

conjonctive. Au point de vue histologique, le sarcome de la parotide peut revêtir des caractères variés qui constituent autant d'espèces principales, qui sont : le *cystosarcome*, le *sarcome fasciculé*, le *sarcome encéphaloïde*, enfin le *sarcome mixte*.

1° *Cystosarcome*. — Nous désignons sous ce nom les sarcomes qui se développent d'abord dans le tissu conjonctif fin, *intra-lobulaire*, et qui s'accompagne de la dilatation, de la déformation des cavités glandulaires. Ce sont des tumeurs composées de lobules assez réguliers, arrondis et de couleur rosée à la surface : ces lobules ont le volume de grains de chènevis, de petits pois ou de noisettes. Quelquefois même il se forme de gros lobes arrondis par la réunion de plusieurs lobules. La membrane celluleuse qui entoure la tumeur envoie entre les lobules des travées conjonctives qui les séparent et leur forment une enveloppe isolée.

Sur la coupe, on aperçoit un tissu blanc grisâtre ou rosé, mou et friable, parcouru par quelques faisceaux de tissu conjonctif, qui le cloisonnent et le divisent comme à la surface, en petites masses très-inégales, ovoïdes. On observe çà et là de petits kystes gros comme une tête d'épingle ou un petit pois, à paroi peu épaisse, lisse, transparente. Ils sont remplis d'un liquide aqueux, clair et limpide, comme la salive parotidienne. Dans certains cas, le liquide contenu est filant et rougeâtre par suite de la présence du mucus et du sang. Ces cavités kystiques sont produites par la dilatation des acini et des conduits excréteurs.

Si l'on fait l'examen histologique de ces tumeurs, on reconnaît que le tissu fondamental est formé de cellules embryonnaires ou fusiformes séparées par quelques fibrilles conjonctives, de manière à rappeler plus ou moins l'aspect du sarcome fasciculé. Les acini dilatés ont une paroi anhiste tapissée de cellules polygonales ou arrondies ; quelquefois il en existe deux ou trois rangées concentriques ; un certain nombre semblent libres dans la cavité. Souvent ces cellules épithéliales sont le siège d'une prolifération active et donnent lieu à une production de noyaux libres ou de petites cellules arrondies analogues à celles du pus, comme s'il y avait un véritable catarrhe de la glande. Les kystes les plus volumineux sont tapissés d'un épithélium pavimenteux. En certains points, les canaux excréteurs dilatés et irréguliers sont comprimés ou oblitérés par des végétations papillaires ou dendritiques qui font saillie dans leur cavité (O. Weber).

2° Le *sarcome fascicule* (*tumeur fibro-plastique* de Lebert) est caractérisé par des petites tumeurs qui ne dépassent guère le volume d'un œuf, formant une seule masse arrondie, d'une dureté parfois fibreuse, mais jamais ligneuse comme celle du squirre. Cette variété se développe principalement dans les grandes travées conjonctives inter-lobaires et n'engendre que très-tardivement des néo-formations glandulaires.

3° Le *sarcome encéphaloïde* de la parotide ne se rencontre le plus souvent que dans les tumeurs les plus volumineuses de cette glande : il

y est caractérisé par l'absence à peu près complète de stroma : on n'y voit que de jeunes cellules embryonnaires. Dans certains cas, il forme des masses plus ou moins volumineuses dans les tumeurs des deux espèces précédentes, qui semblent être le siège, en ces points, d'une néoformation plus active.

4° Les *sarcomes mixtes* sont constitués par une des variétés précédentes, dans le stroma desquels on observe accessoirement des noyaux cartilagineux ou un ramollissement gélatineux.

Pour compléter l'étude anatomique des sarcomes de la parotide, nous devons examiner comment ils se comportent avec la glande parotide et avec les organes voisins.

La parotide tout entière est rarement envahie ; cependant il existe dans la thèse de Bérard des cas d'extirpation de tumeurs volumineuses de la parotide, où il fut impossible de trouver traces de la glande à l'autopsie.

Lorsque l'altération est partielle, la tumeur peut se développer dans l'épaisseur de la glande ou aux dépens des acini voisins de la peau. Dans le premier cas, la masse morbide écarte la couche glandulaire superficielle et se fait jour sous la peau ; on trouve alors dans la glande une sorte d'anfractuosité où loge la tumeur.

