

de la tumeur observée à l'œil nu après affaissement des vaisseaux, les ont décrits à tort sous le nom d'*hypertrophie parotidienne*, et leur erreur s'est perpétuée jusqu'à nos jours ⁽¹⁾.

Nous avons pu en réunir 9 cas ⁽²⁾. Ces angiomes forment en général des tumeurs mal limitées par rapport au tissu parotidien. A l'œil nu, il semble qu'il s'agisse simplement d'une parotide hypertrophiée et vascularisée; mais le microscope montre que les artérioles et les capillaires sont, dans les lobules malades, dilatés au point de tenir autant de place que la substance glandulaire elle-même qui est refoulée et atrophiée. Les capillaires ont de plus perdu leur forme régulièrement arrondie et sont un peu irréguliers dans leurs contours ⁽³⁾. A une période plus avancée, on trouve interposé au tissu glandulaire du tissu caverneux ⁽⁴⁾.

Ces tumeurs se montrent en général peu de temps après la naissance; elles déterminent la formation d'une voussure de la région parotidienne, quelquefois avec teinte bleutée de la peau; au palper elles sont difficiles à bien limiter, molles, dépressibles, pseudo-fluctuantes, en partie réductibles; elles se confondent avec le reste du tissu glandulaire de la parotide.

On ne les a jusqu'ici signalées que chez l'enfant; il est probable que, par suite de leur évolution, ces tumeurs se transforment. Tenon, Duke ont publié des faits qui semblent établir la possibilité de leur transformation en tumeurs cirsoïdes. Il nous semble toutefois vraisemblable qu'elles tendent beaucoup plutôt à se transformer en ces tumeurs cavernieuses que l'on a signalées à la partie supérieure du cou et qui sont en communication large avec le système veineux. L'étude des faits nous montre des intermédiaires entre ces tumeurs et l'angiome glandulaire proprement dit.

Le traitement de ces tumeurs est assez délicat. On commencera par essayer l'électrolyse, les cautérisations interstitielles, n'hésitant pas à recourir à l'extirpation au bistouri en cas d'échec, surtout si la tumeur a un accroissement rapide. Cette extirpation a donné des succès entre les mains d'E. Bœckel, de L.-S. Pilcher, de Duret.

III. — LYMPHANGIOMES DE LA PAROTIDE

Les kystes congénitaux ou lymphangiomes affectent quelquefois des rapports intimes avec la parotide; Lannelongue et Achard en ont résumé d'intéressantes observations dans leur traité des kystes congénitaux ⁽⁵⁾.

Ces kystes, anatomiquement constitués comme partout ailleurs ⁽⁶⁾, forment des cavités très nombreuses et de toutes dimensions. Il s'en trouve dans les interstices des lobules glandulaires qui sont plus ou moins disséqués par les

⁽¹⁾ Voy. DUPLAY (S.), *Traité de pathologie externe*, Paris, 1878, t. V, p. 98.

⁽²⁾ HARTMANN, Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. *Revue de chir.*, Paris, 1889, t. IX, p. 756.

⁽³⁾ Examen de Darier, observ. Hartmann.

⁽⁴⁾ Examen de Charles Jervett, observ. Pilcher (*Annals of the anat. and surg. Society*, Brooklyn, 1879-1880, t. I, p. 111). Cette transformation cavernieuse a été bien signalée par Eug. Bœckel dans son article ÉRECTILE du *Diction. de méd. et de chir. prat.*

⁽⁵⁾ LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886 (passim).

⁽⁶⁾ Voy. des *Lymphangiomes*, t. I, p. 505.

loges du kyste et qui proéminent dans leur intérieur; quelquefois un lobule glandulaire est isolé dans une cloison intermédiaire à deux loges.

Cliniquement, la tumeur, observée dans les premiers mois de la vie, occupe la région parotidienne; la peau, à sa surface, est normale mais amincie, elle glisse au-devant d'elle. La consistance de la tumeur est d'une mollesse fluide;

on reconnaît au toucher qu'elle est composée d'une série de loges pleines de liquide; et elle offre même à la vue un aspect demi-transparent et une coloration bleuâtre en certains points. Elle ne devient fluctuante que lorsqu'elle est tendue par la pression. Elle est d'ailleurs irréductible, bien qu'on puisse, par la pression, augmenter la tension d'une loge aux dépens de celle des autres. Elle est tout à fait indolente. Elle ne proémine pas du côté de la cavité buccale et, à la périphérie, elle se confond avec les tissus voisins dont on peut cependant la séparer en cherchant à la soulever. A son pourtour existent quelquefois des veines dilatées, mais, en somme, la tumeur ne présente aucun caractère des tumeurs érectiles.

