

Tumeurs de la parotide

§ 171. — Les nouveaux travaux sur les tumeurs de la parotide, et particulièrement ceux de BILLROTH et de KAUFMANN (Langenbeck's Archiv., vol. 26, p. 673) concordent si bien avec ma propre expérience de ces dernières années, que je suis obligé de modifier mon ancienne manière de voir, en me basant surtout sur les publications du second de ces auteurs.

La grande majorité des tumeurs de la parotide dont le chirurgien peut avoir à poser le diagnostic et à instituer le traitement, appartiennent à la série des néoplasmes du tissu conjonctif, et l'on peut, avec certaines réserves, les considérer comme des **sarcomes** de cette glande. D'après la statistique de BILLROTH, ces derniers forment à peu près les 3/4 de toutes les tumeurs des glandes salivaires. Quant au dernier quart il consiste en majeure partie en carcinomes.

Le **sarcome de la parotide**, que nous voulons étudier ici en premier lieu, se distingue dans toutes ses formes par le fait qu'il est entouré d'une capsule, qu'il s'accroît très lentement, et que lorsqu'on l'opère, il se comporte comme une tumeur tout à fait bénigne. Les chiffres sont encore trop faibles pour que l'on puisse en tirer des conclusions sur l'âge de prédilection du développement de ces néoplasmes. J'ai, pour ma part, l'impression que dans la majorité des cas le sarcome de la parotide apparaît entre dix-huit et vingt ans. KAUFMANN, se basant sur des chiffres peu élevés, a trouvé que la plus grande fréquence est de 20 à 30 ans (plus d'un tiers de tous les cas); puis viendrait la période de 40 à 20 ans avec 1/5 des cas. La tumeur en question peut du reste se montrer à tous les âges, et il n'est même pas très rare de l'observer dans la première année de l'existence. D'autre part j'ai opéré un homme de 68 ans d'un enchondrosarcome de la parotide.

Je distingue avec KAUFMANN :

1. Le **sarcome pur de la parotide**. Il est encapsulé comme tous les sarcomes de la parotide, et il offre des dimensions variables; rarement son volume dépasse celui d'un œuf de poule. La tumeur est le plus souvent arrondie, à surface lisse. A l'examen microscopique on reconnaît qu'il s'agit tantôt d'un sarcome à cellules fusiformes, tantôt d'un sarcome à petites cellules. On a décrit également toutes les autres formes possibles, comme l'angiosarcome, le sarcome à structure alvéolaire, le cylindre.

2. Le **fibrosarcome**. Cette forme constitue aussi des tumeurs arrondies, rarement un peu bosselées, pouvant atteindre le volume du poing; elles sont dures, mais quelquefois aussi formées d'un mélange de parties dures et d'autres molles. A la coupe elles sont blanchâtres, parfois d'un blanc jaunâtre ou rougeâtre, et elles présentent ordinairement un

aspect nettement fibrillaire. Entre les faisceaux de fibres on voit parfois des ilots de cellules faisant saillie à la surface sous la forme de petites granulations. Lorsque des masses considérables de cellules s'accumulent en certains points, la tumeur prend un aspect lobulé. Au point de vue histologique on rencontre à côté du tissu du fibrome les éléments du sarcome, tantôt sous la forme de petites cellules, tantôt sous celle de cellules fusiformes.

Cette tumeur est également pourvue d'une capsule; elle ne récidive pas après l'opération et ne donne pas lieu à des métastases. Son accroissement est extrêmement lent.

3. Le **myxosarcome**. On a vu des tumeurs de ce genre atteindre le volume d'une tête d'enfant. La tumeur arrondie, encapsulée, se distingue en général par sa consistance molle. Sa coloration à la coupe est d'un blanc éclatant avec des points jaunâtres ou rougeâtres. Le plus souvent elle a un aspect tout à fait homogène.