Si celle-ci se développe dans la couche superficielle de la glande, elle distend et amincit l'aponévrose et paraît presque sous-cutanée. Bauchet a fait un groupe spécial des tumeurs qui se forment dans les lobules accessoires de la parotide qui entourent le canal de Stenon.

Quel que soit leur siège primitif, les tumeurs, dès qu'elles ont acquis un certain volume, compriment, atrophient la glande et la refoulent dans l'excavation parotidienne. La peau, les muscles, les vaisseaux et les nerfs ne sont pas envahis et détruits par le sarcome comme ils le sont par le cancer. Le nerf facial est tantôt placé derrière la tumeur, tantôt au-devant d'elle, tantôt, au contraire, il passe au milieu de ses lobules. Ces rapports varient suivant l'étendue et le siège primitif de la maladie. Il en est de même pour les vaisseaux importants, tels que la carotide, la temporale et la maxillaire interne.

Il est excessivement rare de rencontrer les ganglions lymphatiques altérés dans les cas de sarcomes de la parotide, quelle que soit l'ancienneté de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Suivant que l'affection a son point de départ dans les grains glanduleux superficiels ou dans le centre même de la glande, on observe une petite tumeur mobile sous la peau et sur les parties profondes, ou bien une tuméfaction mal circonscrite, profonde, peu mobile. A cette période, les douleurs sont nulles et le malade n'est frappé que de la légère difformité. La tumeur grossit très-lentement et graduellement ; elle met des semaines, des mois et même des années à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Chez les femmes, au moment de la menstruation et surtout pendant la gros-

sesse, elle est soumise à des *poussées* qui la font augmenter légèrement de volume.

Après une période souvent très-longue (vingt ans dans un cas), sous l'influence d'un coup, d'une irritation quelconque ou même sans cause connue, la tumeur augmente rapidement et atteint le volume d'un œuf de poule ou du poing. Dans certains cas, elle est aussi grosse qu'une tête de fœtus. Si elle siège près du lobule de l'oreille, elle en dédouble la



FIG. 13. — Sarcome de la parotide (Fergusson).

peau ou le repousse en avant. Parfois elle comprime la portion cartilagineuse du conduit auditif externe et efface sa cavité. Elle peut aussi faire saillie sur la région mastoïdienne. Lorsqu'on examine le malade par derrière, on observe au-dessous de l'oreille une sorte d'éminence qui descend parfois jusqu'à la partie moyenne du cou et même jusqu'à la clavicule. Baudet rapporte l'histoire d'une femme de soixante-sept ans qui portait sur les parties latérales de la face et du cou une tumeur de la parotide tellement considérable que, malgré la précaution que la malade avait prise de la soutenir avec un foulard, elle entraînait la tête de son côté; les muscles du côté opposé étaient fortement tendus et la colonne cervicale formait un arc à convexité du côté opposé à la tumeur; celle-ci, après son ablation, pesait 3 kilogrammes.

La forme de ces tumeurs est plus ou moins arrondie, elles sont généralement bosselées et formées de lobes plus ou moins volumineux.

La peau conserve souvent sa coloration normale : mais, dans certains cas, on y observe de fins réseaux bleuâtres formés par des veinules dilatées ; quelquefois même des veines volumineuses se dessinent à sa surface.

Lorsque la tumeur atteint un volume notable, la peau est fortement tendue et amincie, mais elle n'est jamais adhérente; elle glisse facilement à la surface de la tumeur, à moins qu'elle ne soit enflammée.

Par la palpation on reconnaît que la tumeur est formée de lobes plus ou moins gros, ou de petites bosselures. Lorsque la tumeur est profonde, on ne peut que percevoir des inégalités. La consistance générale est celle d'une masse plus ou moins élastique et résistante, certains

lobes offrent une grande mollesse et la sensation des fongosités des tumeurs blanches. Il n'est pas rare de trouver des points véritablement fluctuants; ils sont dus à des kystes, à des épanchements sanguins, ou au ramollissement gélatineux d'une partie de la tumeur. Parfois on sent de véritables noyaux très-durs; ce sont de petits lobes fibreux ou cartilagineux développés dans le tissu interstitiel ou même de petits calculs salivaires logés dans des kystes.

