

nous occuperons seulement des kystes ou dilatations qui siègent dans la glande parotide elle-même.

Les kystes salivaires de la parotide sont des tumeurs arrondies, très-régulières, fluctuantes, et qui diffèrent des kystes séreux sous-cutanés en ce qu'ils sont situés plus profondément, sous l'aponévrose, qu'ils sont peu mobiles sur les parties profondes, peu transparents et subissent des variations de volume au moment de la mastication. Després (1) a eu l'occasion d'observer un de ces kystes, pendant son internat chez le professeur Nélaton (fig. 41).

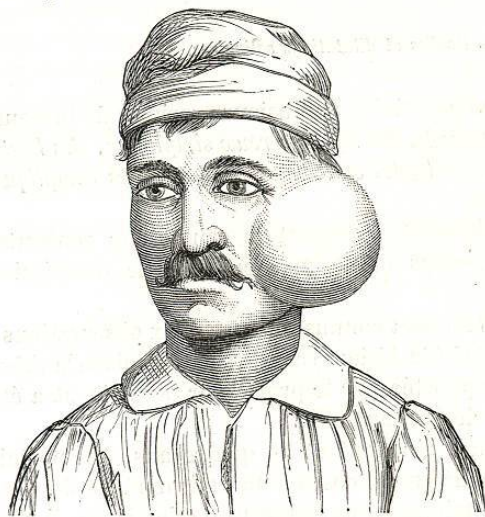


FIG. 41. — Kyste salivaire de la parotide (Després).

Mais l'exemple le plus remarquable de kyste salivaire de la parotide a été publié par le docteur Bouchard (2). Une jeune fille de dix ans avait vu apparaître, il y a un an, et se développer graduellement, sans gêne et sans douleur, une tumeur dans la région parotidienne du côté droit.

Cette tumeur, du volume d'un petit œuf et de forme arrondie, était molle, fluctuante, ne glissait pas au-dessus des parties sous-jacentes. La peau qui la recouvrait était rouge, excoriée et adhérente à cause des onguents irritants dont on l'avait recouverte antérieurement. Une ponction avec le trocart capillaire donna issue à un liquide clair, un peu jaunâtre et légèrement visqueux. Mais, quelques heures après, la malade s'étant mise à manger, la tumeur reprit son volume. Le liquide qui sortit par une nouvelle ponction avait les caractères de la salive, car il transformait l'amidon en glycose.

Le seul traitement convenable consiste à ouvrir le kyste par la bouche et à établir une fistule par la cavité buccale. Lorsque le kyste enflammé a suppuré, il revient sur lui-même, et la fistule se ferme seule, ou on l'oblitére par les procédés usités en pareil cas. La malade de Bouchard guérit facilement de son kyste et de la fistule qu'il avait pratiquée dans la cavité buccale.

Les kystes salivaires sont quelquefois multiples. Paget (3) rapporte

(1) *Traité du diagnostic des tumeurs*, p. 239.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 44.

(3) *Lectures on Surg. path.*, t. II, p. 37.

que Lawrence enleva une collection de quatre kystes volumineux de la glande parotide chez un homme âgé de trente-huit ans : celui-ci s'était aperçu de leur présence seulement sept ans auparavant. Trois de ces kystes contenaient un liquide séreux, un autre renfermait du pus.

On trouve quelquefois dans la parotide des cavités moins bien limitée que les kystes véritables, et constituées par des dilatations ou des poches salivaires contenant des calculs ou des concrétions. Morgagni (1) rencontra à l'autopsie, dans la parotide d'une vieille femme, des fragments d'une dureté osseuse. Plater (2) observa une tumeur enkystée de la parotide qui s'ouvrit d'elle-même; il s'en écoula une humeur épaisse et visqueuse. En enlevant une mèche de charpie qu'il avait introduite dans la plaie, il en vit sortir des concrétions de la grosseur de grains de millet et un véritable sable salivaire. Il put ainsi retirer de cette poche environ trente petits calculs; plus tard la plaie se ferma d'elle-même et la malade guérit.