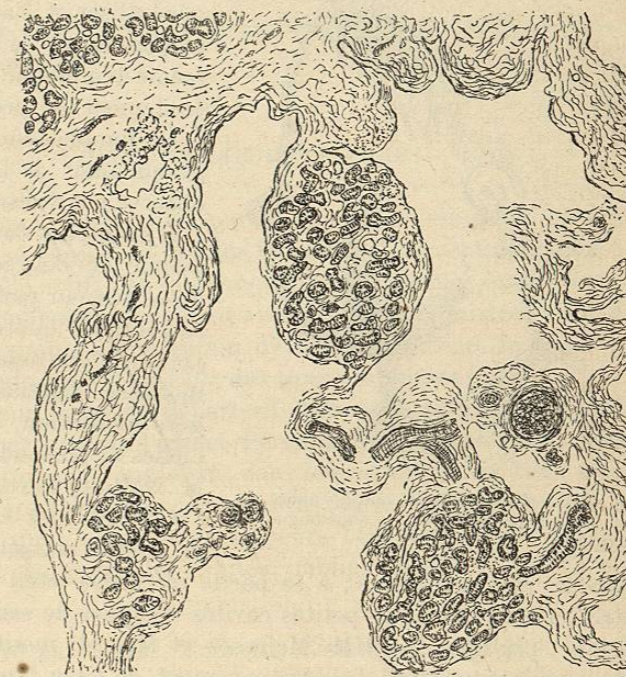


FIG. 77. — Lymphangiome de la parotide. (Lannelongue et Achard.)

On voit sur cette coupe deux grandes cavités kystiques séparées par une cloison qui contient un lobule glandulaire isolé.

Le meilleur traitement est l'extirpation, que l'on fera avec précautions, évitant de léser le nerf facial et le canal de Sténon.

IV. — LYMPHADÉNOMES PAROTIDIENS

On peut observer au niveau de la parotide deux sortes de lymphadénomes: les uns ne présentant rien de spécial, lymphadénomes vulgaires développés aux dépens des ganglions de la région, les autres, extrêmement rares, caractérisés par la formation de tissu lymphoïde s'interposant aux éléments glandulaires ⁽¹⁾.

Les premiers sont constitués quelquefois par des nodosités multiples, souvent par une tumeur de forme régulière, tantôt dure et élastique, tantôt fluctuante;

⁽¹⁾ NOTTA, Tumeur kystique de la parotide. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1880, t. VI, p. 508. — MONOD, Examen histologique. *Ibid.*, p. 559.

généralement indolents, ils peuvent déterminer des douleurs névralgiques, des troubles de la déglutition et de l'audition. Leur développement, d'abord assez lent, devient plus rapide à un moment de leur évolution et fréquemment on les voit se propager aux ganglions voisins de la région sous-maxillaire et carotidienne.

Comme tous les lymphadénomes, ceux de la région parotidienne peuvent se généraliser et s'accompagner de tumeurs analogues de la rate, du foie, etc., en même temps que de leucocythémie. Leur traitement ne présente rien de spécial⁽¹⁾.

Le lymphadénome, non plus des ganglions mais de la parotide même, a été observé par Notta⁽²⁾.

Il s'agissait, dans son observation, d'une femme de cinquante et un ans porteuse d'une tumeur parotidienne, dont le début remontait à quatre ans. Cette tumeur, du volume d'une demi-orange, était indolente, mollasse, fluctuante, unie, à part une légère lobulation, sans adhérences superficielles ni profondes. Croyant à un lipome, M. Notta fit l'extirpation de la tumeur.

Celle-ci était constituée par une série de kystes, remplis de sang noir, indépendants les uns des autres ; à sa partie inférieure était une masse amorphe grisâtre, creusée de deux petites cavités remplies de sang noir. L'examen histologique, pratiqué par MM. Malassez et Monod, montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée par le développement de tissu lymphoïde qui s'interposait entre les éléments glandulaires. L'aspect kystique et caverneux, que la tumeur présentait à l'œil nu et qui pouvait, au premier abord, en imposer pour un angiome, était dû à la dilatation des canaux excréteurs de la glande.