Si l'affection est superficielle, si surtout elle occupe les grains glanduleux qui avoisinent le canal de Stenon, la masse est libre et glisse très-aisément sur les parties profondes; on ne trouve pas de pédicule qui la fixe, et la retienne dans sa position.

Plus profondément située, la tumeur peut encore se déplacer avec la glande.

Si toute la parotide est envahie par la néoplasie, on est en présence d'une tumeur souvent volumineuse, enclavée dans le creux parotidien, et qu'on ne peut mouvoir latéralement. Il est cependant possible de la soulever de bas en haut et de la détacher des parties profondes.

Le muscle sterno-mastoïdien est souvent déplacé et porté au dehors par la tumeur : si on le fait contracter en portant la tête du malade du côté opposé, on reconnaît qu'il n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur et qu'il glisse à sa surface.

Les veines de la face et du front sont plus ou moins dilatées. On peut facilement se rendre compte de l'état de la circulation artérielle au-dessous de la tumeur en explorant les battements de l'artère temporale.

Les troubles subjectifs consistent dans la gêne des mouvements de la mâchoire, et si la tumeur se développe du côté du pharynx, dans la gêne de la déglutition. Les douleurs sont nulles tant que la tumeur n'est pas volumineuse : plus tard celle-ci peut comprimer le nerf temporal superficiel ou les filets du plexus cervical, déterminer des accès névralgiques dans la tempe et dans les parties latérales du cou. Il est très-rare d'observer une paralysie du facial et des muscles de la face.

La sécrétion de la salive parotidienne est peu influencée par ces tumeurs : cependant dans un cas on aurait observé une véritable sécheresse de la bouche du côté correspondant (Triquet). Enfin, lorsque la tumeur comprime le conduit auditif externe, le malade est atteint d'une surdité plus ou moins prononcée et de bourdonnements souvent très-accusés.

Les sarcomes volumineux de la parotide finissent souvent par déterminer une ulcération de la peau. Celle-ci survient par un mécanisme spécial et diffère complètement comme aspect des ulcérations du cancer. La peau distendue et comprimée par la tumeur se mortifie dans une étendue très-variable, parce que sa circulation se trouve suspendue. Les bords de l'ulcération sont alors à larges festons, et n'adhèrent pas à la tumeur : au fond de la plaie, on observe des lobules rosés, qui ne saignent pas facilement comme la granulation du cancer et ne sécrètent

pas un ichor fétide. Il n'est pas très-rare de voir le sphacèle de la peau précédé d'un petit abcès : si l'on ouvre celui-ci, on voit sortir un mélange de détritibus organiques et de sanie purulente,

La santé générale est rarement altérée dans le sarcome de la parotide : on n'observe de phénomènes fébriles que lorsque le volume de la tumeur a déterminé l'ulcération de la peau, ou lorsque la masse morbide est le siège d'une inflammation déterminée le plus souvent par un traumatisme quelconque.

PRONOSTIC. — Le sarcome de la parotide est relativement benin, cependant il récidive sur place. Certains malades ont été opérés trois et quatre fois et ont fini par guérir complètement : on a pu les observer cinq ou six ans après et la tumeur n'avait pas reparu.

Sur cinquante cas renfermés dans la thèse de Bérard, c'est à peine si l'on trouve trois ou quatre récidives. Elles sont en effet plus rares dans la parotide que dans la glande mammaire, parce que l'aponévrose parotidienne forme toujours à ces tumeurs une enveloppe solide. Nous n'avons pas trouvé un seul cas de généralisation de sarcome de la parotide.

Le pronostic du sarcome de la parotide est d'autant plus grave que la tumeur est plus volumineuse, plus profondément située, qu'elle occupe une partie plus étendue de la glande.

TRAITEMENT. — On ne devra guère compter sur l'action des remèdes dits résolutifs, tels que vésicatoires, pommades iodurées, compression, iodure de potassium à l'intérieur.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur du volume d'un œuf, l'extirpation doit être immédiatement proposée au malade.

