

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'embarras 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.

La présence, dans un certain nombre de cas, de masses franchement sarcomateuses et la rapidité de l'évolution qui en résulte, fait que l'on a souvent décrit quelques-unes de ces tumeurs sous le nom de *sarcomes*, de *chondro-myxo-sarcomes* (Virchow). Cette dernière dénomination, en apparence précise, ne l'est pas dans la réalité; ainsi que le font observer Cornil et Ranvier, la tumeur renfermant aussi de l'épithélium glandulaire et des vaisseaux de nouvelle formation, il faudrait, si l'on voulait la dénommer par l'indication de ses divers tissus constitutifs, dire *épithel-angio-chondro-myxo-sarcome*. Cette dénomination même serait insuffisante dans un certain nombre de cas, ces tumeurs pouvant contenir des grains osseux et même du tissu musculaire strié, comme nous le voyons dans une observation de Prudden (1). Aussi, croyons-nous qu'il est plus simple de se rallier à l'expression de *tumeur mixte*; elle a l'avantage d'être courte et de bien indiquer la complexité des tissus qui entrent dans la composition de ces tumeurs.

Ces tumeurs, que l'on observe aussi bien au niveau des glandes des lèvres, des joues et du palais que dans les grosses glandes parotides et sous-maxillaires,

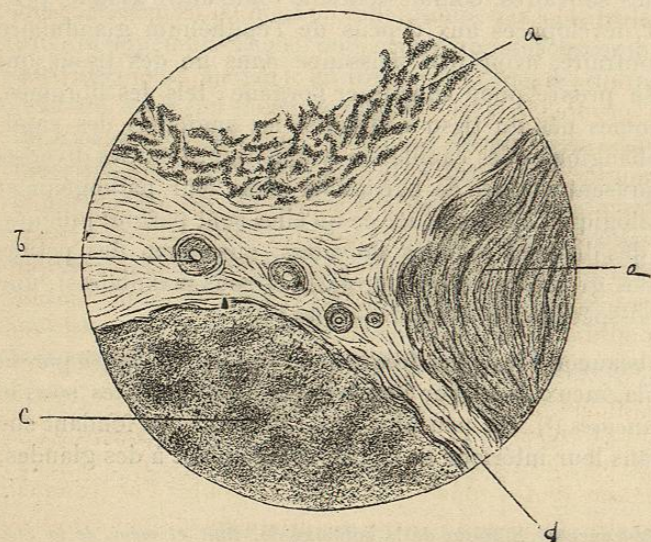


FIG. 75. — Coupe d'ensemble d'une tumeur mixte. (Pérochaud.)
a, parties carcinomateuses de la tumeur. — c, région contenant des points en dégénérescence granulo-protéiques. — e, zone constituée par du tissu fibreux très dense, ayant à l'œil un aspect cartilagineux. — d, cloisons de tissu conjonctif séparant ces différentes zones. — b, artères sclérotisées contenues dans les cloisons.

ont un volume des plus variables; elles peuvent acquérir des dimensions considérables, au niveau de la parotide en particulier. Elles sont en général à contours arrondis, entourées d'une coque fibreuse. Leur consistance varie, tantôt très molles, tantôt fermes, elles crient quelquefois sous le scalpel et contiennent même parfois des grains calcifiés.

A la coupe (2), l'aspect de la tumeur n'est pas homogène; le plus souvent elle est divisée en nodules, de volume variable, par des cloisons conjonctives se présentant à la coupe sous forme de travées plus ou moins épaisses, dans lesquelles rampent des vaisseaux.

L'apparence de ces diverses parties est elle-même assez différente suivant le point considéré : les unes ont l'aspect et la consistance du cartilage; quelquefois elles contiennent des points ossifiés; les autres, plus grises, d'une couleur

(1) PRUDDEN, Rhabdomyoma of the parotid gland. *American Journal of med. Sciences*, Philadelphia, 1885, t. LXXXV, p. 458.

(2) Nous empruntons les éléments de cette description à la thèse de Pérochaud, *Loc. cit.*

plus mate, et d'une consistance plus molle, sont formées par des amas épithéliaux.

D'autres fois, la délimitation en nodules est moins distincte; le tissu est terne, gris, friable par places, ailleurs nacré, transparent, ayant tout à fait l'aspect du cartilage. Enfin on peut voir le tissu cartilagineux former un gros noyau entouré d'une coque grisâtre de consistance assez ferme et homogène (1). Parfois il existe des cavités kystiques, des fissures par dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde des cellules. Ces kystes pourraient aussi avoir pour origine, d'après Planteau (2), des dilatations et des ruptures vasculaires, ou encore l'accumulation de liquide dans un cul-de-sac glandulaire.

Les masses épithéliales peuvent conserver la forme et les rapports des tissus normaux de la glande rappelant le type général des adénomes; d'autres fois les masses épithéliales sont disposées sous forme de réseaux cellulaires occupant en totalité les interstices du tissu conjonctif; ces cellules sont en général volumineuses, tassées, quelquefois muqueuses ou colloïdes au centre, aplaties, en globes épidermiques à la périphérie, d'autres fois elles sont dissociées par le tissu muqueux, cartilagineux, etc.; en un mot elles ont perdu leurs rapports normaux et évoquent l'idée d'un épithéliome, quelquefois même d'un carcinome, les cellules ayant perdu leur forme primitive et ayant revêtu les aspects les plus variés.

