

volume; en général, ils se montrent au moment où l'évolution de lente devient rapide. C'est alors qu'on peut voir les mouvements de la mastication gênés, l'ouïe affaiblie par compression du conduit auditif, le nerf facial paralysé; en même temps surviennent des douleurs vives qui empêchent le repos des malades, mais ce sont là des accidents assez rares manquant même dans le plus grand nombre des cas. La sécrétion de la salive parotidienne est peu influencée par ces tumeurs; Triquet aurait cependant observé dans un cas une véritable sécheresse de la bouche du côté correspondant. On n'observerait jamais l'engorgement des ganglions cervicaux, si l'on en croit Pérochaud (1).

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les tumeurs qui nous occupent peuvent rester stationnaires pendant un temps indéterminé, s'accroître lentement et progressivement, ou présenter tout à coup, après des années d'immobilité, un accroissement subit et considérable (2).

Aussi Dolbeau avait-il décrit à ces tumeurs deux périodes: une première où la tumeur restait ce qu'elle était primitivement; une deuxième où des transformations spéciales venaient modifier les caractères normaux de la production accidentelle. Cette distinction clinique concorde parfaitement avec les données actuelles de l'histologie. Celle-ci nous montre que, dans la première période dite de crudité, à *évolution lente*, les néoformations d'origine conjonctive arrivent, par des transformations successives, jusqu'au tissu fibreux, jusqu'au cartilage, etc.; dans la deuxième période, dite de ramollissement, à *évolution rapide*, l'élément épithélial, qui entre, pour une part, dans la constitution de ces tumeurs mixtes, se développe, prend le dessus, si bien que les tissus d'origine conjonctive n'arrivent plus à leurs degrés supérieurs d'organisation et se présentent à l'état de tissu muqueux, sarcomateux, etc. Aussi voit-on le plus souvent ces néoplasmes décrits sous le nom d'enchondromes, d'adéno-fibromes et de sarcomes, myxosarcomes, cystosarcomes, suivant que le chirurgien les a observés à leur première ou à leur deuxième période.

Les récidives, rares et lentes à se produire lorsque le malade a été opéré pendant la première période de l'affection, sont plus fréquentes et plus rapides à la deuxième. Planteau relate un certain nombre de cas où les récidives revêtirent un type clinique les rapprochant des tumeurs malignes.

La généralisation est toutefois des plus exceptionnelles, nous n'avons trouvé qu'une observation de Chiari où sont signalées des métastases pulmonaires dans un adéno-myxome. Ceci nous explique ce fait, que des malades opérés trois et quatre fois ont fini par guérir complètement.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup évidemment suivant l'âge auquel est arrivée la tumeur. Il doit toujours être réservé, ces tumeurs pouvant causer une difformité hideuse et revêtir un certain degré de malignité locale, tout au moins lorsqu'elles ont atteint leur deuxième période.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'extirpation de la tumeur. On doit la conseiller alors même que la tumeur est petite et stationnaire, la clinique nous montrant que ces tumeurs peuvent d'un moment à l'autre prendre

(1) *Loco citato*, p. 90.

(2) Chez un malade de P. Broca, la tumeur n'avait, en trente-cinq ans, acquis que le volume d'un œuf de pigeon; en quelques mois, elle atteignit un volume énorme, 16 centimètres dans le sens vertical, 14 dans le sens transversal. (PLANTEAU, *loco citato*, p. 65.)

une marche plus rapide. On est d'autant plus en droit de conseiller l'intervention que l'opération à la première période est des plus simples et des plus inoffensives. Plus tard, on ne se laissera pas arrêter par le volume de la tumeur, *pourvu qu'elle présente quelque mobilité et qu'elle soit circonscrite* (1). Les vaisseaux et le nerf facial, bien qu'ayant quelquefois des rapports intimes avec le néoplasme, sont le plus souvent simplement refoulés; presque toujours, il est possible, avec un peu d'habileté, d'éviter leur lésion d'autant plus facilement que la tumeur est ordinairement encapsulée et qu'il suffit de rester à son contact dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe.

Cette extirpation sera faite totale et avec le bistouri. Après avoir découvert la face superficielle et libéré les bords de la tumeur, on doit attaquer la partie moyenne qui s'enfonce dans le creux parotidien de bas en haut. En agissant ainsi, on est sûr, si on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, de ne lier qu'une fois chacun d'eux, puisqu'on les ouvre dans leur partie la plus inférieure et l'on aperçoit mieux les parties sur lesquelles doit porter l'instrument. Il faut, à mesure qu'on pénètre dans le creux parotidien, disséquer avec les doigts ou un instrument mousse, l'extrémité d'une paire de ciseaux mousses fermés, une sonde cannelée. Rarement on est obligé de placer une ligature au fond de la plaie d'énucléation.

