

tie de la glande, présentent les caractères de tous les fibromes, quelquefois au milieu de leur masse on peut trouver des acini glandulaires intacts qui par leur sécrétion persistante pourraient, dit-on, constituer des kystes par rétention.

3° *Lipomes.* — Nous n'en dirons que quelques mots, car les lipomes sous-cutanés ne présentent aucune différence d'avec ceux de la joue, et quant aux lipomes profonds sous-aponévrotiques développés dans le tissu même de la glande, ils ne me semblent nullement démontrés.

4° *Enchondromes.* — Ainsi qu'on l'a fait observer, la parotide, de même que le testicule, est un point où l'enchondrome apparaît de préférence. Cette espèce de tumeur qui appartient surtout à la jeunesse se développe lentement et peut présenter deux formes, la première, dans laquelle on rencontre exclusivement des cellules cartilagineuses, et la seconde sur laquelle nous reviendrons plus loin en parlant des tumeurs complexes de la parotide, dans laquelle les productions cartilagineuses sont mêlées à d'autres éléments.

Quand il s'agit d'un enchondrome vrai, la tumeur débute toujours par une série de points indurés, indolents, qui peu à peu se réunissent et forment une masse nécessairement bosselée, grosse comme une noix et même davantage. Le tissu offre la résistance et la sensation élastique du cartilage.

Les enchondromes ne provoquent que fort peu de douleurs, ils ne retentissent pas sur les ganglions, ils n'ont aucune tendance à se généraliser, mais ils récidivent presque toujours sur place. Ce n'est que par la gêne continuelle qu'elles occasionnent du côté de la mâchoire et de l'oreille que ces tumeurs réclament l'intervention chirurgicale.

Quand au bout de plusieurs, quelquefois de longues années, les enchondromes parotidiens atteignent un volume considérable, ils finissent par ulcérer la peau sur laquelle ils font saillie en se ramollissant.

Faut-il opérer dès que la tumeur aura été reconnue, ou vaut-il mieux attendre qu'elle soit cause des gênes fonctionnelles? La question est toujours en litige; pour ma part je crois qu'en opérant de bonne heure on a plus de chances de tout enlever et d'éviter ainsi la récidive sur place.

5° *Angiomes.* — Mon ami Bœckel a décrit chez l'enfant des tumeurs dues à une dilatation des vaisseaux parotidiens, tumeurs érectiles, cavernieuses, gonflant sous l'influence des cris. Ces angiomes congénitaux sont graves, car ils nécessitent toujours la ligature de la carotide externe et les hémorragies consécutives sont parfois fatales.

6° *Tumeurs mélaniques.* — Les quelques tumeurs mélaniques que l'on trouve éparses dans la science ne se sont jamais développées directement dans la parotide, toujours elles ont envahi cette glande par extension de voisinage, nous n'avons donc pas à nous y arrêter.

7° *Kystes.* — Déjà nous avons décrit les kystes salivaires dus à l'oblitéra-

tion des canalicules ou du canal de Sténon; déjà aussi nous avons dit comment dans les tumeurs pouvaient se produire des points de ramollissement qui simulaient des kystes. Il ne nous reste plus qu'à signaler quelques kystes séreux congénitaux et quelques kystes hydatiques.

8° Les néoplasmes d'origine épithéliale, les *épithéliomas*, les *carcinomes*, sont très rares et il n'est pas encore absolument démontré que c'est bien réellement le revêtement des acini qui en soit le point de départ. Ainsi que nous le dirons tout à l'heure, en parlant des tumeurs complexes, souvent la tumeur parotidienne est due à l'extension aux ganglions de la région d'un néoplasme développé dans le voisinage. Quoi qu'il en soit, l'épithélium bourgeonne activement, infiltre le tissu connectif glandulaire et pousse des prolongements remplis de débris épithéliaux quand le carcinome est d'origine glandulaire, de globes épidermiques quand il a son origine sur une partie voisine recouverte d'épiderme ou sur une muqueuse s'en rapprochant, comme les lèvres, les narines, etc., la néoplasie a toujours alors gagné la parotide directement ou par voie ganglionnaire.