En présence de ce seul cas, nous ne pouvons tracer l'histoire du lymphadénome glandulaire de la parotide.

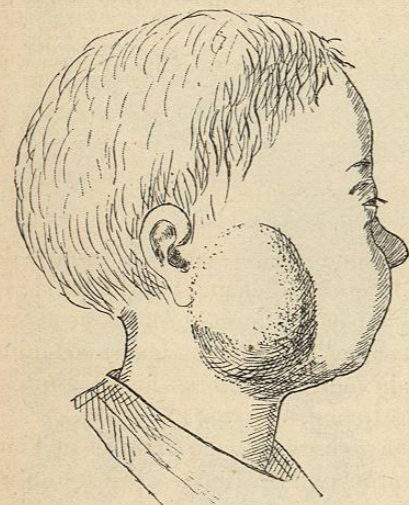


FIG. 78. — Kyste séreux multiloculaire de la région parotidienne. (Lannelongue et Achard.)

V. — LIPOMES DE LA PAROTIDE

Les lipomes, développés dans la loge de la glande, se présentent soit à l'état de graisse infiltrée, soit à l'état de tumeurs bien limitées.

L'infiltration de la graisse entre les acini glandulaires n'a été observée que par Walzberg⁽³⁾, dans un cas de lipome sous-aponévrotique se confondant par sa partie profonde avec le tissu glandulaire de la parotide.

Les tumeurs graisseuses bien limitées peuvent siéger, soit immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne, soit, au contraire, au-dessous de la glande qu'elles soulèvent.

⁽¹⁾ Voy. *Traitement des lymphadénomes*, t. I, p. 447.

⁽²⁾ *Loco citato*.

⁽³⁾ WALZBERG, *Intrakapsuläres Lipom der Parotis. Speichelfistel. Heilung. Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1881, p. 270.

Cliniquement, quel que soit leur siège anatomique exact, ces tumeurs sont caractérisées par les signes habituels des lipomes (tumeur arrondie, quelquefois lobulée, pseudo-fluctuante, sans adhérence, à développement lent, indolente, etc.)⁽¹⁾. Chose curieuse, les lipomes profonds, soulevant la glande, ont quelquefois été pris pour des lipomes sous-cutanés; dans un cas de Demarquay, la tumeur en réalité profonde semblait, lors de l'examen, rouler sous la peau⁽²⁾.

Le traitement consiste dans l'extirpation au bistouri, toujours facile lorsqu'il ne s'agit pas d'un lipome infiltré.

VI. — TUMEURS CONNECTIVES PURES

Sous le nom de tumeurs connectives pures, nous réunissons un groupe de tumeurs dérivées du tissu conjonctif et dans lesquelles l'élément épithélial de la glande ne joue aucun rôle actif. Ces tumeurs, à part les lipomes que nous avons déjà étudiés⁽³⁾, se confondent cliniquement avec les tumeurs mixtes; aussi nous bornerons-nous à une simple énumération de leurs caractères histologiques, renvoyant pour leur étude clinique à celle des tumeurs mixtes⁽⁴⁾.

Elles peuvent avoir leur point de départ en dehors de la glande et ne l'envahir que secondairement, comme l'admet Pérochaud⁽⁵⁾. Ranvier fait toutefois observer que certaines tumeurs, englobant dans leur intérieur du tissu glandulaire normal, doivent être regardées comme nées dans l'intérieur même de la glande. Toujours est-il qu'il s'agit là de tumeurs beaucoup moins fréquentes que ne le laisseraient supposer les traités publiés jusqu'en ces dernières années.

1° Le *fibrome*, observé par Bruns, Vanzetti, Emmert, Bardeleben, Ranvier, est rare. Il constitue des tumeurs dures, résistantes, rosées ou blanchâtres, pouvant présenter à la coupe une teinte nacréée.

2° Le *myxome*, décrit par Ch. Monod, Planteau, d'Épine et S. Duplay, est encore plus rare; il forme des tumeurs molles, d'aspect gélatineux, ayant des allures relativement bénignes⁽⁶⁾.