Le volume de la tumeur ne saurait être considéré comme une contre-indication, car les masses sarcomateuses les plus considérables ont pu être enlevées dans la région parotidienne, et les malades ont guéri complètement. La présence de vaisseaux et de nerfs importants dans la région n'empêche pas non plus la réussite de l'extirpation, car dans la plupart des cas la tumeur ne leur adhère pas très-fortement; leur lésion peut souvent être évitée et en tout cas ne doit pas être à craindre pour un opérateur habile. D'ailleurs, parmi les nombreux faits d'ablation de tumeurs de la parotide consignés dans la science, on n'en trouve pas où l'opération ait par elle-même occasionné la mort. Dans aucun cas, le chirurgien n'a laissé son opération imparfaite par suite d'une extension trop considérable de la maladie.

Cependant le développement en profondeur peut être tel qu'il soit tout à fait impossible d'extirper la totalité du mal. Von Burns rapporte l'exemple d'un sarcome de la parotide qui envoyait un prolongement jusque dans l'arrière-fond de la cavité, sur les parties latérales du pharynx, où on pouvait le sentir à l'aide du doigt porté profondément dans la bouche. Dans ce cas, on peut pédiculiser la tumeur à l'aide d'une ligature, ou en opérer la section avec l'écraseur linéaire ou le galvanocautère.

G. Myxomes.

Le myxome pur est excessivement rare dans la glande parotide; le plus souvent ce tissu constitue une partie plus ou moins considérable d'une tumeur sarcomateuse ou d'un enchondrome. Nous ne nous occuperons ici que du myxome pur, et nous le ferons brièvement, car si, depuis Virchow, il constitue une variété histologique de tissu morbide, il est très-difficile en clinique de le distinguer du sarcome dont il présente d'ailleurs les caractères et le mode de développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces tumeurs ont généralement une forme arrondie à gros lobes. Elles sont entourées d'une enveloppe conjonctive qui les isole des parties voisines. Elles se présentent sous l'aspect d'un tissu grisâtre, tremblotant, mou, gélatineux. Lorsqu'on comprime ces tumeurs, on en fait souvent sortir un liquide qui renferme de la mucine. Elles sont constituées, comme dans toutes les autres parties du corps, par de grandes cellules étoilées dont les prolongements anastomosés forment un fin réseau fibrillaire au milieu d'une substance fondamentale, amorphe et transparente.

Dans un myxome de la parotide, enlevé par nous à l'hôpital Beaujon, en 1869, un de nos internes, M. d'Épine, a constaté deux parties bien distinctes : l'une glandulaire, l'autre de nouvelle formation et plus considérable. La première était formée de cellules épithéliales normales, mais nulle part les acini n'étaient parfaitement conservés; ils formaient de petits amas irréguliers de cellules épithéliales noyées au milieu du tissu morbide. La seconde était du tissu myxomateux pur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les myxomes purs de la parotide sont d'abord constitués par de petites tumeurs arrondies, parfaitement limitées, sans adhérences avec la peau ni avec les tissus voisins. Quoique plus rapides que les sarcomes dans leur développement, ils mettent souvent de deux à quatre ans et même plus à atteindre le volume d'un œuf de poule. Ils se présentent alors sous la forme d'une tumeur molle, se laissant facilement aplatis et présentant des lobes moins saillants que ceux du sarcome. La consistance du myxome est le plus souvent rénitente; la sensation de fluctuation y est parfois si vraie qu'on a pu croire à l'existence d'un kyste de la glande. La tumeur se développe sans causer de douleur et sans produire de dégénérescence ganglionnaire.

PRONOSTIC. — Les myxomes de la parotide ne sont pas, à proprement parler, des tumeurs malignes. Comme ils sont le plus souvent associés avec le sarcome, leur pronostic est le même. Il est plus grave lorsqu'il existe des noyaux cartilagineux. Dans les cas de récidive, comme pour le sarcome, celle-ci a lieu sur place.

TRAITEMENT. — L'extirpation est le seul mode de traitement; on devra prendre de grandes précautions pour ne laisser dans la plaie aucune partie de la tumeur, car celle-ci serait le point de départ d'une récidive rapide.

H. Cancer.

Le cancer de la parotide est beaucoup plus rare que le sarcome de cette glande. C'est à peine si l'on trouverait cinq ou six cas de cancer véritable dans les cinquante observations inscrites sous ce nom dans la thèse de Berard. Le mémoire de Bauchet en renferme deux exemples remarquables : l'un dû à Robert, l'autre à Gosselin. Il faut y joindre huit ou dix cas que nous avons rencontrés dans les journaux français ou étrangers. Les deux formes du cancer, le *carcinome* et l'*épithélioma*, peuvent être observées, mais la dernière serait peut-être plus fréquente.