Le développement de l'affection est lent mais incessant; le malade n'accuse aucune douleur au début, puis la tumeur grossit, détermine un gonflement empâté, mollasse; les douleurs lancinantes s'établissent et empêchent le sommeil; bientôt le carcinome s'infiltré dans les tissus voisins que ses éléments envahissent, les mouvements du maxillaire sont de plus en plus gênés, la tumeur est mal limitée, pousse des prolongements du côté du pharynx qu'elle déprime, du côté de l'oreille et du conduit auditif qu'elle oblitère. Le facial est détruit par la néoplasie, et la paralysie des muscles de la face s'ensuit. La peau infiltrée elle-même devient adhérente sur la tumeur, elle s'ulcère et un gros bourgeon mou, de la forme d'un chou-fleur, mamelonné, rouge, sanieux, sécrétant un liquide fétide, fait saillie à travers l'ulcération cutanée. Les hémorragies capillaires sont fréquentes à la surface de cette masse bourgeonnante, et d'autre part les artères et les veinules qui cheminent au milieu de la glande peuvent être ulcérées, rompues et donner lieu à des hémorragies rapidement mortelles. Lorsque la tumeur a poussé un prolongement pharyngien assez volumineux pour comprimer la carotide interne et la jugulaire, il en résulte des troubles cérébraux dus à la gêne circulatoire.

Comme tous les carcinomes, celui de la parotide met d'ordinaire un an ou deux à évoluer et à tuer le malade qui, s'il n'a pas succombé à des hémorragies répétées, meurt par infection générale ou par cachexie.

Traitement. — Ce n'est qu'au moment où le carcinome n'est pas encore volumineux, quand il n'a pas poussé de prolongement pharyngien important, quand l'engorgement ganglionnaire ne s'étend encore qu'à

peu de ganglions que l'on pourra fonder quelque espoir dans l'extirpation, et encore la récurrence et la généralisation seront-elles presque certaines.

9° *Tumeurs complexes de la parotide.* — La plupart des tumeurs de la parotide, que nous avons déjà décrites, ne sont pas en général constituées par un tissu unique, répandu d'une manière homogène dans leur masse. A côté du cartilage, du tissu fibreux, on peut trouver d'autres tissus de nature et d'origine épithéliale.

Sans doute lorsque les éléments d'origine conjonctive, cartilage ou autres, prédominent, on peut admettre que les tissus d'apparence épithéliale ne sont que des acini, des culs-de-sac glandulaires légèrement modifiés soit mécaniquement, soit par une simple altération de voisinage provoquée par la présence même de la tumeur principale. Mais il est certaines tumeurs sur lesquelles cette structure complexe se rencontre à un haut degré. Par leurs caractères anatomiques, elles se rapprochent beaucoup des tumeurs malignes; elles en diffèrent cependant par quelques symptômes, mais surtout par leur marche, qui leur est en quelque sorte spéciale.

En raison même des nombreux tissus qui entrent dans la composition de ces tumeurs, il est fort difficile de leur donner un nom qui puisse en désigner exactement la structure anatomique. C'est ainsi qu'on les voit tour à tour dénommées par les différents auteurs sarcomes, sarcomes mixtes, cysto-sarcomes, etc. Sans doute, si les néoformations d'origine fibreuse prédominent on peut négliger les tissus d'origine glandulaire, et donner à la tumeur le nom de chondrome, de myxo-chondrome.

Cette dénomination cependant n'est pas absolument satisfaisante au point de vue clinique, car si la tumeur n'est pas enlevée, les tissus d'origine glandulaire qui pendant longtemps n'en ont constitué qu'une faible partie peuvent, à un moment donné, acquérir un développement énorme. Aussi, quoique le terme de *tumeurs hypertrophiques complexes de la parotide* soit encore un peu vague, est-on forcé de le conserver jusqu'à nouvel ordre.

Presque toutes ces tumeurs, au milieu des tissus divers qui les composent, contiennent du cartilage qui peut s'y montrer sous ses différentes variétés (cartilage hyalin, fibro-cartilage, cartilage fœtal, cartilage à cellules ramifiées). Le chondrome, il n'est pas besoin de le dire, a pour origine le tissu fibreux interstitiel de la glande. On le trouve sous forme de noyaux arrondis ou ovoïdes de volume variable, si ces noyaux cartilagineux sont petits, une ligne de démarcation assez nette les sépare des tissus ambiants. S'ils sont plus volumineux, la ligne de séparation est moins nette. Sur quelques points de leur circonférence, ils semblent se continuer avec les tissus voisins et ne s'en distinguent que par leur plus grande consistance. S'il y a des portions myxomateuses