Demarquay (3) a eu l'occasion de voir une sorte de dilatation généralisée des canalicules et des acini de la parotide. Un tailleur, âgé de quarante ans, qui avait l'habitude de fumer beaucoup, avait éprouvé sept ou huit fois en trois ans les accidents suivants : une tuméfaction survenait sans cause connue dans la région parotidienne; il y éprouvait en même temps une douleur vive qui augmentait pendant qu'il mangeait et diminuait ensuite. Après huit jours de durée, ces accidents disparaissaient. Au moment où Demarquay l'observa, les deux régions parotidiennes étaient tuméfiées, la droite plus que la gauche. Cette tuméfaction, bien limitée au niveau du rebord du maxillaire inférieur, était en quelque sorte étalée dans les autres points de la région et se terminait insensiblement. Si l'on exerçait une compression, on produisait une crépitation fine, rappelant celle de l'emphysème. Les deux conduits de Sténon étaient dilatés au point d'admettre dans leur intérieur un stylet de trousse. En pressant sur la région parotidienne on faisait sourdre de la salive contenant des bulles d'air et du pus. Si l'on engageait le malade à souffler en fermant la bouche et en pinçant le nez, les deux régions parotidiennes se distendaient par l'air. La soudaineté des accidents, leur siège et leur aspect, permettent de rapprocher ce fait de la grenouillette sublinguale : on pourrait désigner cet état sous le nom de *grenouillette parotidienne*.

d. Les kystes sanguins sont dus à des hémorragies qui surviennent dans d'anciens kystes salivaires ou dans des dilatations kystiques déterminées par des néoformations. Cependant Paget (4) rapporte deux cas de kystes sanguins primitifs de la parotide, opérés par Stanley en 1848.

(1) Lettre XI, § 15.

(2) Cité par Bérard. *Thèse citée*.

(3) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1856, p. 181.

(4) Paget, *loc. cit.*, p. 49.

Ils s'étaient développés lentement, formaient de petites tumeurs régulières et arrondies et contenaient du sang, des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

e. Les *kystes compliqués* produits par des néoformations ont rarement une forme bien arrondie et bien délimitée : ils peuvent contenir un liquide visqueux, analogue à de la salive, un liquide très-limpide, du mucus, du sang et des putrilages organiques. Ils se produisent par le ramollissement des lobes de l'enchondrome, ou par la dilatation des canalicules ou des acini dans le cystosarcome.

B. Lipomes.

On peut observer quatre variétés de lipomes dans la région parotidienne : 1° le *lipome sous-cutané* ; 2° le *lipome de la boule graisseuse* de Bichat ; 3° le *lipome sous-parotidien* ; 4° le *lipome intra-parotidien*.

1° Le *lipome sous-cutané* ne diffère pas ici de celui des autres régions et le diagnostic en est facile.

2° Le *lipome de la boule graisseuse* de Bichat est dû au développement excessif de cette masse graisseuse. En se développant il soulève et repousse en arrière la parotide, dont il se recouvre en partie ; on l'a parfois confondu avec une tumeur de cette glande (von Bruns, Virchow).

3° Le *lipome sous-parotidien* a été observé par Demarquay (1) chez un homme de cinquante ans, qui portait depuis très-longtemps une tumeur volumineuse molle et fluctuante et donnant la sensation d'un lipome superficiel. Au moment de l'extirper on reconnut qu'elle était recouverte par la glande parotide saine. Elle avait le volume d'un œuf de poule et envoyait un prolongement sous la branche montante du maxillaire. L'examen anatomique a démontré qu'il s'agissait d'un véritable lipome enkysté par une membrane cellulo-fibreuse.

4° *Lipome intra-parotidien*. — On en possède deux exemples : l'un est dû à Hamilton, l'autre au professeur Richet. Dans le cas de Hamilton (2), la tumeur remplissait toute la région parotidienne, depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire, et causait une difformité considérable. La peau était lisse, tendue à sa surface ; mais elle était absolument saine. Cette tumeur était unie à sa surface, sans trace de lobules ou de bosselures ; elle était très-saillante à sa partie moyenne, mal limitée. Sa consistance était élastique avec sensation de fausse fluctuation : elle n'était pas très-adhérente aux parties profondes. En enlevant cette tumeur on reconnut qu'elle était située immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne tendue et amincie : c'était une masse graisseuse parfaitement enkystée et ne différant en rien des véritables lipomes.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, 3^e série, t. II, p. 12.

(2) *The Dublin quarterly med. Journ.*, 1863.