ÉTILOGIE. — Le cancer de la parotide s'est développé de trente-cinq à cinquante ans dans tous les cas où le diagnostic a été fait exactement. Presque toujours ce sont des hommes qui ont été atteints de cette redoutable affection. On ne sait rien de particulier sur les causes déterminantes. Il faut toutefois signaler la dégénérescence secondaire des ganglions parotidiens à la suite d'*épithélioma* du pharynx et des joues; on en a observé deux ou trois cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le squirrhe, l'encéphaloïde, l'*épithélioma* tubulé, l'*épithélioma* pavimenteux, telles sont les quatre variétés de cancer qu'on a rencontrées dans la glande parotide.

a. Comme au sein, le *squirrhe* de la glande parotide est une tumeur dure, fibreuse, quelquefois ligneuse, d'un blanc grisâtre à la coupe. Il forme une petite masse du volume d'un œuf, généralement mal limitée, envoyant des prolongements très-denses entre les lobules de la glande, et adhérant aux parties voisines.

b. L'*encéphaloïde* est d'une consistance moindre que le squirrhe, mais sans présenter l'élasticité du sarcome. Il est mal limité et n'a pas d'enveloppe conjonctive; il présente à la coupe un aspect lardacé, est parcouru par des tractus fibreux, qui crient sous le scalpel; on y observe çà et là de petits îlots graisseux du tissu adipeux normal interlobulaire qui ne sont pas encore envahis par la dégénérescence. Le sterno-mastoïdien, le masséter et souvent les os de la mâchoire sont envahis et détruits par les progrès du mal; le nerf facial et même les vaisseaux sont altérés, adhérents et font corps avec la tumeur.

L'aponévrose arrête quelquefois pour un temps la tumeur dans sa marche; mais bientôt elle cède sur un de ses points, et la masse morbide vient faire saillie sous la peau, sous forme d'un gros champignon molasse, qui adhère au tissu cutané, le détruit et produit une ulcération d'un aspect bien différent de l'ulcération par nécrose du sarcome. A l'examen histologique ces tumeurs sont constituées, comme ailleurs, par des alvéoles d'où le pinceau chasse des cellules de formes irrégulières; les éléments glandulaires subissent eux-mêmes la transformation carcinomateuse.

c. *Épithélioma tubulé*. — On trouve dans le mémoire de Bauchet deux

cas d'*épithélioma* tubulé de la parotide : l'un est dû à Robin, l'autre à Verneuil. Ce dernier auteur en a publié un autre cas très-remarquable dans la *Revue photographique des hôpitaux* de 1872. O. Weber et Billroth les décrivent sous le nom de *carcinome glandulaire*. Ce sont des tumeurs le plus souvent mal limitées, sans enveloppe fibreuse, et d'une couleur blanc jaunâtre. Elles sont friables et présentent à la coupe un aspect granuleux; elles sont peu vasculaires. On en fait sourdre à la pression de petits cylindres analogues à du vermicelle cuit.

A l'examen microscopique on reconnaît que le tissu de ces tumeurs est formé par des cylindres épithéliaux ramifiés dans tous les sens et anastomosés. Le stroma est le plus souvent fibreux, mais offre çà et là des foyers d'irritation embryonnaire qui en diminuent la consistance et qui font saillie parfois dans les canaux excréteurs sous forme de papilles ou de végétations arborescentes (O. Weber). On rencontre aussi dans ces tumeurs des noyaux cartilagineux, comme dans un cas de Gosselin publié par Bauchet.

Les canaux du cylindroma sont remplis de cellules épithéliales qui, ne subissant pas la transformation muqueuse, deviennent graisseuses et parfois vésiculeuses, ou prennent l'aspect corné, et forment, à l'extrémité des culs-de-sac, des globes épithéliaux (Billroth, Rindfleisch).

