa deuxième phase. La conséquence à tirer de ces faits est simple et précise. Abandonner ces tumeurs à leur évolution spontanée serait une grave erreur. Leur apparence bénigne est un leurre. Ce sont des néoplasmes traitres, qui ménagent de dangereuses surprises. Aussi faut-il de bonne heure en conseiller et en pratiquer l'extirpation.

Diagnostic. — Certaines tumeurs sont développées sur les confins de la région parotidienne, elles subissent une sorte de migration qui les éloigne un peu de leur point de départ. Aussi n'est-il pas toujours immédiatement facile de les rapporter à leur lieu d'origine. Ce sont parfois leurs caractères physiques, tels que leur dureté, leur forme, leur mobilité, plus que leur situation exacte, qui les font reconnaître comme tumeurs parotidiennes. Celles qui sont situées aux confins de la parotide et de la sous-maxillaire, prêtent rarement à confusion avec les tumeurs qui prennent naissance dans cette dernière glande. Il existe en effet entre les deux organes une bande aponévrotique épaisse, qui ferme à la partie inférieure la loge parotidienne. Bridées par cette aponévrose, les tumeurs parotidiennes n'ont pas tendance à envahir la région sous-maxillaire, et réciproquement.

Les tumeurs ganglionnaires de la région parotidienne ne sont pas trop difficiles à différencier des tumeurs mixtes. Tout d'abord l'hypertrophie des ganglions de la loge parotidienne, comme toutes les adénopathies, s'observe presque exclusivement chez les enfants, qui n'ont pour ainsi dire jamais de tumeurs mixtes. En outre, les engorgements ganglionnaires sont habituellement multiples. Les glandes des régions sous-maxillaire, carotidienne, sus-claviculaire, sont également augmentées de volume. Ces ganglions suppurent rapidement dans la majorité des cas. A supposer que la tumeur ganglionnaire fût limitée à la région parotidienne, chronique, non suppurée et développée chez un sujet non strumeux, elle aurait encore une physionomie distincte de celle des tumeurs mixtes. En effet la masse ganglionnaire siège plus haut et plus en avant que ne sont habituellement les tumeurs de la parotide. Dans son développement elle n'entraîne point le déplissement du lobule de l'oreille. Elle est en outre moins mobile, moins nettement limitée et surtout moins dure.

Certaines tumeurs, développées dans la loge parotidienne, prêtent forcément à confusion, parce que leur rareté les fait sinon négliger dans la discussion du diagnostic, du moins empêche de conclure d'une façon ferme en leur faveur, car il est sage d'une façon générale de ne pas poursuivre le diagnostic d'exception. Ainsi certains lipomes, qui dans cette région sont susceptibles de présenter une consistance dure, étant fortement mélangés de tissu fibreux, ou encore les sarcomes purs, les fibromes purs, les lymphadénomes, etc. La constatation de la fluctuation, et au besoin une ponction exploratrice permettrait de reconnaître les tumeurs kystiques.

Ces réserves faites, d'une façon générale, le diagnostic n'offre aucune difficulté sérieuse, le siège, la consistance et la mobilité de la tumeur sont en effet des éléments suffisamment caractéristiques, pour qu'on n'ait pas à hésiter longtemps. Mais pour ce qui est de la structure exacte de la tumeur, ce que nous avons dit plus haut, laisse entendre qu'à de rares exceptions près, on ne pourra d'avance rien formuler à cet égard d'absolument précis. Une consistance très dure permettra de songer à une tumeur où prédomine le cartilage, une tumeur relativement molle fera penser à de l'adéno-sarcome, ou à de l'adéno-myxo-sarcome. La transformation maligne de la tumeur sera, par contre, aisément soupçonnée à l'augmentation rapide de la tumeur, et il ne persistera aucun doute à cet égard, quand les téguments seront envahis et ulcérés, et la tumeur immobilisée.