La trame contient les diverses variétés de tissus (fibreux, muqueux, cartilagineux, osseux, etc.), que nous avons indiquées.

La complexité de ces tumeurs nous explique les différences qu'elles présentent dans leur évolution. Quel qu'ait été le mode de début, actuellement encore inconnu, de ces néoplasmes, ils se développent tout d'abord par suite d'un accroissement parallèle des masses épithéliomateuses et des divers tissus conjonctifs intermédiaires. Que ceux-ci prolifèrent activement, pendant que les masses épithéliales s'atrophient, la tumeur marchera comme un néoplasme bénin; qu'au contraire la production épithéliale finisse par prédominer et l'on verra, comme le fait a été souvent observé au niveau de la parotide, ces tumeurs, après avoir eu pendant longtemps une marche lente, prendre tout à coup une évolution maligne et le pronostic s'aggraver considérablement.

Cette complexité nous rend aussi compte des cas où l'on voit une récurrence sarcomateuse, après l'ablation d'une tumeur, classée par suite d'un examen incomplet dans le groupe des adénomes (3), ou réciproquement, une récurrence épithéliomateuse après ablation d'un adéno-fibrome (4).

D'après des recherches récentes de Toupet (5), il faudrait distinguer dans le groupe actuel des tumeurs mixtes deux classes. Les *tumeurs mixtes vraies*, d'origine embryonnaire, comparables aux tumeurs mixtes du testicule et de l'ovaire, existent mais sont extrêmement rares. Elles peuvent contenir des cel-

(1) Ce cartilage se présente sous des formes variables; tantôt c'est du cartilage hyalin à cellules encapsulées, tantôt du cartilage à cellules étoilées plongées dans une matière amorphe, tantôt enfin du cartilage fœtal ou du fibro-cartilage.

(2) PLANTEAU, *Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide*. Thèse de Paris, 1876, n° 128.

(3) Nous avons observé une récurrence de cet ordre chez une femme opérée d'une tumeur du voile du palais étiquetée adénome plusieurs années auparavant. On expliquait autrefois ces faits en invoquant un développement sarcomateux de la capsule du néoplasme énucléé lors de la première opération.

(4) VERNEUIL, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*. Paris, 1890, nouvelle série, t. XVI, p. 54.

(5) TOUPET, Mémoire inédit.

lules cartilagineuses capsulées et quelquefois des fibres musculaires striées. *A l'ordinaire, les tumeurs, décrites sous le nom de tumeurs mixtes ont pour point de départ le tissu glandulaire.*

Dans les cas les plus simples, il y a dilatation de l'alvéole glandulaire, dont l'épithélium est refoulé à la périphérie : au centre se trouve le produit de sécrétion et quelquefois des cellules muqueuses, que l'on a considérées à tort comme des cellules cartilagineuses sans capsule; dans d'autres cas, l'épithélium végète davantage et l'on a de véritables aspects adénomateux.

Les deux cas peuvent se rencontrer dans la même tumeur quand elle est un peu volumineuse.

Le tissu conjonctif intermédiaire peut, de son côté se présenter sous des apparences très variables, souvent il est muqueux; d'autres fois il végète sous forme de sarcome; enfin il est des cas où l'élément épithélial prend une importance telle qu'il envahit le tissu conjonctif (épithélaire).

L'étiologie de ces tumeurs mixtes est encore peu connue. Elles apparaissent le plus souvent entre vingt et trente ans. Pour O. Weber, le sexe masculin y est plus exposé que le féminin, ce que conteste Pérochaud. On a invoqué l'action des irritations locales qui n'est rien moins qu'établie. Peut-être, comme le dit Planteau, ces tumeurs subissent-elles une poussée à l'occasion d'un traumatisme. Nous serions assez disposé à admettre, avec Monod et Arthaud, l'inclusion, dans les glandes salivaires, de masses cellulaires détachées des feuillettes embryonnaires et devenant ultérieurement, suivant l'hypothèse de Cohnheim, le point de départ de ces tumeurs mixtes (1).

Ces considérations générales sur les tumeurs des glandes salivaires terminées, nous allons aborder l'étude de chacune d'elles en particulier, décrivant successivement les tumeurs de la parotide et celles des glandes du plancher buccal (2).