dans la tumeur, la ligne de démarcation est moins nette encore. Si l'on examine les coupes prises en différentes régions de la tumeur, on observe dans certains points des amas cellulaires contenus, le plus souvent, dans un stroma fibreux; tandis que sur d'autres points ils se trouvent au milieu d'une substance fondamentale amorphe ou à peu près. Tantôt ce sont des groupes réguliers, comparables aux acini normaux légèrement déformés, mais la membrane limitante des culs-de-sac a disparu, ce qui explique la prolifération abondante des cellules qui composent les amas aciniques, les boyaux, les traînées cellulaires qui envahissent le stroma fibreux. L'examen microscopique, l'action des réactifs sur ces éléments démontrent qu'ils sont de nature épithéliale, ce qui explique comment certains auteurs ont pu décrire des cancroïdes, des épithéliomas de la glande parotide. Quant à la gangue fibreuse qui contient ces amas épithéliaux, sur une même tumeur, suivant les points examinés, elle peut être constituée par tous les stades d'évolution du tissu fibreux, depuis le myxome ou le sarcome fasciculé jusqu'au tissu fibreux adulte avec fibres élastiques, jusqu'au cartilage. Enfin il n'est pas rare de rencontrer dans les tumeurs volumineuses des kystes de capacité variable disséminés dans l'épaisseur de ces tissus nouveaux. Les uns, que l'on pourrait appeler kystes lacunaires, ont une origine purement mécanique; ce sont de véritables bourses séreuses permettant à la tumeur de se mouvoir sur les parties profondes. Ils peuvent se développer aussi dans les cloisons conjonctives qui séparent les lobes d'une même tumeur. Quelques-uns de ces kystes, très petits en général, peuvent avoir pour origine une accumulation de liquide dans un cul-de-sac glandulaire.

Ces caractères anatomiques que nous venons d'exposer rapprochent les tumeurs mixtes ou complexes de certains cancers, des épithélioma en particulier, et cependant il est rare qu'elles aient un retentissement ganglionnaire quelconque; quand après une opération il y a récurrence, c'est toujours sur place qu'elle se fait. De plus, si la peau vient à s'ulcérer, l'ulcération n'est point due à des bourgeons épithéliaux qui viennent envahir le tégument, il s'agit d'un phénomène purement mécanique. Il en est de même des parois de la loge parotidienne, quel que soit le développement des masses épithéliales, elles sont refoulées, mais non envahies par le néoplasme comme cela arriverait s'il s'agissait d'un véritable épithélioma. Ce sont là d'ailleurs les particularités anatomiques qui permettent de différencier ces tumeurs hypertrophiques d'avec les différentes variétés de cancers. Nous ferons remarquer en outre que le carcinome primitif de la parotide est très rare.

Le principal caractère clinique de ces tumeurs, c'est un développement excessivement lent. Elles mettent dix, quinze, vingt, et même plus de trente ans, à se développer. C'est surtout chez les vieillards qu'elles acquièrent leur plus grand volume, mais le plus souvent elles ont débuté

avant l'âge de trente ans ; d'abord leur accroissement est progressif, elles arrivent à acquérir ainsi le volume d'une noix ou d'un petit œuf de poule. Puis la tumeur reste stationnaire quelquefois pendant plusieurs années ; si elle a débuté dans un des lobules superficiels de la glande, elle peut présenter une certaine mobilité. Mais à mesure qu'elle s'accroît, elle s'enfonce en quelque sorte dans la parotide et devient moins mobile. Jusqu'ici peu ou point de douleur, pas de troubles fonctionnels. Peu de malades réclament l'opération à cette période. Puis au bout d'un an, deux ans, cinq ans et même dix ans, sous l'influence d'un coup, d'une tentative d'opération maladroite et intempestive, d'autres fois sans cause appréciable, la tumeur acquiert en quelques mois, en quelques semaines un volume considérable. Cette poussée, ce développement brusque sont le plus souvent accompagnés de douleurs névralgiques tellement vives et aiguës que le malade réclame instamment l'ablation de sa tumeur. Cette dernière, qui au début était arrondie ou ovoïde à surface lisse, devient, dans la deuxième période, conique, bosselée. De ces bosselures, les unes sont dures, résistantes, les autres molles et fluctuantes. Puis enfin dans une troisième période la tumeur s'altère, se creuse en une sorte d'entonnoir du fond duquel on voit surgir des bourgeons charnus, un liquide purulent ou séro-purulent, quelquefois infect en raison des parties mortifiées qui sont entraînées par la suppuration.