Au point de vue histologique il s'agit d'une substance fondamentale finement granuleuse avec de nombreuses cellules fusiformes et étoilées s'anastomosant entre elles. Quant au tissu sarcomateux il est représenté par des cellules rondes et d'autres fusiformes.

4. Le **chondrosarcome**. Le plus souvent il s'agit de tumeurs de volume très variable, bosselées et entourées d'une capsule. Les petites bosselures sont très dures tandis que les grandes sont un peu molles. Dans la règle, suivant la description de KAUFMANN, la capsule envoie dans l'intérieur du néoplasme des cloisons, d'où partent des faisceaux fibreux diversement anastomosés. Les mailles de ce tissu sont remplies d'un tissu homogène d'un jaune rougeâtre ou blanchâtre, de sorte que la tumeur paraît souvent lobulée. Le cartilage se présente sous forme d'ilots bien limités pouvant atteindre le volume d'un pois.

Au point de vue histologique il est à remarquer que le tissu sarcomateux offre presque toujours une disposition plexiforme dans les points de transition vers le tissu cartilagineux, myxomateux ou fibreux. KAUFMANN fait, en outre, observer que le tissu conjonctif est parfois le siège d'une tuméfaction vitreuse qui donne aux préparations l'aspect du cartilage.

L'existence d'enchondromes purs de la parotide n'est point encore prouvée. Le cartilage se présente dans la tumeur sous toutes les formes imaginables.

§ 172. — Les formes de tumeurs encapsulées décrites jusqu'ici se combinent de manières très diverses. Mais je partage l'opinion de BILLROTH et de KAUFMANN qui admettent que les combinaisons de ces néoplasmes avec la substance glandulaire sont pour le moins très rares. Le plus souvent, en effet, le diagnostic de cette forme de tumeur complexe repose sur une erreur qui consiste à prendre pour des adénomes les sarcomes plexiformes et alvéolaires.

S'il existe une tumeur dont le développement paraisse devoir être ramené à l'existence d'un germe congénital, c'est bien l'enchondrome. On a, en effet, l'impression que la tumeur a en quelque sorte pénétré dans la glande à la manière d'un corps étranger. En outre, dans la plupart des cas, le néoplasme a évidemment débuté de très bonne heure. Suivant COHNHEIM les germes qui donnent naissance aux enchondromes de la région parotidienne, consistent dans des particules restées intactes des segments cartilagineux des arcs branchiaux. Cette hypothèse nous paraît plus vraisemblable que celles qui font provenir la tumeur du tissu conjonctif de la glande ou des aponévroses.

Nous avons déjà, dans cet exposé des tumeurs de la parotide, mentionné certains phénomènes qui les caractérisent. Le plus souvent il s'agit de tumeurs arrondies, dont le volume varie depuis celui d'une noix jusqu'aux dimensions d'une tête d'enfant. Leur surface est assez lisse; seuls les chondrosarcomes font exception sous ce rapport, et présentent une surface inégale, bosselée. Leur consistance est variable, le plus souvent dure; ce n'est que par exception, surtout dans les myxosarcomes, que l'on constate des points mous dans la masse de la tumeur. Elles sont situées tantôt à la face antérieure de la glande, tantôt en arrière, et se développent alors sous l'oreille et l'angle de la mâchoire, c'est-à-dire dans la loge parotidienne. Elles sont mobiles dans la glande, indolentes spontanément et à la pression. Dans certains cas exceptionnels seulement la tumeur contracte des adhérences avec la peau; c'est ce qui arrive lorsque les caractères du néoplasme se modifient, et que ce dernier resté dur jusque-là, donne naissance à un sarcome mou. Leur accroissement se fait avec une extrême lenteur. KAUFMANN a trouvé qu'en moyenne l'opération était pratiquée 8 ans après le début constaté de la tumeur. Mais dans quelques cas l'accroissement se fait tout à coup avec plus de rapidité, parfois à la suite d'un trauma, et j'ai déjà fait remarquer plus haut qu'il survient alors assez souvent un changement dans les caractères du néoplasme. D'après ce qui précède il est déjà évident que les tumeurs en question ont un bon pronostic. Cette bénignité se vérifie aussi en ce qui concerne les métastases qui sont rares et se produisent alors le plus souvent dans les poumons. La récurrence locale survient dans un tiers environ des cas. La mort peut être due aux métastases; par exception elle est la conséquence de l'envahissement du cerveau par la tumeur à travers le rocher.