A. — TUMEURS DE LA PAROTIDE

BÉRARD, *Des tumeurs de la parotide*. Thèse de concours de Paris, 1841. — TRIQUET, *Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1852, 4^e série, t. XXXIX, p. 116. — DOLBEAU, *Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne*. *Gaz. hebdom.*, Paris, 1858, p. 687. — LOTZBECK, *Zur Combination von Enchondrom und Carcinom*. *Archiv f. path. Anat.*, Berlin, 1858, t. XIV, p. 594. — BILLROTH (F.), *Beobachtungen über Geschw. der Speicheldrüsen*. *Archiv f. path. Anat.*, Berlin, 1859, t. XVII, p. 357. — BROCA (P.), art. ADÉNOME du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1864, 1^{re} série, t. I, p. 718. — BRANLAT, *Histoire des tumeurs parotidiennes*. Thèse de Paris, 1874, n° 276. — PLANTEAU, *Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide*. Thèse de Paris, 1876, n° 128. — DELORME, art. PAROTIDE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* (bibliographie). Paris, 1878, t. XXVI, p. 168. — KAUFMANN (C.), *Das Parotis-Sarcom pathologisch, anatomisch und klinisch bearbeitet*. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1881, Bd. XXVI, Heft 5, p. 675 (bibliogr.). — SNAMENSKY, *Zur Casuistik der Endothelioma und der Sarcoma der Parotis*. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, Leipzig, 1884, t. XIX, p. 218. — MICHAUX, *Cancer de la parotide*. Thèse de Paris, 1884, n° 29. — PÉROCHAUD, *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires*. Thèse de Paris, 1884-1885, n° 167. — RODRIGUEZ, *Contribution à l'étude du sarcome de la parotide (sarcome pur)*. Thèse de Paris, 1889-1890, n° 240.

(1) MONOD (Ch.) et ARTHAUD, *Considérations sur la classification des tumeurs du testicule*. *Revue de chirurgie*, Paris, 1887, t. VII, p. 185.

(2) Les tumeurs des autres glandes ont déjà été décrites (voy. *Tumeurs des lèvres, du palais et du voile*).

I. — KYSTES SALIVAIRES

Les kystes salivaires de la parotide contiennent un liquide clair, ambré, un peu visqueux et filant. Leur paroi est recouverte d'un épithélium cylindrique qui, d'après O. Weber, deviendrait pavimenteux au bout d'un certain temps. On admet généralement que ces kystes sont formés par la dilatation du canal excréteur d'un lobule glandulaire. Ils sont clos de toutes parts (1). Ordinairement le kyste est unique; cependant Lawrence dit en avoir vu quatre chez le même malade.

La tumeur a un volume variable, elle peut atteindre celui d'un petit œuf de poule; elle s'accroît légèrement après la mastication; sa forme est très régulièrement arrondie. Au palper, elle est molle, fluctuante, indolente. On n'y constate pas de transparence. La peau est saine, mobile sur la tumeur, mais celle-ci se confond avec les parties profondes de la région.

La ponction donne un liquide clair et permet d'évacuer le contenu du kyste, mais celui-ci se reforme très rapidement dès que le malade se met à manger.

Ces kystes se développent lentement, graduellement, mettant plusieurs années à atteindre leur volume définitif.

On a eu recours, pour traiter ces kystes, à la ponction suivie d'injection iodée, d'injection d'une solution phéniquée à 1 pour 100, à l'injection de deux gouttes de chlorure de zinc en deliquium. Ces divers procédés ont l'avantage de ne pas laisser de cicatrice.

En tous cas on rejettera l'incision simple, qui peut être suivie d'une fistule salivaire rebelle, à moins qu'on ne puisse la faire par la bouche; et si, en présence de l'insuccès des injections, on a recours au bistouri, ce sera pour

enlever d'emblée la totalité de la tumeur, procédé de guérison radicale qui malheureusement expose à la lésion de filets du facial.

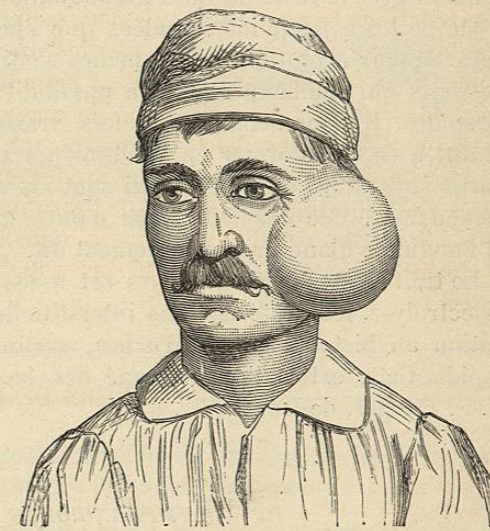


FIG. 76. — Kyste salivaire de la parotide. (Desprès.)

II. — ANGIOMES PAROTIDIENS

Les angiomes glandulaires de la parotide sont encore peu connus. Les anatomo-pathologistes du début de ce siècle, trompés par l'aspect macroscopique

(1) Martinet (Tumeur salivaire consécutive à l'ablation d'une tumeur parotidienne. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1879, p. 116) a bien rapporté un cas de kyste communiquant avec le canal de Sténon. Mais, comme le fit observer Verneuil, il s'agissait là d'un fait tout spécial, sans rapport avec les kystes salivaires ordinaires. La tumeur s'était développée dix jours après l'ablation d'un adénome et était probablement formée par le reflux de la salive du canal de Sténon dans l'ancienne loge néoplasique.