La tumeur enlevée par Richet (1), du volume d'une mandarine, très-saillante et débordant le lobule de l'oreille qu'elle avait rejeté en arrière, unie à sa surface, sans bosselures, très-molle, mais élastique, s'était développée sans douleur en cinq ans chez un homme de quarante-deux ans. Elle était si mal limitée qu'au moment de l'opération il fut impossible de savoir si l'on restait en deçà ou si l'on allait au delà de la production morbide. C'était une masse d'un blanc jaunâtre, granuleuse, presque semblable à du mastic de vitrier, qui occupait la cavité des acini glandulaires. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des acini, dont les cellules devenues vésiculeuses remplissaient la cavité. C'était moins un lipome qu'une tumeur analogue aux tumeurs butyreuses du sein signalées par Velpeau, ou aux dégénérescences graisseuses des lobules du pancréas qu'on a récemment décrites.

C. Adénopathies.

Berard, Velpeau et d'autres chirurgiens accordaient une place beaucoup trop large aux altérations pathologiques des ganglions dans l'histoire des tumeurs parotidiennes. S'il est faux, en effet, que la plupart de ces tumeurs aient leur point de départ dans les ganglions lymphatiques de la région, il n'en est pas moins vrai que les adénopathies existent réellement et que, dans un grand nombre de cas, il est fort difficile de reconnaître cliniquement la véritable nature de la tumeur. Cette difficulté, qui résulte du siège profond de plusieurs ganglions plus ou moins complètement entourés par le tissu même de la glande salivaire, explique l'erreur de nos devanciers.

a. Les *adénites chroniques* de la région parotidienne paraissent extrêmement rares, pour ce qui concerne du moins les adénites profondes, les seules qui puissent offrir certaines difficultés de diagnostic.

Cependant on trouve dans le mémoire de Triquet (2) un cas d'adénite tuberculeuse très-intéressant. Un homme de quarante-deux ans souffrait de violents maux de dents, de névralgies de la région parotidienne et de la tempe. Bientôt la région parotidienne devint le siège d'un gonflement assez apparent qui persista pendant deux ans. Il augmenta rapidement jusqu'à former une tumeur de la grosseur d'un œuf, qui faisait saillie à la fois à la joue et dans la bouche où elle repoussait vers la ligne médiane le côté correspondant du voile du palais. La tumeur enlevée par Denonvilliers, était formée d'un tissu dur, résistant sous le doigt, et, quand on la fendit, on reconnut qu'elle était composée d'une matière granuleuse d'un jaune pâle, semblable à du mastic de vitrier un peu desséché et s'écrasant facilement sous le doigt. Lebert et Robin,

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, 2^e série, t. II, p. 489.

(2) *Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la région parotidienne* (*Archives gén. de méd.*, 4^e série, t. XXIX, p. 161).

qui en firent l'examen, reconnurent que c'était une tumeur ganglionnaire de nature tuberculeuse.

b. Lymphadénome et lymphosarcome. — Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement deux cas de lymphadénome des ganglions de la région parotidienne, dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine. Les deux malades étaient deux femmes de trente à quarante ans. Chez l'une d'elles nous avons pu assister au développement de la tumeur. Celle-ci, située en avant du tragus, du volume d'une noisette, assez dure, peu mobile, donnait lieu à des accès névralgiques très-douloureux. Elle ressemblait à s'y méprendre à un ganglion lymphatique enflammé chroniquement. On enleva à la malade deux dents cariées du même côté. Mais peu à peu la tumeur augmenta de volume; elle devint grosse comme un œuf de pigeon, la peau rougit légèrement et devint adhérente. Un point fluctuant se manifesta; nous ouvrimus l'abcès; il sortit quelques gouttelettes de pus. La plaie ne se ferma pas et l'on vit se développer et saillir au fond deux ou trois gros lobules rosés. L'un d'eux fut enlevé avec les ciseaux et examiné au microscope: c'était du tissu adénoïde pur. La tumeur continua à grossir, et quelques mois après la malade mourait. A l'autopsie, on trouva la région et la glande elle-même envahies par un tissu d'aspect encéphaloïde: il fut constaté au microscope que c'était un lymphadénome.