Traitement. — Extirper ces tumeurs est évidemment la seule indication, quand elles sont limitées et mobiles. Quand la tumeur, devenue maligne, est adhérente, et surtout adhérente profondément, l'acte opératoire est beaucoup plus discutable, et la plupart des chirurgiens, dans ces cas, comme pour le cancer proprement dit, pensent qu'il vaut mieux s'abstenir, pour ne pas faire une opération inutile et dangereuse.

Même dans les cas simples, l'intervention est toujours assez délicate. Telle tumeur qui paraissait d'une extrême mobilité, se trouve, les téguments incisés, d'une énucléation laborieuse. La dissection, un peu contrariée par l'écoulement sanguin, toujours assez abondant, doit être faite avec lenteur et prudence. La région parotidienne est une mauvaise région au point de vue opératoire, une région qui ménage de désagréables surprises au chirurgien. On peut en général, dans l'extirpation de ces tumeurs, ménager complètement le facial. Cependant, même au cours d'opérations sagement conduites et pratiquées avec dextérité, on peut trancher quelques-uns de ses filets. Ces petits nerfs sont à peu près impossibles à voir dans le fond de la plaie, toujours saignante. Ils sont grêles, rubanés, ils n'ont ni la forme, ni la coloration des nerfs ordinaires. La tumeur dans son développement a plus ou moins modifié leurs rapports, et cette tumeur, moins nettement encapsulée dans les parties profondes qu'on n'aurait

pu le supposer, est parfois en contact intime avec quelques-uns d'entre eux. Il en résulte qu'on peut les blesser assez facilement. La section de ces filets secondaires du facial, amène habituellement une légère déviation ou distorsion de la bouche. Il ne faut pas trop s'en alarmer. Au bout de quelque temps les choses s'arrangent assez bien et les traits reprennent peu à peu leur symétrie. Il va sans dire que ceci ne saurait s'appliquer à la section des grosses branches du facial, qu'il est d'ailleurs assez facile d'éviter, mais seulement à celle des rameaux secondaires.

Cancer de la parotide. — « Peut-être les cas décrits comme cancers sont-ils simplement des tumeurs mixtes, où l'évolution épithéliale a été très précoce » (Pérochaud).

Il est probable en effet que dans le groupe des cancers, figurent bon nombre de tumeurs qui originellement étaient des tumeurs mixtes.

Il était impossible que cette confusion ne fût pas faite à l'époque où l'on ne connaissait pas encore bien ces tumeurs. Mais la structure même de ces dernières, leur origine épithéliale, et leur évolution plus ou moins rapide suivant les proportions et la répartition des éléments qui les constituent, explique assez bien la proposition formulée plus haut. — Il y a en effet des types intermédiaires. — Il n'est pas douteux néanmoins qu'il ne faille conserver une place à part aux tumeurs qui par leur évolution sont d'emblée des tumeurs malignes, et dont la marche, à ce point de vue, est très différente de celles des tumeurs que nous avons précédemment étudiées. Il est bien entendu que par le terme d'épithélioma, ou de cancer de la parotide, nous ne voulons pas désigner les tumeurs propagées à la glande, après avoir pris naissance, soit dans les téguments, soit au niveau des maxillaires, ou du conduit auditif, ni surtout celles qui résultent d'adénopathies cancéreuses secondaires, elles-mêmes consécutives à un épithélioma palpébral, temporal, auriculaire ou pharyngien. Ces tumeurs secondaires ne sont pas dépourvues d'intérêt, mais elles sortent de notre sujet : ce ne sont pas en somme des cancers de la parotide. — Ceux-ci se présentent sous forme d'épithéliome tubulé, de squirrhe, d'encéphaloïde. Ils forment des tumeurs diffuses, mal limitées, de volume habituellement assez peu considérable, qui de bonne heure adhèrent à toutes les parties environnantes, envahissent l'aponévrose et la peau, tiennent au maxillaire et au conduit auditif, et dans la profondeur, peuvent envahir la paroi pharyngienne et englober les vaisseaux et nerfs du gros paquet vasculo-nerveux carotidien.