3° Le *sarcome*, longuement étudié dans nos auteurs classiques, est relativement rare. Buß (de Munich)⁽⁷⁾ dit cependant que sur 14 tumeurs de la parotide on trouve 10 sarcomes. Mais il est probable qu'il a pris pour des sarcomes des tumeurs mixtes ayant subi une poussée dans leur évolution. Leur existence est toutefois indéniable. Dans la thèse de Rodriguez⁽⁸⁾, nous trouvons 14 observations avec examen histologique précis : dans 5 cas, il s'agissait de sarcomes globo-cellulaires, dans 4 cas de sarcomes à cellules fusiformes, dans 1 de sar-

⁽¹⁾ HAMILTON, *Adipose tumors. Dublin quarterly Journal*, 1865, t. XXXV, p. 468.

⁽²⁾ DEMARQUAY, *Lipome sous-parotidien. Bulletin de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1875, 5^e série, t. II, p. 12.

⁽³⁾ Voy. plus haut, p. 292.

⁽⁴⁾ Voy. plus loin, p. 294.

⁽⁵⁾ *Loco citato*, p. 64.

⁽⁶⁾ MINELLE, *Contribution à l'étude des myxomes de la parotide. Thèse de Paris*, 1895-1896.

⁽⁷⁾ BUß, *Ein Beitrag zur Kenntniss der Parotistumoren. München*, 1885.

⁽⁸⁾ LUIS RODRIGUEZ, *Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. Thèse de Paris*, 1889, n° 240.

come fuso- et globo-cellulaire à la fois; dans 4 de sarcomes fascicules associés à de la matière mélanique. Dans ces derniers, la matière mélanique était assez abondante pour masquer par places les éléments sarcomateux. La gravité de cette dernière forme est plus grande que celle des autres variétés de sarcome. Tandis qu'en général le sarcome se présente à l'état de tumeur limitée, évoluant lentement sans engorgement ganglionnaire, le sarcome mélanique envahit fréquemment la totalité de la glande et se propage aux ganglions.

4° Le *chondrome* pur est aussi très rare, bien que la présence du tissu cartilagineux dans les tumeurs mixtes soit assez fréquente pour qu'on les ait pendant longtemps désignées sous le nom impropre de chondromes.

VII. — TUMEURS MIXTES

Nous avons déjà étudié leur anatomie pathologique et leur étiologie (1).

Symptômes. — Le début de ces tumeurs est ordinairement très obscur. C'est par hasard, en se regardant devant une glace ou en portant la main sur l'oreille que le malade constate l'existence d'une petite tumeur arrondie, mobile, indolente à la pression.

Cette tumeur siège soit au-devant de l'apophyse mastoïde, sous le lobule de l'oreille (*corps cartilagineux sous-auriculaires* de Cruveilhier), soit au niveau et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, soit au niveau de la racine de l'arcade zygomatique, au-devant du conduit auditif externe, soit au centre de la glande. Elle s'accroît peu à peu ou subit, au contraire, une poussée à l'occasion d'un léger traumatisme, mais elle conserve une forme arrondie, légèrement bosselée; quelquefois on sent de petits grains à sa surface. Sa consistance varie ordinairement; ferme partout, elle peut être dure en certains points, molle en d'autres, et même fluctuante dans quelques cas. La tumeur présente alors un aspect vésiculeux avec une demi-transparence, sur-

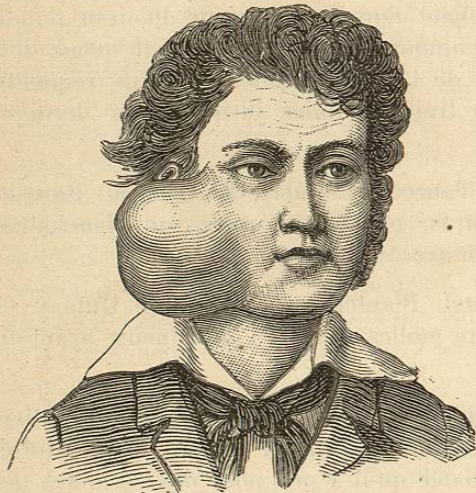


FIG. 79. — Tumeur mixte de la parotide à la première période, évolution lente (enchondrome des auteurs)

tout appréciable dans la région mastoïdienne, là où, comme le fait observer Dolbeau, la tumeur, soutenue par l'apophyse mastoïde, repousse la peau et l'étend à sa surface. Des bosselures peuvent se développer séparément, s'isoler de la masse générale à laquelle elles ne tiennent plus que par un pédicule filiforme, disposition qui, à un examen superficiel, pourrait faire croire à la présence de ganglions lymphatiques.