Ces tumeurs diffèrent de l'adénome vrai, en ce que les canaux poussent dans tous les sens, sont privés de gaine spéciale, détruisent et envahissent la glande, les muscles, tous les tissus voisins, et retentissent sur les ganglions. De plus, dans l'adénome vrai, les cellules épithéliales ne forment pas en se soudant entre elles de longs cylindres, très-friables, qui remplissent tout le canal, mais sont douées des propriétés vitales d'un épithélium normal.

d. L'*épithélioma pavimenteux* débute par la glande ou est dû à la dégénérescence secondaire des ganglions lymphatiques de la région (Rindfleisch), à la suite de cancroïdes des lèvres et surtout de la muqueuse pharyngienne. Voici comment le professeur Verneuil décrit une de ces tumeurs de la parotide, qui avait son siège dans la glande elle-même, et dont il a eu l'occasion de faire l'examen microscopique : « La tumeur est composée d'un tissu molasse, friable, facile à désagréger... On trouve au centre un noyau du volume d'une noisette et d'une consistance assez grande pour résister à la pression sans s'écraser; tout autour, au contraire, se trouve une matière moins cohérente, formée de petits grains conglomérés, dont le volume varie d'un quart de millimètre à un millimètre. Ces grains sont réunis plusieurs ensemble, mais se désagrègent sans peine. Tout ce tissu est sec, c'est-à-dire qu'aucun suc ne l'imprègne. Lorsqu'on en écrase quelques parcelles entre les doigts ou entre des lamelles de verre, il semble qu'on a affaire à un magma épais. Le noyau dur central est une masse épithéliale. Les grains sont de petits amas épithéliaux groupés autour d'un canal obturé, comme les lobules floraux d'un chou-fleur... Les cellules épithéliales de ces grains friables sont

larges, plates, à contours anguleux, irréguliers, granuleux et sans noyau bien défini. » Cette description répond admirablement à ce que Ranvier a désigné depuis sous le nom d'*épithélioma perlé*.

Dans certains cas, ces deux formes peuvent avoir leur origine dans les glandes sudoripares de la peau de la région.

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque le cancer débute au centre de la glande, il forme une petite masse dure, s'il s'agit d'un squirrhe, ou plus molle si c'est du carcinome encéphaloïde. La tumeur paraît d'abord mobile; mais il est quelquefois facile de reconnaître que cette mobilité est due au déplacement des lobules glandulaires sains.

Si la petite masse morbide se forme d'abord dans les lobules superficiels, elle envoie des prolongements vers la peau, qui est attirée, fixée à sa surface, et revêt un aspect chagriné.

Dès que la tumeur a atteint le volume d'un œuf, la loge parotidienne devient trop petite pour la contenir; l'aponévrose ne se distend pas comme dans le sarcome, mais se déchire ou se laisse envahir par la dégénérescence. Le carcinome se développe alors sous la peau en un énorme champignon mollasse, comme étranglé à sa base; la peau rougit, s'enflamme et s'unit à la tumeur. Dans certains cas, l'aponévrose se rompt en plusieurs points, et plusieurs champignons se forment en même temps. On a dès lors sous les yeux une tumeur formée de trois, quatre ou cinq gros lobes mal limités, et qui ne sont pas séparés, comme les lobules des sarcomes, par des sillons au fond desquels on sent une bride fibreuse; ces gros lobes finissent bientôt par se réunir en une seule masse adhérente dans presque toute son étendue à la peau, et immobile sur les parties profondes. Le sterno-mastoïdien, fixé à la tumeur et plus tard se confondant avec elle, ne se dessine plus sous la peau en se contractant. La tumeur fait corps avec la branche de la mâchoire, et empêche le malade d'ouvrir la bouche. Parfois elle refoule la paroi pharyngienne, déforme le voile du palais et rend la déglutition très-difficile. En même temps les ganglions lymphatiques du cou, qui depuis longtemps déjà ont subi l'infection carcinomateuse, forment de petites masses dures, fixes et saillantes, et viennent se réunir à la tumeur qui acquiert un volume considérable. Dans un cas publié par Moore (1), on sentait sous la peau de petits cordons durs, formés par des lymphatiques dégénérés, qui unissaient la tumeur principale aux ganglions lymphatiques du cou.