Étiologie. On peut admettre à la rigueur que des inflammations antérieures de la glande constituent jusqu'à un certain point une cause prédisposante. Cependant rien n'est moins démontré, non plus que l'influence des traumatismes.

L'homme semble plus particulièrement frappé, et surtout l'homme

agé. C'est un cancer tardif, qui atteint surtout des vieillards, bien que cette règle, on le conçoit, comporte des exceptions.

Signes. — Les symptômes du cancer de la parotide ont été exposés avec beaucoup de soin par M. Michaux, dont le travail reste encore ce que nous possédons de plus complet sur ce sujet.

Le squirrhe et l'encéphaloïde n'ont ni les mêmes signes ni la même marche. Dans le *squirrhe*, dont l'évolution est plus lente, la tumeur, moins volumineuse et moins saillante, est plus dure. Elle entraîne d'une façon précoce la rétraction de la peau, et en particulier de celle qui constitue le lobule de l'oreille. La paralysie faciale survient de très bonne heure. Liée à la compression et à l'envahissement du nerf, cette paralysie présente naturellement le type des paralysies d'origine périphérique. Elle porte à la fois sur le facial supérieur et le facial inférieur. — Dans le *squirrhe atrophique* de la glande, « la rétraction, le ratatinement plus ou moins rapide, portent tout d'abord sur la glande, et envahissent ensuite les parties voisines, qu'ils labourent de rainures ou rigoles qui s'en éloignent en manière de rayons, circonscrivant des séries également radiées de bosselures, qui vont en se dégradant à mesure qu'on s'éloigne de la glande » (Michaux). Il se forme parfois, par le même processus de rétraction, une sorte de dépression au centre de la région malade.

Dans d'autres cas le squirrhe peut être dit *squirrhe en plaque de la région parotidienne*. Les téguments envahis sur une large étendue donnent à la main, dit Michaux, la sensation de « cuir ferme ».

Le squirrhe évolue avec une lenteur relative. Surtout dans la forme en plaque, il détermine, en envahissant les téguments et le muscle sterno-mastoïdien, une rigidité du cou. Les mouvements de la tête sont ainsi limités ou abolis et il se constitue ainsi une sorte de torticolis. Telle est la rigidité du tissu néoplasique, que la tête est parfois aussi solidement immobilisée que si elle était maintenue par une « minerve ».

La difficulté ou l'impossibilité des mouvements de la mâchoire entraîne une gêne considérable dans la mastication. Enfin d'atroces douleurs accompagnent généralement l'évolution de la maladie.

L'*encéphaloïde* forme une tumeur plus volumineuse et beaucoup plus saillante. Il n'amène point la rétraction de la peau. Il la soulève au contraire. Sa consistance « rappelle celle d'un engorgement sub-inflammatoire ». A ce point de vue la tumeur diffère beaucoup du squirrhe, dont la dureté est considérable, ligneuse. La masse que forme l'encéphaloïde est irrégulièrement bosselée, et ces bosselures n'ont pas la même consistance.

La paralysie faciale est plus tardive que dans le squirrhe.

Par contre, l'engorgement des ganglions est plus rapide et ces adénopathies sont plus volumineuses.

L'ulcération est aussi plus précoce et donne lieu à des hémor-

ragies que l'on n'observe ni avec la même fréquence, ni avec la même intensité dans le squirrhe.

La maladie dure moins longtemps que dans le cas de squirrhe ; quelques mois suffisent à l'évolution de cette terrible affection.

Traitement. — Le cancer de la parotide peut se généraliser, mais pendant une bonne partie de son évolution, il est purement local. On n'est donc peut-être pas, théoriquement du moins, complètement désarmé contre cette terrible affection. En pratique toutefois, l'extirpation complète des tissus morbides rencontre de grandes difficultés, même mis à part ces cas désespérés où la tumeur, ayant franchi les limites de la loge parotidienne, et largement adhérente à tous les organes environnants, échappe incontestablement à l'action chirurgicale.