La peau est saine, mobile sur la tumeur; celle-ci est elle-même mobile, tout au moins dans une certaine mesure, sur les parties profondes; elle n'a pas

(1) Voy. plus haut, p. 285.

d'adhérences avec le squelette de la face. Gosselin a même observé sous une de ces tumeurs une véritable bourse séreuse (1), et Nélaton a signalé un bruit de frottement qui se produit parfois lorsque l'on fait ouvrir et fermer la bouche en même temps qu'on appuie la tumeur contre la branche montante du maxillaire. Rarement, toutefois, on trouve une ligne de démarcation nette à la tumeur; elle semble se prolonger dans l'excavation rétro-maxillaire. Si elle va loin dans la profondeur, elle acquiert une certaine fixité et peut faire saillie du côté du pharynx, d'où la nécessité d'explorer avec soin cette cavité. Dans certains cas même, comme chez des malades de Périer (2), de Mixter (3), la tumeur peut faire exclusivement saillie du côté du pharynx et de la bouche.

Ces tumeurs restent en général limitées à la région parotidienne et n'envahissent guère les régions voisines. Il est exceptionnel qu'elles s'avancent vers le cou ou sur la joue jusqu'à la commissure labiale (4). Lorsqu'elles occupent la région mastoïdienne, elles ne refoulent pas franchement le lobule de l'oreille, mais dédoublent la peau qui le constitue et s'en font une enveloppe. En un mot, et à part quelques exceptions, leur accroissement se fait de dedans en dehors bien plus que dans les autres sens; la joue, en particulier, est le plus souvent respectée (5).

Ces tumeurs peuvent devenir énormes; elles ont alors une forme générale conique, à sommet tourné vers la peau, faisant une saillie de 4, 6 et même 8 centimètres. La peau distendue revêt un aspect lisse, luisant, violacé; elle présente des varicosités capillaires par gêne de la circulation. Puis elle s'amincit et s'ulcère par distension; l'ulcération a des bords festonnés et décollés, sous lesquels on peut insinuer l'extrémité d'un stylet; elle s'accroît peu à peu, donne lieu à des hémorragies et est le siège d'un écoulement purulent ou séro-purulent d'odeur infecte.

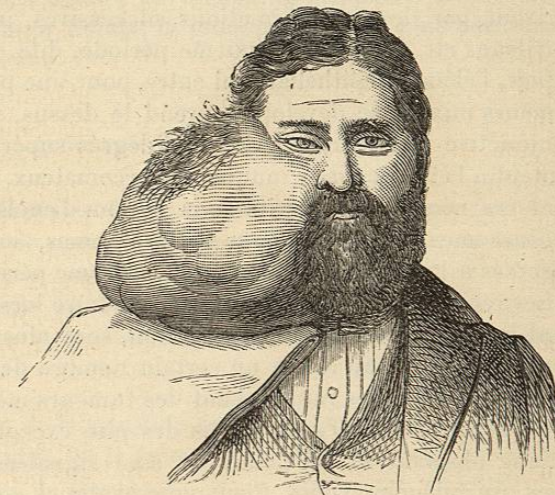


FIG. 80. — Tumeur mixte de la parotide à la deuxième période, évolution rapide, semi-maligne (sarcome, Fergusson).

Les troubles fonctionnels sont nuls au début, la tumeur se développant sans envahir les parties voisines mais en les refoulant excentriquement. Ils peuvent apparaître lorsque la tumeur a acquis un certain

(1) GOSSELIN, Tumeurs de la région parotidienne. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 5 oct. 1855, t. VI, p. 195.

(2) PÉRIER (Ch.), Chondrome parotidien développé du côté du pharynx et extirpé par la bouche. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1886, nouv. série, t. XII, p. 564.

(3) MIXTER (S. J.), Tumours of the parotid appearing in familial region. *Boston med. and surg. Journal*, 6 février 1896, p. 157.

(4) Le fait a cependant été observé par A. Guérin, qui a vu la tumeur s'avancer jusqu'à la commissure labiale.

(5) *Compendium de chirurgie pratique*. Paris, 1852-1861, t. III, p. 792.