La seconde malade, au moment où elle entra dans mon service, portait une tumeur du volume du poing, mobile sur les parties profondes, lisse et légèrement lobulée. Cette tumeur avait débuté il y a quatre ans par une sorte de petite glande du volume d'une noisette, roulant sous la peau. Elle avait grossi d'une manière continue. La malade éprouvait de violentes douleurs de tête. Depuis un an, elle avait des écoulements par l'oreille; elle souffrait de bourdonnements, et l'ouïe était un peu affaiblie. Nous procédâmes à l'extirpation de la tumeur. La dissection en fut assez facile, mais le nerf facial compris dans la masse morbide dut être sectionné. La malade mourut quelques jours après d'un érysipèle. A l'autopsie, nous trouvâmes toute la chaîne des ganglions carotidiens et en partie ceux du médiastin dégénérés. L'examen histologique nous apprit que la tumeur parotidienne et les ganglions altérés étaient constitués par du tissu adénoïde.

On conçoit combien le diagnostic clinique de ces tumeurs est difficile. C'est au microscope seul qu'il appartient d'établir la nature de ces tumeurs. Il est impossible de les distinguer du sarcome au début.

D. Hypertrophie simple ou adénome vrai.

Sous la dénomination confuse de tumeurs hypertrophiques de la parotide, Bauchet (1) comprend presque toutes les tumeurs de la

(1) *Tumeurs hypertrophiques de la parotide* (Mém. de la Soc. de chirurgie, t. V, p. 289).

glande, puisqu'il distingue des hypertrophies glandulaires, fibreuses, cartilagineuses, épithéliales, etc. On doit restreindre aujourd'hui la signification d'hypertrophie à l'augmentation de volume et de nombre des éléments glandulaires, sans changement dans leur structure fondamentale.

L'adénome vrai n'est qu'une hypertrophie localisée d'un ou plusieurs lobules. Nous ne saurions admettre sous ce titre des tumeurs qui s'accompagnent d'hyperplasie du tissu interstitiel, et qui ont une marche analogue à celle du sarcome. Si en effet ces tumeurs récidivent, c'est une masse sarcomateuse pure qu'on observe; la production de kystes et les dilatations des canaux glandulaires n'y sont que des accidents de la néoformation. Les progrès de l'histologie ne permettent donc plus de ranger parmi les adénomes toutes les tumeurs que le professeur Broca a décrites sous cette dénomination dans son remarquable traité des tumeurs.

Nous connaissons trois cas d'hypertrophie simple, d'hypertrophie totale de la parotide chez des enfants. Le premier cas est dû au docteur Duke (1). Chez un enfant de neuf mois, cette glande avait atteint un volume considérable; elle s'étendait depuis une ligne tirée de l'angle externe de l'orbite jusqu'aux deux tiers de la partie supérieure du cou. Elle dépassait l'apophyse mastoïde en arrière et occupait en avant les deux tiers de la face. L'enfant mourut de convulsions, et, en examinant la tumeur, on vit que son tissu était en tout semblable à celui de la parotide.

Les deux autres cas sont rapportés dans la thèse de Berard: l'un est dû à Tenon, l'autre à Denonvilliers. Le premier enfant était âgé d'un an, le second de trois mois.

Les adénomes vrais sont composés par des culs-de-sac disposés les uns à côté des autres, séparés par une faible quantité de tissu fibreux; les culs-de-sac, limités par une membrane bien nette, présentent à leur intérieur un épithélium nucléaire très-régulier.

Les adénomes vrais de la parotide, comme ceux de la mamelle, sont excessivement rares. Presque toutes les tumeurs désignées sous ce nom dans les auteurs sont des cystosarcomes ou des sarcomes glandulaires que nous décrirons plus loin. Une tumeur enlevée par Robert, étudiée et bien décrite par Lebert dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, nous semble pouvoir être admise comme un véritable adénome.

Dans le mémoire de Bauchet, on pourrait peut-être trouver encore deux cas d'adénome vrai de la parotide.

Ces tumeurs diffèrent des sarcomes glandulaires de la parotide, en ce qu'elles sont composées de lobules très-petits, mous, creusés de cavités régulières, ou de très-petits kystes; elles se confondent avec le tissu de la glande dont elles présentent la consistance presque normale.

(1) *British and Foreign Med. Chir. Review*, avril 1842.