Il est certain que l'extirpation de la tumeur seule, même quand on passe à distance du mal, sera une intervention stérile, que suivra de bonne heure la repullulation du tissu morbide. Toute la glande est suspecte ou plutôt elle est déjà altérée dans sa totalité quand une tumeur maligne visible se montre en une de ses parties. Il faut donc, si l'on veut faire œuvre utile, extirper la parotide en totalité. On a beaucoup discuté autrefois sur la possibilité de cette extirpation, que les uns déclaraient irréalisable, et qui pour d'autres était une opération fort défendable. Ces discussions ont perdu de leur intérêt, car d'une façon générale et d'un accord tacite, on s'abstient d'intervenir. L'abstention pure et simple est évidemment la plus sage conduite dans un grand nombre de cas, car il s'agit d'une opération, non seulement laborieuse et grave en elle-même, mais inutile.

Cependant le principal argument formulé autrefois contre l'acte opératoire lui-même, le danger de l'hémorragie, sans être négligeable aujourd'hui, a beaucoup perdu de son importance. L'hémostase est difficile sans doute, dans cette région traversée par une artère aussi respectable que la carotide externe, et en rapport profondément avec des vaisseaux comme la carotide interne et la jugulaire. — Mais enfin, en procédant avec prudence et méthode, on peut lier les uns et éviter les autres. De toutes façons il faudrait se résigner à sacrifier le nerf facial. Il en résulterait une paralysie faciale incurable, infirmité pénible sans doute, mais qu'on ne saurait mettre en balance avec la guérison ou la survie que l'on pourrait espérer d'une extirpation bien complète.

Mais ce sont précisément ces résultats qui paraissent encore chimériques ; et si l'opération n'est pas impraticable, le bénéfice qu'on en peut obtenir semble plus qu'aléatoire. Cependant tel cas peut se rencontrer où l'intervention puisse être tentée dans des conditions relativement favorables, quand le sujet est encore robuste, la tumeur limitée, que l'examen du pharynx ne révèle de ce côté aucune modification appréciable à une exploration minutieuse.

Dans ces conditions, Hartmann n'est pas loin d'accepter l'intervention.

J.-L. Faure la considère non seulement comme possible, mais même facile, et la préconise avec chaleur. Il s'est attaché récemment à établir un manuel opératoire qui puisse permettre d'entreprendre en toute sécurité l'extirpation totale de la parotide.

Deux incisions, l'une verticale au-devant du tragus, l'autre horizontale tombant perpendiculairement sur la première, mettent à nu la glande malade. Celle-ci est décollée du masséter, et celui-ci du maxillaire. Le bord postérieur de la branche montante est attaqué avec une pince coupante emporte-pièce, et l'on pratique ainsi dans la partie postérieure de la mâchoire une brèche qui dégage la région parotidienne. On libère peu à peu la glande, en liant au fur et à mesure ses différents pédicules, préventivement, ne coupant les tissus qu'après les avoir étreints dans les ligatures. Ce procédé s'exécute sans doute moins facilement sur le vivant. Mais enfin l'idée est bonne, et je pense aussi qu'on peut dans des cas, malheureusement rares, tenter cette opération que recommandaient Bérard et Malgaigne. Seulement, si j'avais à la pratiquer, au lieu de la timide brèche que recommande J.-L. Faure, je crois qu'il serait préférable de réséquer toute la branche montante de la mâchoire.