On n'a vu que rarement des fistules parotidiennes s'établir à la suite de ces interventions, et, lorsqu'il y a eu fistule, la guérison en a, le plus souvent, été facilement et rapidement obtenue.

VIII. — TUMEURS ÉPITHÉLIALES

Les tumeurs purement épithéliales de la parotide sont encore peu connues, et si l'on voit publiées çà et là de nombreuses observations de tumeurs malignes de la parotide, on n'en trouve que peu où l'examen histologique ait établi nettement la nature épithéliale de l'affection. Le plus souvent, il ne s'agit que de tumeurs mixtes dans lesquelles l'élément épithélial a pris un grand développement.

Étiologie. — L'épithélioma de la parotide peut être *secondaire* à des tumeurs du pharynx (Rindfleisch, Berger), de la face ou des joues (Bérard, Triquet), de la conjonctive (Lannelongue, de Bordeaux), à un cancer du maxillaire inférieur, etc., soit qu'il y ait propagation directe du néoplasme à la parotide, soit qu'il y ait dégénérescence des ganglions parotidiens.

Les causes du carcinome *primitif* sont encore peu connues.

L'encéphaloïde paraît se développer à 41 ans en moyenne, le squirrhe à un âge plus avancé, 60, 70, 71 ans, si l'on s'en rapporte aux faits réunis par Michaux dans sa thèse (2). C'est surtout chez l'homme qu'on a rencontré le cancer de la parotide. L'hérédité se rencontre dans quelques cas. Enfin l'existence de lésions inflammatoires antérieures locales aurait son importance (Michaux).

Anatomie pathologique. — On décrit au niveau de la parotide l'épithélioma tubulé, l'épithélioma pavimenteux, le carcinome encéphaloïde et le squirrhe.

(1) Bauchet a enlevé avec succès, chez une femme de soixante-sept ans, une tumeur pesant 5 kilogrammes, Demarquay une de 1500 grammes, etc.

(2) MICHAUX, *Cancer de la parotide*. Thèse de Paris, 1884, n° 29.

1° L'*épithélioma tubulé*, décrit par O. Weber et Billroth sous le nom de *carcinome glandulaire*, forme le plus souvent des tumeurs blanc jaunâtre, mal limitées, peu vasculaires, friables, granuleuses à la coupe, d'où la pression fait sourdre de petits cylindres analogues à du vermicelle cuit. Au microscope la tumeur est constituée par des cylindres épithéliaux ramifiés dans tous les sens et anastomosés, au milieu d'un stroma fibreux, par places embryonnaire (1).

2° L'*épithélioma pavimenteux* débute soit par la glande, soit par les ganglions; il est alors secondaire à un épithélioma des régions voisines. Ses caractères sont ceux de l'épithélioma pavimenteux en général, quelquefois il présente l'aspect de l'épithélioma perlé.

M. S. Duplay pense que ces deux formes d'épithélioma peuvent, dans quelques cas, avoir leur origine dans les glandes sudoripares de la région.

3° Le *squ Coast* est une tumeur dure, fibreuse, quelquefois ligneuse, d'un blanc grisâtre à la coupe, formant une masse plus ou moins rétractée, généralement mal limitée, qui envoie des prolongements très denses entre les lobules glandulaires, et qui adhère fortement aux parties voisines. A la périphérie on trouve des lobules glandulaires encore sains et des îlots graisseux séparés par des rayons de ce tissu blanchâtre et dur. Les muscles voisins (temporal, masséter, partie supérieure du sterno-mastoïdien) sont envahis par des traînées néoplasiques blanchâtres, constituant des travées parallèles à la direction des fibres du muscle. Quant à la glande, elle était réduite, dans une observation de Michaux, à une plaque dure de 1/2 centimètre d'épaisseur. Les vaisseaux, les veines en particulier (jugulaires, interne et externe), sont envahis. Les ganglions sont nombreux, petits et durs; ils constituent une chaîne s'étendant jusqu'aux ganglions sus-claviculaires, eux-mêmes durs et rétractés (Michaux).

Histologiquement, on constate les caractères habituels du squ Coast.