E. Enchondrome.

J. Muller qui, le premier, en 1836, jeta une vive lumière sur l'histoire des chondromes en général, ne mentionne pas les tumeurs cartilagineuses de la parotide.

La thèse de Berard (1841) contient, il est vrai, un certain nombre d'observations où il est fait mention de tumeurs dures et cartilagineuses, mais elles sont décrites sous le nom général de cancers de la parotide.

En 1853, Paget (1) exposa en quelques pages la structure des chondromes de la parotide et signala le premier ce fait important que ce sont souvent des tumeurs composées de plusieurs tissus différents. Cruveilhier, en 1856, donna une excellente description anatomique d'une variété de ces tumeurs, les *enchondromes peri-auriculaires*.

Mais c'est le professeur Dolbeau qui, le premier, a présenté le tableau clinique des enchondromes de la parotide, d'après 17 cas publiés en 1858 dans la *Gazette hebdomadaire*. Depuis, Virchow, Robin, Ranvier et Cornil ont mieux fait connaître la structure et le développement de ces tumeurs, et surtout de la variété que nous étudierons plus loin sous le nom d'*enchondromes mixtes* de la parotide.

DOLBEAU, *Des tumeurs cartilagineuses de la parotide* (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 107 et suiv.). — FERREIRA ALVINA, *Des enchondromes de la parotide*. Thèse de Paris, 1866. — MASSÉ, *Enchondromes de la région parotidienne*. Thèse de Paris, 1868.

ÉTIOLOGIE. — Les enchondromes de la parotide apparaissent quelquefois dans les premières années de la vie, mais se développent surtout dans l'âge moyen; quand on les observe chez les vieillards, ils existaient déjà depuis dix, vingt ou trente ans sous forme de petits noyaux durs et mobiles. Ils semblent plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Le traumatisme paraît jouer un certain rôle dans leur apparition et agir au moins comme cause déterminante. Les inflammations de la parotide qui laissent des noyaux d'induration chronique prédisposent à cette forme de dégénérescence. Friedeberg (2) raconte qu'un jeune garçon de seize ans reçut un coup de poing sur la joue. Une inflammation survint et dura quinze jours. Elle laissa un noyau d'induration, et, neuf ans plus tard, une petite tumeur s'était formée. Il l'extirpa et reconnut un enchondrome de la grosseur d'une prune.

Les adénites chroniques de la région semblent, dans plusieurs observations, avoir été le point de départ d'un enchondrome. Plusieurs patholo-

(1) *Lectures on Surg. Path.*, t. II, p. 202.

(2) *Chirurg. Klinick*, juin 1855, t. I, p. 247.

gistes ont même voulu placer dans les ganglions le siège primitif des enchondromes de la région parotidienne. Un enfant de six ans, à la suite de poussées successives d'otite externe folliculaire, avait eu un engorgement chronique du ganglion sous-auriculaire. Un an après que l'otite avait cessé, le ganglion avait acquis le volume d'une noisette. On l'extirpa, et on reconnut un ganglion lymphatique réduit à une coque servant d'enveloppe à une masse cartilagineuse renfermant un tout petit kyste (Dolbeau).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est indispensable, au point de vue de leur nature, de leur pathogénie et même de leurs caractères cliniques, de diviser les tumeurs cartilagineuses de la parotide en deux grandes classes : 1° les *enchondromes purs*, où presque toute la masse est cartilagineuse; 2° les *enchondromes mixtes*, où la tumeur est composée en partie de cartilage, en partie d'un autre tissu. Nous ne comprenons pas dans cette classe les tumeurs qui présentent par hasard un ou deux noyaux cartilagineux de petit volume; car, dans ce cas, la présence des cellules cartilagineuses n'est qu'un accident de la masse morbide.

I. *Enchondromes purs*. — Ils se présentent parfois sous la forme d'une masse unique, arrondie ou ovale, lisse à sa surface, hyaline. Le plus souvent c'est une tumeur hémisphérique, de la grosseur d'un œuf de poule; à sa surface se voient des bosselures du volume d'un grain de millet, d'un petit pois ou d'une noisette, limitées par des tractus fibreux. Quelquefois un des lobes est surmonté de petites éminences et comme verruqueux. Une membrane d'enveloppe conjonctive sépare la masse morbide des parties voisines.

