

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-

nome de la peau ayant envahi secondairement la parotide. On voit quelquefois, il est vrai, un carcinome des lèvres, de la langue, etc. pénétrer dans la glande sous-linguale ou sous-maxillaire; les bourgeons épithéliaux entourent d'abord les alvéoles de la glande et sont faciles à distinguer de ces dernières; plus tard, ils se confondent complètement avec le tissu glandulaire.

Le squirrhe a été aussi observé par O. WEBER dans la parotide. Cette tumeur offre une analogie complète avec le squirrhe de la glande mammaire.

Les formes de tumeurs épithéliales que nous venons de décrire ne sont pas toujours pures; le tissu conjonctif y prend quelquefois une part importante; tous les néoplasmes que nous avons énumérés plus haut, l'enchondrome, le myxome, le sarcome, etc., peuvent se rencontrer mélangés avec le carcinome.

Le carcinome de la parotide est un néoplasme de l'âge avancé. Une tumeur irrégulière, survenant après la 40^e année, doit en général être considérée comme un carcinome. Une pareille tumeur peut s'accroître lentement, et la parotide particulièrement présente des conditions favorables à un accroissement lent, aussi longtemps que l'aponévrose n'est pas envahie par le néoplasme. Ce fait a sans doute contribué à faire admettre une « hypertrophie de la glande » qui surviendrait à un âge avancé. Trop souvent on aura l'occasion de revoir les malades affectés de cette soi-disant hypertrophie, alors que le néoplasme a déjà perforé l'aponévrose, envahi la peau, et, peut-être, infiltré les ganglions lymphatiques, ne laissant ainsi plus aucun doute sur sa nature carcinomateuse.

A côté de ces formes lentes, qui n'envahissent la peau que tardivement, on observe des *carcinomes mous à marche très rapide*, et qui perforent de bonne heure l'aponévrose. Ils s'étendent en arrière, envahissent la jugulaire, la carotide interne et le vague, et peuvent finalement se faire jour dans le pharynx. Mais auparavant le néoplasme a ordinairement envahi et ulcéré la peau; souvent alors il se fait, au niveau de l'ulcération, une forte prolifération de tissu conjonctif sous forme de masses fongueuses, de bourgeons qui s'accroissent à leur tour; le processus est le même que celui que nous avons dit se produire à l'intérieur des canalicules glandulaires dans la forme tubulée du carcinome.

Le pronostic est très mauvais dans ces formes de carcinome médullaire à marche rapide. On ne peut espérer une guérison de quelque durée que par l'*extirpation complète de la glande* à une époque peu avancée de la maladie.

§ 174. — Les **kystes** de la parotide ne sont pas rares dans les tumeurs que nous venons de décrire; ils naissent à la suite de l'oblitération des canalicules de la glande par le néoplasme. D'autre part les processus inflammatoires peuvent aussi obstruer un conduit, et produire une dilatation kystique des parties qui se trouvent en arrière du point oblitéré. Ces kystes étant situés dans l'intérieur de la glande, sont d'un

diagnostic difficile. Leur contenu est le plus souvent séreux, et rarement ils atteignent de grandes dimensions. En outre on observe aussi des kystes à contenu athéromateux; j'ai vu un kyste de cette nature, du volume d'un œuf de poule, mobile sous la peau et situé sur la face antérieure de la parotide.

Souvent le diagnostic de ces kystes exige l'emploi du trocart explorateur. On devrait toujours tenter leur guérison à l'aide d'injections iodées. Ce traitement peut, sans aucun doute, guérir les kystes séreux, et même aussi les kystes athéromateux après évacuation complète du contenu, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans le cas rapporté plus haut. On pourra toujours avoir recours ultérieurement à l'extirpation du kyste, si l'injection iodée n'est pas couronnée de succès.

§ 175. — De cette description des différentes formes de tumeurs de la parotide, il résulte évidemment qu'au point de vue du **diagnostic et du traitement**, il importe de séparer les tumeurs qui restent circonscrites, de celles qui envahissent la glande d'une manière diffuse. Il va sans dire que cette distinction n'est pas tellement tranchée que nous puissions affirmer que telle ou telle tumeur restera toujours circonscrite; mais c'est une distinction basée sur le fait d'expérience que *certaines formes de tumeurs offrent la particularité de rester plus ou moins longtemps à l'état d'isolement*.

Parmi ces tumeurs nous devons mentionner avant tout les sarcomes de la parotide, puis aussi les kystes. Pour le *diagnostic de ces tumeurs isolées, développées le plus souvent dans la portion faciale de la parotide*, on devra se rappeler que des néoplasmes, nés dans le voisinage de cette glande, peuvent présenter des caractères tout à fait analogues. Nous devons surtout prendre en considération les **tumeurs des ganglions lymphatiques**. Il n'est pas rare d'observer des lymphomes hyperplasiques ayant pour point de départ les ganglions situés sur l'aponévrose parotidienne; leur développement rapide et leur mobilité les feront aisément reconnaître. Par contre il est absolument impossible de faire le diagnostic différentiel entre une tumeur ganglionnaire située dans l'intérieur de la parotide et une tumeur circonscrite de cette glande avec intégrité de l'aponévrose.

Le conduit auditif externe devra être pris également en considération, car il peut donner naissance à des enchondromes qui s'accroissent dans la direction de la parotide (LAUNAY). Enfin on devra songer au lipome de la région parotidienne.

La difficulté est encore bien plus grande, lorsqu'il s'agit de diagnostiquer la **forme particulière du néoplasme**. Une tumeur lobée, dure, développée dans les vingt premières années, sera probablement un enchondrome; si elle a une surface plus régulière, on pensera à un fibrome. Les formes molles peuvent être des myxomes ou des kystes et, dans cette seconde alternative seulement, une ponction exploratrice permettra de faire le diagnostic.