14° AFFECTIONS CHIRURGICALES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

A. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques du plancher de la bouche sont rares. La région sus-hyoïdienne est en effet garantie par le maxillaire inférieur et mieux encore par la mobilité de la tête. Ce n'est que dans des cas de chute sur un corps vulnérant, de tentatives de suicide ou d'éclats de projectiles de guerre que ces lésions peuvent s'observer, elles se compliquent d'ordinaire de lésions des artères linguale, faciale ou de leurs branches, l'hémorragie qui en résulte devra être combattue par la ligature des deux bouts du vaisseau divisé ; les nerfs grand hypoglosse et lingual peuvent être déchirés ou contus.

Les glandes sous-maxillaire et sublingale sont rarement atteintes directement par l'instrument vulnérant et cependant on connaît quelques cas de fistules salivaires rebelles survenues à la suite des blessures de cette région, il n'en est plus de même quand à la suite d'une tentative de suicide par coup de feu tiré sous le menton ou par éclats d'obus tout ou presque tout le plancher buccal a éclaté ou s'est rompu. Les glandes et leurs conduits excréteurs sont dilacérés et la fistule salivaire se produit.

On a signalé des éclats de projectiles assez volumineux qui avaient

pu se loger entre les muscles de la région ou entre ces derniers et la muqueuse buccale ; pour mon compte, j'ai constaté et extrait pendant le bombardement de Strasbourg un éclat d'obus très anguleux, très irrégulier qui s'était placé à la face profonde du mylo-hyoïdien et qu'il ne m'a pas été très commode d'extraire par la voie cutanée.

Lorsque le projectile ne s'arrête pas dans la région, qu'il continue son trajet, il peut atteindre tous les organes intra-buccaux : langue, voile du palais, piliers, pharynx, épiglotte, etc., et la lésion se complique alors des accidents dus à ce genre de blessure ; la déglutition, la phonation, la respiration sont gênées et l'asphyxie peut survenir.

On comprend que, comme dans toutes les plaies du cou, les lèvres de la solution de continuité se rapprochent ou s'écartent l'une de l'autre suivant que la tête est fléchie ou étendue, de là des indications de traitement sur lesquelles je n'insiste pas ici et pour lesquelles je renvoie à ce que je dirai plus loin des plaies du cou en général.

A^{bis}. — Corps étrangers du canal de Warthon.

Si je joins les corps étrangers du canal de Warthon à l'étude des lésions traumatiques du plancher de la bouche, c'est que les uns sont directement introduits du dehors dans l'orifice du canal, et que si les autres, les calculs, ne se développent pas toujours autour d'un noyau central formé par un corps étranger venu de l'extérieur, ils finissent par éroder les parois du canal et par lui faire subir ainsi un véritable traumatisme.

On a vu, très rarement il est vrai, des corps étrangers pénétrer par l'ostium du canal de Warthon, les quelques exemples qui existent dans la science se rapportent à des soies de porc détachées de brosses à dents, des barbes d'épi, une arête de poisson et enfin une paille.

Presque toujours, aussitôt après l'accident, il survenait du côté lésé une gêne des mouvements de la langue, gêne agaçante mais peu douloureuse, la sensation de quelque chose dont on voudrait se débarrasser, d'autres fois la douleur était vive, persistante, l'inflammation s'emparait du canal et de la glande, d'où des abcès à répétition.

Quand le corps étranger ne donne pas naissance à l'inflammation immédiate de la glande, la sensation de gêne disparaît peu à peu, mais bientôt il s'incruste de sels phosphatiques et oblitère plus ou moins complètement le canal qui se distend en arrière du corps étranger et forme une tumeur allongée, fluctuante, située sur le côté de la langue, en même temps la glande devient dure et douloureuse à la pression.

Le corps étranger peut, dans certains cas, être toléré pendant fort longtemps sans accidents ; par la compression excentrique qu'il détermine, il use les parois du canal et peut apparaître à travers cette boutonnière de la muqueuse.