A la coupe, le tissu crie sous le scalpel et présente souvent une résistance considérable; c'est ce caractère qui a fait ranger d'abord ces tumeurs parmi les squirrhes. Sur la surface de section, elles présentent une teinte hyaline d'un blanc bleuâtre.

A l'examen histologique, les enchondromes de la parotide peuvent appartenir à deux types bien distincts.

Tantôt on trouve des capsules arrondies, contenant une ou plusieurs cellules, au sein d'une substance fondamentale amorphe et hyaline, qui est chimiquement de la chondrine (*cartilage fœtal*); tantôt on rencontre, outre les capsules renfermant une seule cellule, des capsules mères renfermant plusieurs cellules secondaires qui, dans beaucoup de points, se sont ramifiées (*enchondromes à cellules ramifiées*).

Dolbeau a distingué dans le développement des chondromes deux périodes : *a*, la *période de crudité*; *b*, la *période de ramollissement*. La première est celle que nous venons de décrire. Dans la seconde, la tumeur a subi certaines modifications : des kystes, des épanchements sanguins se sont développés dans son intérieur; parfois même une partie de sa surface s'est ossifiée et a subi la dégénérescence calcaire. La formation de kystes au sein de ces tumeurs est due à ce que les éléments cellulaires subissent la métamorphose graisseuse, tandis que la substance

intercellulaire devient fibrillaire ou striée et finit par se convertir en un liquide filant, visqueux, semblable à de la synovie.

Une importante question se présente au point de vue de la pathogénie des enchondromes de la parotide. Ces tumeurs se développent-elles au sein de la glande ou en dehors d'elle? Est-ce le tissu glandulaire qui en est l'origine ou le tissu conjonctif interstitiel?

Cruveilhier, Velpeau et Gosselin pensaient que les ganglions lymphatiques de la région étaient le siège anatomique de l'enchondrome; Paget trouvait dans ces tumeurs des imitations de glandes conglomerées. D'après Dolbeau, les chondromes superficiels ont leur siège dans les ganglions, mais il en est d'autres qui se développent au sein de la glande, et dans ce cas il y a d'abord hypertrophie des cloisons fibreuses qui segmentent la parotide, puis développement des éléments cartilagineux, en sorte que la tumeur serait successivement fibreuse, fibro-cartilagineuse et enfin cartilagineuse. Les recherches de Virchow, et plus tard celles de Cornil et Ranvier, sont venues confirmer cette théorie du chirurgien français. En effet, d'après Virchow, il se forme d'abord dans le point de la glande qui va être le siège de la production de cartilage, un tissu de *granulation* analogue au tissu embryonnaire des bourgeons charnus, et c'est à ses dépens que se forme la cellule cartilagineuse. Suivant Cornil et Ranvier, lorsque le chondrome naît dans la glande parotide, les éléments cellulaires des travées conjonctives se multiplient, la substance fondamentale ou conjonctive se ramollit et se dissout; des îlots de cellules embryonnaires, qui se touchent toutes ou sont séparées seulement par une matière amorphe peu abondante, se forment et deviennent l'origine des cellules cartilagineuses, en même temps que la substance hyaline se dépose autour d'elles et les entoure de capsules. On s'explique ainsi l'influence des noyaux d'inflammation chronique et des traumatismes sur la production des enchondromes de la parotide. Seul, Robin a admis que les cellules glandulaires étaient l'origine des cellules cartilagineuses.

II. *Enchondromes mixtes*.—Les enchondromes mixtes sont des tumeurs dont la masse principale est cartilagineuse, mais dont une partie plus ou moins considérable est formée d'un autre tissu.

Le *myxome* est celui que l'on rencontre le plus fréquemment avec l'enchondrome. La tumeur est à lobes inégaux, les uns très-durs, les autres très-mous, quelquefois même fluctuants. Les lobes myxomateux sont mous, grisâtres, comme gélatineux et plus volumineux; les lobes cartilagineux sont durs et élastiques.

