

explique par des troubles de la circulation veineuse, liés à une compression de la veine faciale et des jugulaires.

Marche. — Terminaisons. — En général, la maladie marche assez rapidement. Le maximum de gonflement est atteint vers le troisième ou le quatrième jour. A ce moment la *résolution* peut encore se faire, mais elle est rare, et la *suppuration* est la règle; celle-ci se fait en général en plusieurs points; d'où une série de petits abcès successifs; d'autres fois la marche est plus grave, la glande devient le siège d'une tuméfaction dure, énorme, qui rapidement se complique de *gangrène*.

Dans les cas heureux, la guérison a lieu en une ou deux semaines, laissant une région douloureuse, souvent semée de noyaux d'induration; rarement il persiste une fistule salivaire.

La mort survient soit par suite de l'évolution de la maladie qui a précédé la parotidite, soit par suite d'une aggravation de l'état général (bouche sèche, diarrhée, etc.), soit par suite de complications malheureusement trop fréquentes au cours de ces inflammations phlegmoneuses.

Complications. — Les *fusées purulentes* sont assez fréquentes dans les parotidites; elles se font soit vers l'articulation temporo-maxillaire, soit vers le conduit auditif, pouvant alors déterminer une otite moyenne suppurée; soit dans la région pharyngienne, donnant lieu à une variété spéciale d'abcès rétro-pharyngien, soit en bas sous le sterno-mastoiïdien; dans ce dernier cas, on en a vu descendre jusque dans le médiastin et déterminer une pleurésie mortelle.

Plusieurs fois, des *hémorragies* graves et répétées se sont produites, soit à la suite de l'ouverture d'un gros tronc artériel, soit après ulcération de la veine jugulaire; ces hémorragies ont le plus souvent entraîné la mort du malade, pas toujours cependant, et l'on cite quelques cas où le chirurgien a pu s'en rendre maître par une ligature faite à propos; tel celui de Richet qui sauva son malade par une ligature de la carotide externe.

Des *thromboses veineuses* de la faciale, de la jugulaire, du sinus caverneux ont été notées par divers observateurs.

Nélaton et Gillette ont signalé à la suite de la *destruction du nerf facial* des paralysies incurables.

La *gangrène de la glande* peut être soupçonnée, avant toute incision, à la teinte chamois de la peau. Dès que le foyer est ouvert, on la reconnaît à la présence de lambeaux de tissu gris-jaunâtre, d'eschares. Le creux parotidien est comme disséqué; aussi, lorsque le malade guérit, il persiste une cicatrice difforme.

Exceptionnellement enfin la parotidite suppurée est suivie de *fistule salivaire*, plus rarement encore d'*épidrose parotidienne*⁽¹⁾.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile; toutefois il ne faut pas oublier que, dans certaines maladies générales, le début est insidieux; aussi doit-on, dans toutes les maladies infectieuses, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent d'un état adynamique, examiner attentivement les régions parotidienne et sous-maxillaire dès que le malade y accuse la moindre douleur.

(1) Voy. plus loin *Épidrose*, p. 315.

Les *oreillons* sont généralement bilatéraux; la tuméfaction est molle; il y a de l'empâtement sans induration. La peau n'est presque jamais colorée, la résolution est rapide, enfin les conditions étiologiques sont différentes.

Les *adénophlegmons* débutent par une adénite, caractérisée par un ganglion tuméfié, mobile et douloureux; ils se développent avec un cortège de phénomènes inflammatoires péri-ganglionnaires (empâtement, rougeur, etc.), tels qu'il est impossible de les méconnaître. Certaines *adénites parotidiennes profondes*, donnant lieu à des abcès qui fument vers le pharynx, sont toutefois impossibles à reconnaître et toujours confondues avec la parotidite suppurée.

La notion de la *cause* de l'affection se tirera de la connaissance de la maladie générale première, de l'examen des organes voisins (bouche, pharynx, oreille, articulation temporo-maxillaire, etc.). Lorsque l'on n'aura pu déterminer la cause, on explorera, une fois l'abcès ouvert, le fond de la plaie avec un stylet pour voir si le point de départ de l'affection n'est pas une ostéite méconnue du maxillaire.

Pronostic. — La parotidite ou la sous-maxillite suppurative, survenant le plus souvent au cours de maladies générales à tendances adynamiques, a, par cela même, un pronostic grave.

On n'admet plus aujourd'hui la distinction des anciens en parotidites *critiques*, coïncidant avec l'amendement des phénomènes généraux, et parotidites *symptomatiques*, se montrant au début ou pendant la période d'état des fièvres graves.

