

**Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne /
par le Docteur Dolbeau.**

Contributors

Dolbeau, Henri Ferdinand, 1830-1877.

Publication/Creation

Paris : Victor Masson, 1858 (Paris : L. Martinet.)

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/yymqnrh2>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

DES

TUMEURS CARTILAGINEUSES

DE LA PAROTIDE

ET DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Par le Docteur DOLBEAU,

Chirurgien des hôpitaux, professeur de la Faculté de médecine, etc.

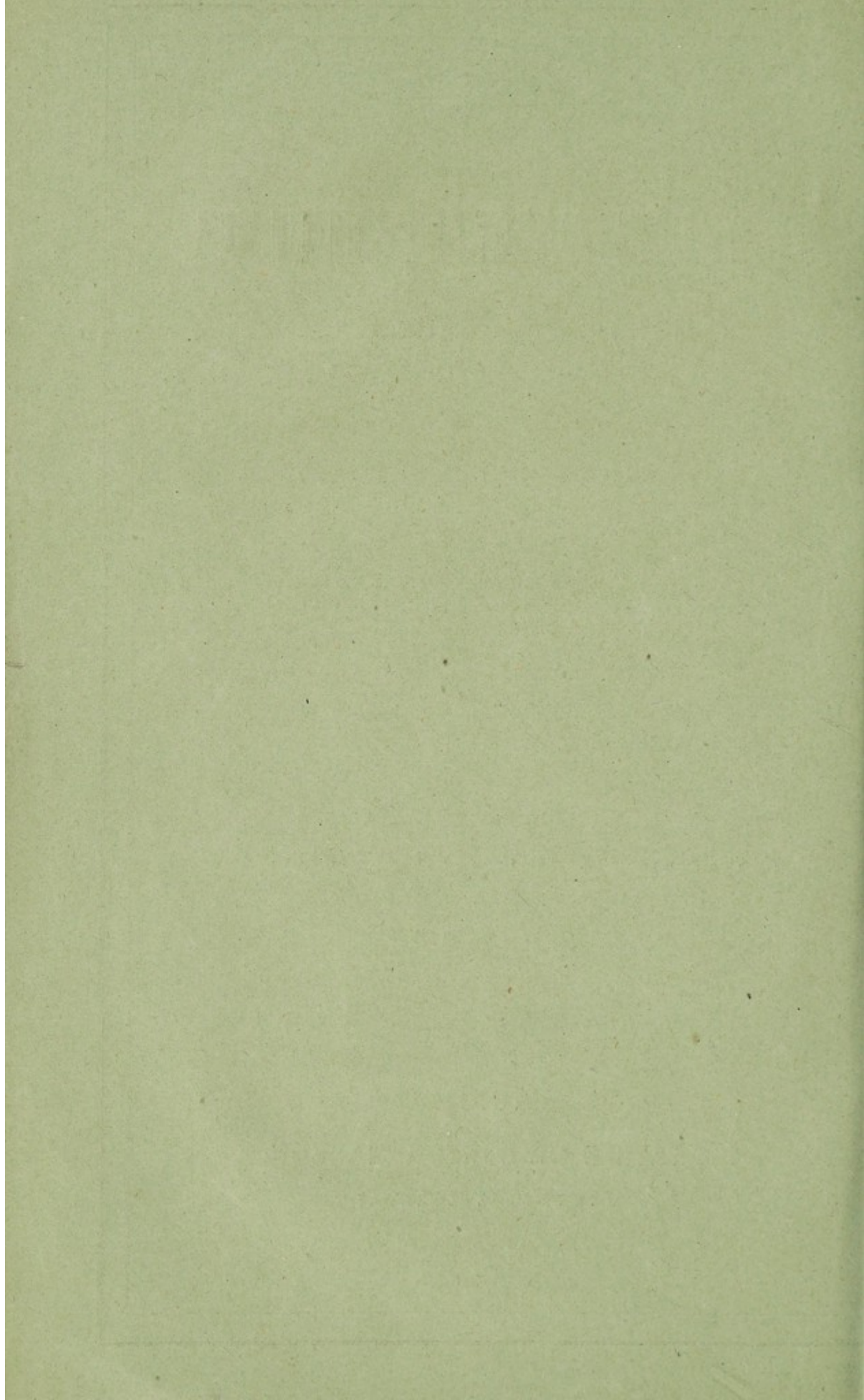
EXTRAIT DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1858.



DES

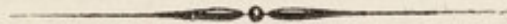
TUMEURS CARTILAGINEUSES

DE LA PAROTIDE

ET DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Par le Docteur DOLBEAU,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, etc.



PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1858.

Extrait de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,
PUBLIÉE A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