Le *sarcome embryonnaire* et le *sarcome kystique* se rencontrent aussi avec l'enchondrome dans la parotide. Le plus souvent le tissu embryonnaire entoure le noyau cartilagineux et lui forme une capsule plus ou moins épaisse; d'après Cornil et Ranvier, ce tissu embryonnaire serait simplement la matrice où se forme le tissu cartilagineux nouveau. Dans certains cas, la tumeur est mal limitée, formée de tissu embryonnaire

et de cartilage embryonnaire disposés sans ordre; c'est à cette variété qu'on a donné le nom de *chondrome diffus*. Parfois la masse cartilagineuse, une fois produite, agit sur les éléments glandulaires, les irrite et détermine la formation de productions papillaires dans les tubes glandulaires, ce qui amène la dilatation de ceux-ci et la formation de kystes irréguliers.

Robin (1) et Billroth (2) ont décrit un *enchondrome fibromateux* où les lobules sont alternativement fibreux et cartilagineux; les nodules fibreux étaient le centre de rayons de fibres qui se perdaient dans les tissus voisins.

Enfin, Robin, Billroth et Virchow ont rencontré avec le chondrome de la parotide des tissus à marche envahissante et destructive, c'est-à-dire de nature cancéreuse. C'est le *cylindroma* ou *épithélioma tubulé* qui donne à ces productions les caractères d'une tumeur maligne. Notons cependant qu'on ne connaît aucun cas d'enchondrome de la parotide qui ait causé une généralisation, comme cela s'observe pour les enchondromes des autres tissus.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au début, ces tumeurs représentent de petites masses dures, mobiles, roulant sous la peau et sur les parties profondes et nullement douloureuses. On peut les observer dans quatre régions différentes: 1° au devant de l'apophyse mastoïde, sous le lobule de l'oreille; Cruveilhier a décrit cette variété sous le nom de *corps cartilagineux sous-auriculaires*; 2° au niveau et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure; 3° au niveau de la racine de l'arcade zygomatique, au devant du conduit auditif externe; 4° au centre de la glande parotide.

Ces petits corps cartilagineux se développent en général d'une façon très-lente; ils mettent cinq, dix, quinze et même vingt ans à atteindre le volume d'un œuf. Dans certains cas, ils forment une seule masse lisse et arrondie: c'est le *chondrome unilobulé*. Le plus souvent, il y a plusieurs lobules du volume d'un pois ou d'une noisette qui, par les progrès du développement, se rapprochent les uns des autres. Leur consistance est dure et élastique. La peau, de couleur et de consistance normales, est généralement très-mobile à leur surface, à moins qu'elle ne soit très-tendue par l'augmentation de volume de la tumeur.

On déplace facilement la tumeur dans tous les sens. Si on la saisit par sa base, on reconnaît qu'elle glisse sans aucune difficulté sur les parties profondes. Gosselin a même observé sous une de ces tumeurs une véritable bourse séreuse. Nélaton a signalé un bruit de frottement qui se produit parfois lorsque, appuyant la tumeur contre la branche montante du maxillaire, on commande au malade d'ouvrir et de fermer la bouche.

(1) *Union médicale*, 1857, n° 100.

(2) *Virchow's Archiv*, t. XVII, p. 361.

Si la tumeur se prolonge entre les deux ptérygoïdiens, elle acquiert un certain degré de fixité, et peut faire une saillie plus ou moins considérable du côté du pharynx; d'où la nécessité d'explorer avec soin cette cavité.

En explorant la tumeur avec la lumière, on peut observer parfois une sorte de transparence périphérique, analogue à celle qu'on obtient dans les intervalles interdigitaux sur une main vue par transparence.

L'enchondrome de la parotide est à peine douloureux : quelquefois il détermine des paralysies partielles par compression des filets du facial.

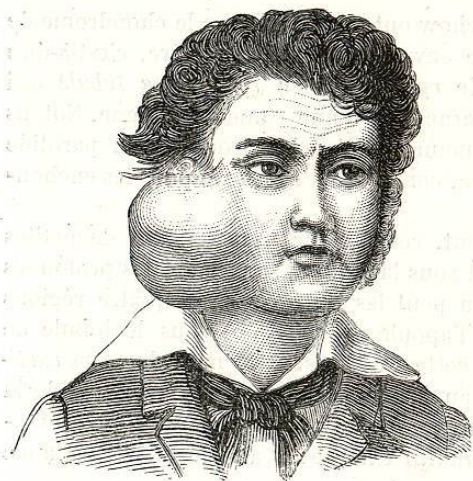


FIG. 12. — Enchondrome de la parotide.