Il est rare que la tumeur atteigne un volume énorme sans déterminer une ulcération de la peau. En un point de sa surface celle-ci devient plus saillante, blanchit, se réduit à sa couche épidermique. Une croûte se forme, tombe et laisse au-dessous d'elle une petite exulcération qui grandit rapidement et forme bientôt un véritable ulcère. Le fond en est constitué par des bourgeons charnus, sécrétant un ichor fétide et sai-

(1) *Med. Times*, oct. 1869, p. 489.

gnant avec la plus grande facilité. Les hémorrhagies sont en effet fréquentes et répétées. Les bords de l'ulcère sont adhérents et soudés à la tumeur et deviennent bientôt le siège d'une végétation luxuriante. Tantôt l'ulcère creuse en profondeur, tantôt il donne passage à une masse bourgeonnante; celle-ci se couvre de croûtes qui plus tard, en se fendillant, produisent chaque fois des hémorrhagies difficiles à arrêter.

Le carcinome envahit les nerfs nombreux de la région; il détermine des névralgies atroces de la face et de la tempe, et produit souvent la paralysie par destruction des filets du facial.

L'état général, atteint dès le début du mal, s'aggrave encore et le malade meurt de la cachexie cancéreuse. La mort peut encore survenir par suite d'une hémorrhagie foudroyante due à l'ulcération d'un des gros troncs vasculaires de la région. Dans quelques cas, ce sont des phénomènes cérébraux qui terminent la scène, soit par suite de la compression des vaisseaux, soit par suite de thrombose de la veine jugulaire.

La marche du carcinome de la parotide est excessivement rapide; en six mois, un an, deux ans au plus, la mort survient. Les progrès du mal sont surtout considérables, dès que la faible barrière opposée par l'aponévrose parotidienne est franchie.

Le cylindroma est beaucoup plus lent dans sa marche; il tient le milieu entre l'encéphaloïde que nous avons surtout eu en vue dans la description qui précède, et le sarcome.

Il forme pendant longtemps une tumeur ovoïde, lobulée, dure, qui reste plus longtemps limitée, contracte des adhérences plus tardives, et n'altère la peau qu'après un assez long espace de temps. L'infection ganglionnaire est moins précoce, moins prononcée et manque même quelquefois.

L'épithélioma, qui débute par une ulcération de la peau, ne diffère de celui des autres régions que par les hémorrhagies abondantes auxquelles il donne lieu.

PRONOSTIC. — Le pronostic est excessivement grave et la terminaison fatale, à moins que l'extirpation ne soit faite dès l'apparition du mal. La généralisation par la voie ganglionnaire démontre l'incurabilité de la maladie.

TRAITEMENT. — L'extirpation ne doit être pratiquée que lorsqu'on est sûr de pouvoir enlever la totalité du mal. Quand la tumeur est très-volumineuse et très-adhérente, il n'est plus temps de songer à une extirpation complète, car la dissection devient impossible.

On pourrait alors tenter le moyen employé par Moore dans un cas d'encéphaloïde de la parotide. Il pratiqua d'abord la ligature de la carotide primitive du côté de la tumeur, puis il détruisit celle-ci par des cautérisations successives à l'aide de la pâte de Canquoin. Son malade, qui avait eu des hémorrhagies excessivement abondantes, n'eut plus que quelques pertes de sang peu graves qu'on arrêta facilement; les

douleurs névralgiques disparurent peu à peu et sa vie fut ainsi prolongée pendant huit mois.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Au point de vue de leur diagnostic différentiel, on peut diviser les tumeurs de la région parotidienne en *superficielles* et *profondes*, suivant qu'elles paraissent siéger au dehors de la loge fibreuse de la parotide, ou au dedans de cette loge.

Le diagnostic des *tumeurs superficielles* est généralement facile. Indépendamment des tumeurs érectiles, dont Rizzoli a rapporté un exemple, nous mentionnerons les kystes, les lipomes, les adénites chroniques qui se reconnaîtront à leurs caractères ordinaires. Cependant il peut se faire que certaines tumeurs, quoique siégeant au-dessous de l'aponévrose, paraissent superficielles; c'est ce que l'on observe pour le sarcome au début qui parfois constitue une petite tumeur arrondie, nettement limitée, roulant sous le doigt. On pourrait alors croire à une adénite chronique. Mais, dans ce dernier cas, on trouverait dans la même région ou dans les régions voisines d'autres petites tumeurs semblables, et le malade signalerait dans ses antécédents quelques phénomènes inflammatoires, enfin il serait le plus souvent possible de déterminer par une recherche attentive le point de départ de l'adénopathie.