4° L'*encéphaloïde* est également mal limité, sans enveloppe; assez homogène avant son ramollissement, il présente bientôt des bosselures dépressibles, formant au centre une véritable bouillie rougeâtre. Les parties voisines (muscles, nerfs, os, etc.) sont envahies et détruites, les ganglions dégénérés, les veines pénétrées par des bourgeons cancéreux, etc. Le cancer pulsatile y a été observé par Gosselin.

Histologiquement, on trouve de vastes alvéoles remplies des cellules irrégulières habituelles du carcinome.

Symptômes. — Nous ne dirons rien des symptômes des épithéliomas pavimenteux ou des cylindromas; ils n'ont guère été différenciés jusqu'ici de ceux des tumeurs mixtes, dans lesquelles, du reste, on doit, croyons-nous, faire rentrer un certain nombre d'entre eux.

Le carcinome débute par une petite tumeur dure, qui augmente rapidement de volume, contracte des adhérences avec les parties voisines et revêt un aspect différent suivant la forme à laquelle il répond.

Dans le *squ Coast*, la tumeur est dure, bosselée, inégale, adhérente partout, et surtout à la peau, se prolongeant peu en haut, s'étendant, au contraire, davantage vers la joue, dans la parotide accessoire, et surtout vers l'oreille, détermi-

(1) Un certain nombre, nous serions tenté de dire la presque totalité, des observations publiées sous le nom d'*épithélioma tubulé* doivent certainement être rangées parmi les tumeurs mixtes.

nant, comme l'indique Michaux, un recroquevillement du pavillon vers la région mastoïdienne et vers le cou. Les ganglions du cou s'engorgent; petits, durs, quelquefois reliés à la tumeur par des cordons indurés, ils forment une chaîne jusque dans le creux sus-claviculaire.

Ces symptômes varient un peu suivant le type de la tumeur à laquelle on a affaire. Dans le *squ Coast atrophique*, le caractère dominant est une rétraction, un ratatinement plus ou moins rapide, portant d'abord sur la glande, envahissant ensuite les parties voisines et y creusant des rigoles qui vont diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la glande. — Dans le *squ Coast en plaque ou diffus*, les téguments sont durs, épaissis, rugueux. La masse indurée, plus ou moins inégale, étendant en tous sens ses prolongements rameux mal délimités, se propage surtout vers la partie supérieure du cou et la région mastoïdienne, formant ainsi un collier de fer, une véritable minerve qui étreint les tissus, empêche tout mouvement et détermine un torticolis fort remarquable (Michaux).

L'*encéphaloïde*, au contraire, forme une tumeur qui crève, au bout de peu de temps, l'aponévrose parotidienne, se développe sous la peau, la repousse et l'amincit, lui donnant un aspect luisant et poli. Bientôt une bosselure plus saillante prend une teinte rouge ou violacée; enfin la peau s'ulcère et de cette ulcération bourgeonnante s'écoule constamment un liquide sanieux et fétide. L'engorgement ganglionnaire, déjà volumineux, augmente considérablement au moment de l'ulcération, et se confond souvent avec la tumeur parotidienne. L'ulcération est souvent le siège d'hémorragies en nappe jusqu'au jour où, ayant atteint un vaisseau important, elle devient le point de départ d'une hémorragie foudroyante ou tout au moins rapidement mortelle.

Dans toutes ces variétés de carcinomes, les *symptômes fonctionnels* sont très marqués.

La paralysie faciale, précoce dans le squ Coast, est plus tardive dans l'encéphaloïde; elle est souvent incomplète et peut ne porter que sur les muscles innervés par la branche cervico-faciale (buccinateur et orbiculaire des lèvres)(1). Les douleurs sont fréquentes; elles s'irradient dans la partie inférieure de la face, la région mastoïdienne, la nuque et surtout le cou. Elles sont vives et précoces dans l'encéphaloïde; dans le squ Coast, au contraire, elles sont tardives et peuvent se réduire à quelques picotements. Lors de carcinome ulcéré, le conduit auditif est fréquemment le siège d'un écoulement muco-purulent, l'effacement de ce conduit est suivi de troubles de l'ouïe caractérisés par des bruits anormaux ou une diminution dans l'acuité de ce sens(2). Lorsque la tumeur atteint un certain volume ou une certaine étendue, elle détermine une gêne de la mastication, de la parole, et même de la difficulté dans la déglutition ou la respiration.