On n'a jamais observé de troubles salivaires notables.

Lorsque les enchondromes de la parotide sont très-anciens et ont atteint le volume du poing ou d'une tête de fœtus, il sera parfois possible de trouver des points ramollis et fluctuants, dus à la dégénérescence muqueuse et à la production de kystes ou d'épanchements sanguins au centre de la masse.

La peau est quelquefois tellement tendue et comprimée à la surface de ces tumeurs, qu'elle se mortifie. On voit alors une ulcération à bords festonnés et décollés, sous

lesquels il est facile de faire glisser la pointe mousse d'un stylet : le fond de cette ulcération est formé par la tumeur revêtue de son enveloppe.

Les enchondromes mixtes ne peuvent se reconnaître que par la présence de noyaux ou de bosselures de consistance très-variable et par une forme moins régulière.

PRONOSTIC. — Abandonnées à elles-mêmes, les tumeurs cartilagineuses de la parotide restent stationnaires, dix, vingt, trente ans : le plus souvent elles finissent par augmenter de volume et constituent une difformité plus ou moins choquante qui seule décide certains malades pusillanimes à se faire opérer. Les ulcérations et les hémorragies possibles dans la dernière période constituent le seul danger de ces productions morbides.

TRAITEMENT. — Aucune médication ne réussit contre les enchondromes de la parotide, même quand ils ont un petit volume. Les pommades, les frictions excitantes ont le désavantage d'irriter la peau et d'en provoquer l'ulcération. L'opération est le seul traitement possible.

Nous ne partageons pas l'opinion de Dolbeau qui appelle ces opérations des opérations de luxe. Il est au contraire évident qu'il vaut mieux extirper ces tumeurs dès que leur présence est constatée, car lorsqu'elles ont acquis un certain volume, l'opération n'est pas absolument inoffensive.

Le professeur Dolbeau combat encore dans son Mémoire l'utilité d'une extirpation complète. Nous sommes d'un avis contraire : les enchondromes de la parotide entourés d'une enveloppe celluleuse sont facilement isolables, et les cas où le chirurgien a été obligé de couper le nerf facial sont très-rares : quant à l'hémorragie, elle est rarement à redouter, car on n'intéresse presque jamais la carotide externe lorsqu'il s'agit d'extirper un enchondrome même volumineux. Cette artère est repoussée dans le creux parotidien par le développement de la tumeur. Du reste, nous doutons fort que l'habile chirurgien ait conservé l'opinion qu'il émettait en 1858.

F. Sarcomes.

Les sarcomes constituent un groupe important parmi les tumeurs de la parotide. Longtemps confondus avec la plupart des autres tumeurs de la région sous le nom de cancer, ils en ont été seulement distingués par les auteurs modernes qui ont reconnu leurs caractères histologiques, différents de ceux de l'adénome, de l'enchondrome et du carcinome. Leur histoire clinique est loin d'être aussi claire.

ÉTIOLOGIE. — Le sarcome de la parotide se montre généralement chez des individus jeunes, et devient assez rare après quarante ans. Il paraît plus commun chez la femme que chez l'homme. L'influence de l'hérédité n'est pas signalée, et ce fait constitue un caractère qui différencie le sarcome du cancer vrai.

Les causes occasionnelles semblent jouer parfois un certain rôle dans le développement du sarcome de la parotide. Les contusions, les plaies, les inflammations antérieures ont été signalées. On a même invoqué comme cause occasionnelle les piqûres de sangsues. Chez une jeune femme dont l'observation est rapportée dans le mémoire de Bauchet, une piqure de sangsue appliquée derrière l'oreille, pour une angine tonsillaire, fut suivie du développement d'un sarcome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La plupart des tumeurs décrites sous le nom d'adénomes de la parotide sont des sarcomes ou des cysto-sarcomes, soit que la prolifération cellulaire ait débuté dans le tissu conjonctif intra-lobulaire, soit qu'elle ait atteint primitivement les grosses travées conjonctives qui séparent les lobules les uns des autres.

Le sarcome de la parotide, lorsqu'il a atteint un certain degré de développement et qu'il a acquis, par exemple, le volume d'un œuf, d'une pomme ou davantage, se présente sous la forme d'une tumeur globuleuse, arrondie, plus ou moins lobulée et entourée d'une enveloppe