L'extirpation des sarcomes de la parotide doit être en tout cas pratiquée de bonne heure. Si l'on observe cette règle, l'opération n'offre que peu de dangers: la seule préoccupation du chirurgien est de détacher la tumeur sans blesser le nerf facial. En effet, il serait très regrettable qu'à la suite de l'extirpation d'une petite tumeur qui aurait pu être conservée probablement longtemps sans inconvénient, l'opéré eût à souffrir des troubles graves résultant de la section de la septième paire.

Il existe, du reste, aussi des sarcomes diffus de la parotide à marche extraordinairement rapide. Leur pronostic est des plus mauvais. BILLROTH a donné la description d'un cas de ce genre.

On observe enfin quelquefois des fibromes simples.

Tumeurs provenant de la substance glandulaire

§ 173. — Dans les livres on continue par routine à décrire l'*hypertrophie* de la parotide comme une forme particulière de tumeur. Sur ce point nos connaissances histologiques sont à peu près nulles. Il existe des cas d'hypertrophie du tissu conjonctif adipeux qui sépare les lobules de la glande, dont le volume est ainsi augmenté. Mais la plupart des soi-disant hypertrophies ayant débuté dans les premières années de la vie, étaient en relation causale avec une dilatation des vaisseaux, et déjà TÉNON considérait cette dernière comme la cause de l'augmentation de volume de la glande. En dehors de ces formes on ne connaît pas d'hyperplasie proprement dite ou adénome, car les parties glandulaires de nouvelle formation présentent le plus souvent d'autres caractères que le tissu normal de la parotide, et il s'agit sans doute alors d'un carcinome. Nous ferons remarquer ici que, dans le sarcome et l'enchondrome, on peut observer une formation nouvelle de tubes glandulaires. D'un autre côté nous devons nous rappeler ces tuméfactions et indurations inflammatoires qui persistent à la suite des parotidites, et qui, peut-être, nous expliquent une partie de ces prétendues hypertrophies. Après le sarcome c'est le **carcinome** qui est la tumeur la plus fréquente de la parotide.

Le plus souvent il s'agit de carcinomes riches en cellules. Quelques lobules de la glande augmentent de volume; peu à peu le néoplasme envahit un nombre de plus en plus grand de lobules, et s'étend dans toutes les directions. Les acini glandulaires envoient dans les tissus voisins des prolongements de cellules cylindriques. Ces tumeurs ont un stroma habituellement peu développé, mais, par contre, elles sont richement vascularisées et présentent une consistance molle et une *structure acineuse*. C'est ce qui constitue le **carcinome médullaire** ou **encéphaloïde**. La **forme tubulée** a son point de départ plutôt dans les conduits salivaires. Ces derniers envoient des tubes allongés, recouverts d'un épithélium cylindrique, lesquels bourgeonnent dans toutes les directions et pénètrent dans le tissu glandulaire et dans les organes voisins de la glande.

Les *saillies et dépressions* que l'on observe dans l'intérieur des conduits, sont dues à la prolifération du tissu conjonctif sous forme d'excroissances papillaires. O. WEBER fait remarquer à ce propos l'analogie de ces tumeurs avec les néoplasmes du sein décrits sous le nom de cystosarcome phylloïde.

Dans les extrémités des tubuli, on trouve assez souvent des perles épithéliales. La présence de ces dernières ne doit pas nous faire conclure à un carci-