Dans le squ Coast diffus, cette gêne porte surtout sur le maxillaire inférieur, immobilisé par l'induration et la rétraction de la peau, par l'enclavement et la fixité de la tumeur dans l'échancrure parotidienne. L'encéphaloïde, par ses prolongements du côté du pharynx, par l'engorgement ganglionnaire cervical qui l'accompagne, cause des troubles de la déglutition et même de la respiration.

Enfin il existe, dans certaines formes de squ Coast, une sorte de torticolis qui

(1) DUPLAY (S.), *Progrès médical*, Paris, juin 1877.

(2) DUPLAY (S.), *loco citato*.

a été signalé par Michaux et qui rappelle l'immobilisation de la poitrine dans le cancer du sein en cuirasse.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Dans le squirrhe, la marche est régulière et lente, surtout dans la forme atrophique; au contraire, dans l'encéphaloïde, l'évolution, beaucoup plus rapide, se fait par poussées. Aussi la durée n'est-elle que d'un à deux ans, au plus, dans l'encéphaloïde, alors que, dans le squirrhe, on voit l'affection se prolonger jusqu'au delà de cinq ans.

La cachexie est de même plus tardive dans le squirrhe que dans l'encéphaloïde, où l'état général semble atteint dès le début du mal; cet état s'aggrave encore par l'ulcération, et la mort survient, soit par hecticité consécutive à des hémorragies répétées, à un écoulement sanieux et fétide, à la putréfaction des bourgeons cancéreux qui infectent l'économie, soit par suite d'une hémorragie foudroyante, très rarement par des phénomènes cérébraux liés à la compression ou à l'envahissement des vaisseaux par les produits néoplasiques.

Pronostic. — Le pronostic se déduit de l'étude clinique que nous venons de faire. La mort est la terminaison constante de l'affection, et il n'y a, entre ces diverses formes, qu'une différence dans la durée: six mois pour les encéphaloïdes à marche rapide; six ans pour les squirrhes à évolution lente.

Les récidives post-opératoires se font surtout sur place; on a cependant observé la généralisation à l'estomac, au foie, aux poumons, partout, comme en témoignent une série de faits réunis par Bérard et une observation de Trélat, relatée dans la thèse de Michaux.

Traitement. — La règle actuellement acceptée en France, dans le traitement du carcinome parotidien avéré, est l'abstention chirurgicale, que Michaux pose en principe. Cette abstention systématique est peut-être exagérée, la gravité de l'opération ne devant pas arrêter, si l'on a l'espoir d'enlever tout le mal. Il ne faut pas, du reste, se laisser intimider par la situation anatomique de la tumeur, ni par le danger de blesser un grand nombre de vaisseaux. L'extirpation totale de la parotide est possible, disait déjà Malgaigne en 1858⁽¹⁾, opinion corroborée par Koenig, qui écrit aujourd'hui que « tout chirurgien qui a vu ou pratiqué une seule fois l'ablation totale de la parotide, est obligé d'en admettre la possibilité »⁽²⁾.

La lecture des observations nous montre, du reste, que les décès sont dus à la pyémie, à l'érysipèle, complications que l'on peut éviter aujourd'hui. La contre-indication à l'opération ne réside donc nullement dans sa gravité, mais dans l'impossibilité où l'on est le plus souvent de la faire complète. C'est donc à étudier avec soin les limites de la tumeur du côté du pharynx, à préciser l'étendue de l'engorgement ganglionnaire, à rechercher l'envahissement du maxillaire et de l'articulation de la mâchoire que devra s'attacher le chirurgien. L'extension aux parties superficielles, au sterno-mastoïdien en particulier, a beaucoup moins d'importance, le bistouri pouvant toujours en avoir raison. Malheureusement, même ainsi étendue, l'intervention opératoire ne pourra s'exercer que dans un nombre de cas très limités; et, le plus souvent, le chirurgien devra s'en tenir à

⁽¹⁾ MALGAIGNE, Rapport sur un cas d'extirpation complète de la parotide, pratiquée par le docteur G. Michelena. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 26 oct. 1858, t. XXIV, p. 60.

⁽²⁾ KOENIG, *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, trad. J.-R. Comte. Paris, 1888, t. I, p. 570.

l'emploi des palliatifs, en particulier aux injections de morphine, qu'on ne craindra pas de répéter pour calmer, à tout prix, les douleurs souvent atroces des malheureux atteints de carcinomes parotidiens.

B. — TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES DU PLANCHER BUCCAL

Les tumeurs des glandes salivaires du plancher buccal sont, à part les kystes (*grenouillettes*), beaucoup moins fréquentes et beaucoup moins étudiées que celles de la parotide. L'épithélioma de la glande sublinguale n'étant encore guère distingué de l'épithélioma du plancher buccal⁽¹⁾, nous ne reviendrons pas sur son étude. Nous nous bornerons donc à décrire ici les kystes salivaires ou grenouillettes et les tumeurs solides de la glande sous-maxillaire.

1° GRENOUILLETES

Les grenouillettes sont des tumeurs d'origine salivaire, liquides et enkystées, siégeant au niveau du plancher buccal.

MUNNICH, *Praxeos chirurg.*, lib. X, cap. xxvi. De tum., p. 41. — LOUIS, Sur les tumeurs salivaires des glandes maxillaires et sublinguales. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, Paris, 1757, t. III, p. 460. — PETIT (J.-L.), Ranule ou grenouillette. *Œuvres posthumes*. Paris, 1774, t. I, p. 126. — BRESCHET, Considérations sur la tumeur nommée communément ranule ou grenouillette, etc. *Journal univ. des sc. méd.*, Paris, 1817, t. VIII, p. 296. — DUPUYTREN, Grenouillette ou ranule. *Leçons orales de clin. chir.*, Paris, 1855, t. III, p. 295. — JOBERT DE LAMBALLE, Grenouillette, etc. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1851, p. 401. — CLAUDE BERNARD, *Leçons de phys. expér.* Paris, 1855, t. II, p. 87. — ROBIN (CH.), Note sur la structure des membranes des kystes sublinguaux appelés grenouillettes. *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol.*, Paris, 1857, 2^e sér., t. IV, p. 207. — DEMONS, *Des kystes du plancher de la bouche confondus sous le nom de grenouillette*. Thèse de Paris, 1868, n° 257 (bibliogr.). — BRYK, Klinische Bemerkungen über die Ranula. *Esterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, Vienne, 1875, n° 10 et suiv. — TILLAUX (P.), Sur la pathologie de la grenouillette aiguë. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1874, 5^e série, t. III, p. 519. — CADIOT (E.), *Étude sur la grenouillette sus-hyoïdienne*. Thèse de Paris, 1879, n° 510. — VON RECKLINGHAUSEN, Ueber die Ranula, die Cyste der Bartholin'schen Drüse und die Flimmercyste der Leber. *Arch. f. Path., Anat. u. Phys.*, Berlin, 1881, t. LXXXIV, p. 425. — DELENS, De la grenouillette sus-hyoïdienne. *Revue de chir.*, Paris, 1881, t. I, p. 209 et 285 (bibl.). — DIEU, Cas de grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1881, nouv. série, t. V, p. 456; discussion, p. 475, 498, 518. — BAZY, Anatomie pathologique de la grenouillette. *Progrès médical*, Paris, 1885, p. 755. — SONNENBURG (E.), Sitz und Behandlung der Ranula. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXIX, p. 627. — CHAUVEL, art. GRENOUILLETTE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1884, 4^e série, t. X, p. 628 (bibl.). — OVERBECK, Zur Behandlung der Ranula. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1884, t. XXX, p. 452. — CHABERT (J.), *Des grenouillettes*. Thèse de Montpellier, 1884, n° 55. — BREDÀ (A.), Contribuzione alla pathologia delle giandole intramuscolari linguali. *Riv. clin. de terap.*, Napoli, 1884, t. VI, p. 270-275, trad. *France méd.*, Paris, 1884, t. II, p. 1299-1504. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1884, t. II, p. 246. — ACHARD et LANNELONGUE (O.), *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886, p. 417 (bibliogr.). — AUTHENAC (L.), *Des grenouillettes ou kystes muqueux du vestibule de la bouche*. Thèse de Montpellier, 1886-1887. — SUZANNE, Recherches anatomiques sur le plancher buccal avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublinguale. *Arch. de physiol.*, Paris, 1887, 5^e série, t. X, p. 141 et 165, et Thèse de Bordeaux, 1886-1887. — GUINARD, Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Wharton. *Gaz. hebdom.*, Paris, 1888, p. 9 (bibl.). — FÖDERL (OSKAR), Ueber einen Fall von congenitaler Ranula glandulae Nuhni. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 550. — BOYER, *Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne*. Thèse de Lyon, 1895-1896.

⁽¹⁾ Voy. plus haut, p. 257.