La parotidite est toujours un accident fâcheux, surtout chez les vieillards et les sujets cachectiques, où elle peut évoluer silencieusement et aboutir en un temps très court à la suppuration diffuse et à la gangrène de la glande.

Seules les parotidites de cause locale, pouvant rester limitées à une portion de la glande, ne présentent pas de gravité.

Traitement. — Le traitement peut être *prophylactique* ou *curatif*.

A. *Traitement prophylactique.* — Il consiste en des lavages antiseptiques (avec des solutions d'acide borique ou d'hydrate de chloral) et en une hygiène sévère de la cavité buccale, en particulier dans les états adynamiques, où l'on a à craindre le développement d'inflammations phlegmoneuses des glandes salivaires.

B. *Traitement curatif.* — Il sera à la fois *général* et *local*. Les toniques seront indiqués pour combattre l'état adynamique. Localement, on a conseillé, au début, les révulsifs tels que des applications de sangsues, de vésicatoires volants, etc.; une onction d'onguent napolitain et une antiseptie buccale rigoureuse doivent, à cette première période, constituer le seul traitement de la parotidite. Celle-ci, alors même qu'il y a manifestement suppuration canaliculaire, démontrée par l'écoulement purulent que l'on provoque par l'orifice du canal en pressant sur la glande, peut se résoudre, contrairement à l'opinion émise par quelques auteurs. Il y a, du reste, au point de vue thérapeutique, une grande distinction à établir entre les parotidites. Dans une première forme, catarrhe purulent de la glande, la suppuration se fait par foyers multiples, on pourrait dire que chaque lobe suppure isolément; il faut alors attendre et inciser successivement chaque foyer.

Dans la seconde, il se développe une sorte de phlegmon diffus. La grande

durété de la région glandulaire et la menace de gangrène due à la compression extrême de ces tissus distendus par un gonflement énorme, obligent à l'incision immédiate. Celle-ci sera faite aussi bas que possible pour éviter la lésion du facial et du canal de Sténon; elle sera parallèle à la branche montante du maxillaire, et, une fois l'aponévrose débridée, on déchirera les tissus profonds avec la sonde cannelée.

Contre l'induration qui persiste quelquefois après la guérison, on recourra, aux badigeonnages iodés, à la compression, au massage, etc.

VI

TUBERCULOSE DES GLANDES SALIVAIRES

Depuis que Valude⁽¹⁾ a montré expérimentalement que l'inoculation des glandes salivaires du lapin avec des cultures de bacilles peut être suivie du développement de lésions locales tuberculeuses, Stubenrauch⁽²⁾, Paoli⁽³⁾, Legueu et Marien⁽⁴⁾, O'Zoux⁽⁵⁾, ont publié des observations de tuberculose salivaire. Quelques-uns de ces faits seulement sont accompagnés d'examen histologique (Legueu et Marien); encore cet examen n'est-il pas toujours absolument concluant, tel le fait de Stubenrauch.

En tout cas il s'agit là de raretés, et de nouvelles observations nous semblent nécessaires pour écrire l'histoire de la tuberculose des glandes salivaires.

Il n'en est pas de même de celle des ganglions lymphatiques qui affectent avec les glandes salivaires, avec la parotide en particulier, des rapports intimes. Les lésions tuberculeuses de ces ganglions, qu'on observe surtout chez l'enfant, sont intéressantes parce qu'au début elles peuvent simuler une tumeur de la glande et que, plus tard, après ramollissement, leur forme arrondie, leur limitation, leur fluctuation peuvent faire croire à l'existence d'un kyste salivaire.

VII

SYPHILIS DES GLANDES SALIVAIRES

Lancereaux le premier⁽⁶⁾ a décrit, au niveau de la glande sous-maxillaire, des lésions d'infiltration gommeuse. Cette infiltration gommeuse est encore peu connue; elle a été cependant observée, au niveau des glandes sublinguales, par

⁽¹⁾ VALUDE, Tuberculose des glandes salivaires. *Congrès sur la tuberculose*, 1888, Paris, 1889, p. 255. — Ces recherches de Valude ne se rapportent pas à la tuberculose de l'homme, comme du reste celles de la plupart des expérimentateurs de ces dernières années; elles ont été faites avec des cultures de tuberculose des volailles, tuberculose différente de celle de l'homme, comme l'ont démontré récemment Rivolta et Maffucci en Italie, Koch en Allemagne, Cadiot, Gilbert et Roger en France.