Les *tumeurs profondes* présentent au contraire de sérieuses difficultés de diagnostic.

Nous éliminerons d'abord les tumeurs pulsatiles. Parmi celles-ci, les unes sont constituées par de véritables anévrysmes, d'ailleurs fort rares, et qui se reconnaîtront à l'existence d'un traumatisme antérieur, aux battements avec expansion, au bruit de souffle, etc. D'autres tumeurs, également pulsatiles, sont simplement soulevées par les battements de la carotide. Elles se distingueront des anévrysmes par l'absence d'expansion et de souffle.

Les tumeurs qu'il nous reste à examiner sont : les kystes, les lipomes profonds, les adénites chroniques, les sarcomes, les myxomes, les enchondromes, les adénomes, les lymphadénomes et les lymphosarcomes, les carcinomes.

Entre ces diverses variétés de tumeurs, le diagnostic est souvent fort difficile. Cependant, en se plaçant au point de vue du pronostic et du traitement, il est possible d'établir parmi ces tumeurs une première grande division et de les ranger d'abord en deux groupes principaux à chacun desquels correspond un ensemble de symptômes importants. Cette classification répond jusqu'à un certain point à la distinction clinique des tumeurs en *bénignes* et *malignes*.

Les tumeurs du premier groupe sont pour la plupart bénignes; ce

sont : les adénopathies bénignes, les kystes, les lipomes, les adénomes, les enchondromes, les sarcomes, les myxomes. On remarquera cependant que certaines de ces tumeurs, telles que les sarcomes, sont loin d'être absolument bénignes et présentent une tendance marquée à la récurrence; elles offrent, néanmoins, un caractère de malignité beaucoup moindre que les tumeurs du second groupe, dans lequel nous rangerons le carcinome, le lymphadénome et le lymphosarcome malins qui récidivent presque fatalement et se généralisent.

Les tumeurs du premier groupe se rencontrent le plus souvent chez des sujets jeunes et offrent généralement une marche lente. Si on les observe pour la première fois sur un sujet âgé et lorsque la tumeur a acquis un assez gros volume, on apprend que celle-ci a débuté durant la jeunesse et qu'elle existe déjà depuis plusieurs années, soit qu'elle ait subi un accroissement lent mais continu, ou qu'après avoir longtemps conservé le même volume elle ait cru rapidement.

Quoique les caractères objectifs diffèrent sensiblement suivant chaque tumeur en particulier, il en est, cependant, un certain nombre qui sont communs aux tumeurs du premier groupe. Indépendamment de la consistance qui est très-variable, puisque parmi ces tumeurs les unes sont solides et les autres liquides, on doit noter surtout l'intégrité de la peau qui, excepté dans le cas de tumeur volumineuse, conserve sa mobilité et ses caractères normaux. De même, et surtout au début, la tumeur est assez bien circonscrite, peu adhérente aux parties voisines, quelquefois même extrêmement mobile sur les parties profondes.

Dans ce groupe de tumeurs les signes subjectifs sont à peu près nuls: il n'y a pas généralement de douleurs et les symptômes de compression sur les organes voisins se montrent rarement; aussi la paralysie faciale est-elle assez rare.

Lorsque, par suite des progrès de la maladie, la tumeur s'ulcère, ce qui ne s'observe que pour quelques-unes des tumeurs de ce groupe, cette ulcération se fait par une sorte d'inflammation et de gangrène; la peau est souvent décollée sur les bords de l'ulcère dont le fond est constitué par de gros bourgeons charnus, rosés, peu consistants, et dont les produits de sécrétion consistent en une sérosité jaunâtre, rougeâtre, peu abondante et peu odorante.

Quelle que soit la période de la maladie, il est rare que les ganglions lymphatiques voisins soient compromis, et la santé générale se maintient dans un état satisfaisant.

Dans les tumeurs du second groupe, nous trouvons des caractères opposés. Il s'agit, en général, de sujets ayant dépassé la période moyenne de la vie, et chez lesquels il est quelquefois possible de découvrir des antécédents héréditaires.

La marche de la maladie est beaucoup plus rapide. Le début de la tumeur remonte à peine à quelques mois et déjà elle tend à envahir les parties voisines. La peau a perdu sa mobilité et est envahie par la