V. — TUMEURS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE (1).

Les tumeurs de la glande sous-maxillaire sont rares, et cette rareté est assez singulière étant donnée la fréquence des néoplasmes dans la parotide. Elles sont décrites depuis peu de temps. Boyer ne les connaissait pas et Velpeau en niait l'existence. Pour lui, toute tumeur de la loge sous-maxillaire prenait invariablement naissance aux dépens des ganglions. A cette époque, il est vrai, les observations publiées, d'ailleurs en petit nombre, prêtaient facilement à la critique. Les faits de Sicherer, de Petruni, de Goyrand, de Colson, n'établissaient pas le moins du monde d'une façon péremptoire l'existence de ces tumeurs. Depuis, cette histoire s'est faite lentement; nombre de mémoires ont été publiés à ce sujet, et il n'est pas douteux que la glande sous-maxillaire ne puisse être le siège de tumeurs très variées et très complexes. Ces tumeurs sont parfois de nature absolument bénignes, comme par exemple les kystes salivaires de la sous-maxillaire, fort rares à la vérité (Gross, Péan), mais ce sont le plus ordinairement, soit des tumeurs mixtes, adéno-chondromes, adénomyxomes, soit des tumeurs d'emblée malignes, épithéliomes, sarcomes.

Les tumeurs mixtes sont de tous points comparables à celles des

(1) TALAZAC, thèse de Paris, 1869. — BOUHEBEN, thèse de Paris, 1873. — NÉPVEU, *Soc. de chir.*, 1879. — JOULIARD, thèse de Paris, 1888. — PONSOT, thèse de Lyon, 1894.

autres glandes salivaires. Elles contiennent toujours du cartilage, et la présence pour ainsi dire constante de ce tissu les fait désigner habituellement sous le nom d'enchondromes sous-maxillaires.

Ponsot se demande s'il ne s'agit pas de débris du cartilage de Meckel, hypothèse inadmissible, et d'ailleurs inutile pour expliquer la présence de cartilage dans une tumeur. Mais le tissu cartilagineux est toujours associé à du tissu fibreux, à des productions glandulaires, voire même à du tissu osseux, ou encore à du myxome ou du sarcome. Leur consistance peut donc être variable, mais elle est habituellement très ferme. Pendant une longue période de leur évolution, ces tumeurs circonscrites, bien limitées, se comportent comme des tumeurs bénignes; mais elles peuvent changer de caractère et se comporter comme les plus malignes des tumeurs. Mais pendant une longue période elles sont cliniquement des tumeurs bénignes, dont l'ablation est suivie de guérison durable.

Les enchondromes sous-maxillaires peuvent atteindre des proportions considérables.

Le volume de quelques-uns de ces néoplasmes est comparé à celui d'une orange, ou à celui du poing. En général la tumeur est grosse comme une noix, comme un œuf de pigeon, de poule ou de dinde.

Le sexe et l'âge ne paraissent avoir aucune influence sur leur production. Toutefois il semble que ces tumeurs s'observent plus souvent chez des individus jeunes. On les a vues apparaître ou augmenter assez rapidement de volume, sous l'influence d'un traumatisme, de la grossesse, etc.

Leur évolution est habituellement fort lente; elles grossissent sans apporter aucune modification dans l'état général, sans causer aucune gêne fonctionnelle et sans déterminer de douleurs.

Toutefois cette indolence n'est pas absolue. Dans un cas de Lannelongue (1), le malade éprouvait de vives douleurs. Ces douleurs étaient réveillées par la moindre pression, mais elles survenaient aussi spontanément ou sous l'influence du travail intellectuel.

La tumeur fait une saillie plus ou moins considérable à la région sus-hyoïdienne, soulevant les téguments sans les altérer, et amenant une difformité plus ou moins choquante. Dans certains cas elle soulève également la muqueuse buccale.

La palpation montre que cette tumeur est presque toujours d'une extrême dureté, qui contraste avec la souplesse des parties environnantes; à sa surface les doigts perçoivent des saillies, des bosselures, des irrégularités dont la présence est inconstante toutefois.

Mais ce qui est surtout caractéristique, c'est « la remarquable mobilité de cette tumeur, qu'on déplace aisément dans tous les sens (2) ».

La marche très lente et l'indolence du néoplasme ne suffiraient pas

(1) LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1879.

(2) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1879.