⁽²⁾ STUBENRAUCH (L.-V.), Ueber einen Fall von tuberculöser Parotitis. *Archiv für klin. Chir.*, Berlin, 1894, t. XLVII, p. 26.

⁽³⁾ PAOLI, *Société italienne de chirurgie*, 1895.

⁽⁴⁾ LEGUEU et MARIEN, *Bulletins de la Société de biologie*, 1895.

⁽⁵⁾ O'ZOUX, De la tuberculose des glandes salivaires. *Archives clin. de Bordeaux*, 1897, p. 28.

⁽⁶⁾ LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*, Paris, 1866, p. 518.

A. Fournier⁽¹⁾ et Verneuil. Elle était, dans ces derniers cas, caractérisée par l'existence d'une tumeur résistante, ferme, dure, nettement limitée, ayant la forme d'une datte de moyen volume, dessinant exactement la glande sublinguale. Cette tumeur, indolente spontanément et à la pression, ne causait qu'un peu d'embaras de la déglutition. La guérison fut rapidement obtenue par l'usage interne de l'iodure de potassium.

Bock a récemment publié un travail sur les gommages parotidiennes⁽²⁾; la lecture de ses observations ne nous a pas convaincu et nous sommes porté à croire qu'il ne s'agissait que d'adénites profondes de la région, consécutives à des lésions syphilitiques des cavités voisines (pharynx, etc.)⁽³⁾.

VIII

TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

Les tumeurs des glandes salivaires, comme celles de toute autre glande, peuvent être manifestement développées aux dépens de l'épithélium glandulaire (épithéliomes) ou, au contraire, avoir pris naissance dans un des tissus qui viennent se mêler au tissu propre pour constituer l'organe: tels les fibromes, myxomes, sarcomes, lipomes nés du tissu cellulaire, les angiomes des capillaires sanguins, les lymphangiomes des capillaires lymphatiques⁽⁴⁾. Ces diverses variétés de tumeurs ne présentent rien de particulier dans leur pathogénie et dans leur anatomie pathologique, elles sont ici ce qu'elles sont partout ailleurs. Mais il existe, au niveau des diverses glandes salivaires, aussi bien des petites glandules buccales que des grosses glandes (parotides et sous-maxillaires), une variété de tumeurs un peu spéciale, les *tumeurs mixtes*⁽⁵⁾.

Ces tumeurs sont de beaucoup les plus fréquentes. Dolbeau, frappé par la présence de noyaux cartilagineux dans leur intérieur, les avait décrites sous le nom de *tumeurs cartilagineuses*⁽⁶⁾. Un peu plus tard, P. Broca, se fondant sur ce qu'elles contenaient dans leur intérieur des tubes ressemblant à des glandes, les appela *adénomes*.

⁽¹⁾ FOURNIER (A.), Dégénérescence syphilitique de la sublinguale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, nouv. série, t. I, p. 857 (rapport de Verneuil).

⁽²⁾ BOCK, Syphilis gommeuse de la glande parotide. *La Clinique*, Bruxelles, 1888, n° 247.

⁽³⁾ Nous pourrions encore citer une observation de LANG, Tuméfaction diffuse de la région parotidienne chez une femme porteuse d'ulcérations syphilitiques du pharynx et atteinte en même temps de mammitte spécifique (Ueber Mastitis und Parotitis syphilitica. *Wiener med. Woch.*, 1870, p. 217.)

⁽⁴⁾ Nous laissons de côté les kystes, dont la pathogénie discutée nous occupera plus loin, lorsque nous traiterons de la *grenouillette* (voy. plus loin, p. 301). — Les *kystes hydatiques* ont été observés dans la parotide. On en connaît, tout au moins, un cas incontestable de PÉROCHAUD (*Écho médical*, 1895, n° 2) qui a guéri par la simple ponction exploratrice.

⁽⁵⁾ Ces tumeurs mixtes, bien étudiées au niveau de la parotide par PÉROCHAUD (Thèse de Paris, 1884-1885, n° 167), se retrouvent dans les diverses autres glandes salivaires comme nous l'avons déjà montré antérieurement. (Voy. TERRIER, BROCA, HARTMANN, *Manuel de pathologie externe*, 1888, t. III, p. 682; 1889, t. IV, p. 208 et 266.) Depuis cette époque, la question a été reprise à propos des glandules de la muqueuse buccale, par DE LARABRIE (*Archives génér. de méd.*, 1890, t. I, p. 557, 677, et t. II, p. 54), dont le travail a fait l'objet d'un rapport de Ch. Monod dans les *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, nouv. sér., t. XVI, p. 48.

⁽⁶⁾ DOLBEAU, Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne. *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1858.