Paris.—Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

DES

TUMEURS CARTILAGINEUSES

DE LA PAROTIDE

ET DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

Depuis longtemps nous nous sommes occupé des tumeurs que l'on a désignées cliniquement sous le nom général d'enchondrome. Après avoir étudié l'enchondrome des os, nous avons voulu rechercher les productions cartilagineuses des parties molles. Ce long travail est à peu près terminé, bientôt nous le publierons complètement. Aujourd'hui, je veux seulement présenter l'histoire des enchondromes de la région parotidienne. On observe dans cette région parotidienne des tumeurs qui sont en presque totalité formées par un tissu cartilagineux; mais assez souvent la proportion du cartilage est très petite; d'autres fois, il faut avoir recours au microscope pour retrouver dans la masse quelques portions à structure cartilagineuses. Ces différentes tumeurs sont-elles identiques, et faut-il les considérer comme représentant les différentes métamorphoses, les différentes phases d'un même tissu; faut-il, en un mot, considérer comme un chondrome, une tumeur dans laquelle on ne trouve qu'un ou deux noyaux cartilagineux? Nous croyons que cette manière de voir serait trop exclusive; on rencontre, en effet, de petites portions de cartilage dans plusieurs espèces de tumeurs, encéphaloïdes, fibreuses, etc. Si donc on peut conserver quelques doutes sur les transformations des chondromes, l'étude des observations permet cependant de réunir en un seul groupe de tumeur, des productions dont la marche, les symptômes sont les mêmes, et qui constituent cliniquement ce que l'on

région et former de grosses tumeurs qui envahissent plus ou moins les régions voisines. Plus souvent ce sont de petites tumeurs du volume d'une noix, d'un œuf, d'une petite pomme, etc.; alors elles occupent des points assez fixes. On les observe : 1° au-devant de l'apophyse mastoïde, sous le lobule de l'oreille, descendant plus ou moins sur l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien. M. Cruveilhier décrit cette variété de chondromes 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, et s'étendant plus ou moins vers le bord antérieur du masséter. Malgré ces variétés de position, les tumeurs restent dans la région parotidienne; mais est-ce à dire que toutes sont des maladies de la glande parotide elle-même; nous ne le croyons pas. La glande s'étend jusqu'à l'apophyse mastoïde, descend au-dessous de l'angle de la mâchoire, remonte jusqu'à l'arcade zygomatique. Il se peut donc qu'elle soit le siège des tumeurs que nous étudions; cela est quelquefois, mais il est positif qu'on enlève dans la région des chondromes qui n'ont aucunes connexions avec la parotide. On pourrait croire que ce sont les ganglions lymphatiques qui sont l'origine de ces tumeurs. M. Cruveilhier croit que les corps cartilagineux sous-auriculaires sont développés dans le tissu cellulaire. Nous pensons, et nous avons des faits, que ces chondromes ont pour siège, soit la glande, soit les ganglions, soit les tissus fibreux de la région; mais nous ne croyons guère aux chondromes du tissu cellulaire sous-cutané. Autre considération :

Toutes les tumeurs cartilagineuses de la parotide sont sous l'aponévrose. Mais comme celle-ci manque presque complètement au niveau du conduit auditif, voilà pourquoi nombre d'enchondromes viennent faire saillie sous l'arcade zygomatique au niveau de sa racine et au-devant du tragus. Dans ce point ces tumeurs ont l'aspect de tumeurs sous-cutanées.

L'aponévrose manquant aussi au niveau du prolongement que la glande envoie entre les deux ptérygoïdiens, on comprend que les chondromes puissent gagner la bouche ou les côtés du pharynx, comme nous avons pu en observer un cas dans le service de M. Velpeau.

M. James Pajet, dans son *Traité des tumeurs* (1853), a consacré un chapitre à l'histoire des tumeurs cartilagineuses; voici ce qu'il dit à l'occasion des tumeurs de la parotide, page 204 : « Quelques-unes de ces tumeurs sont formées de cartilage pur et pourraient être prises comme des types de tumeurs cartilagineuses; mais la plupart sont formées de cartilage et de fibro-cartilage diversément mélangés avec d'autres tissus, et surtout avec un tissu

qui paraît être du tissu glandulaire imparfaitement développé ou altéré dans sa structure. Qu'elles revêtent l'une ou l'autre de ces formes, elles sont ordinairement incrustées dans la glande; elles sont quelquefois entièrement enveloppées par la substance glandulaire, et le plus ordinairement elles sont profondément enfoncées dans l'épaisseur de la glande et recouvertes par son aponévrose. Ces tumeurs sont généralement enveloppées par des capsules fibro-cellulaires, résistantes, et qui, tout en étant lâches, sont ordinairement plus ou moins attachées aux parties environnantes, dont il est difficile de les isoler. L'inconvénient de ces adhérences est augmenté par le contact fréquent des branches du nerf facial qui sont sujettes à adhérer à la partie profonde de la tumeur, à être compris entre ses lobes et même à s'étendre à sa surface.

» L'aspect ordinaire de ces tumeurs dépend beaucoup de la proportion dans laquelle sont mélangés le cartilage et les autres tissus constituants. Quand elles sont composées de cartilage pur, elles offrent tous les caractères généraux des chondromes. Tel est le cas qui, parmi tous les faits de ce genre, doit occuper le premier rang, c'est celui d'une tumeur enlevée par M. Hunter. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui, seize ans auparavant, tomba et eut la face contusionnée. Peu de temps après l'accident, la partie commença à gonfler, et le gonflement augmenta régulièrement pendant quatre ou cinq ans, lorsque alors il tomba de nouveau et éprouva une contusion violente sur sa tumeur. Celle-ci, à partir de ce moment, s'étendit surtout à sa base. Elle paraissait entièrement libre et mobile, incolore. M. Hunter l'extirpa avec un succès complet; elle pesait 444 onces et mesurait dans ses principales dimensions 9 pouces sur 7. Elle constitue un cas frappant de tumeur cartilagineuse conglomérée qui se compose de nombreuses masses arrondies de cartilage pâle, semi-transparent et d'un nacré resplendissant. Ces masses sont unies par des enveloppes fibro-cellulaires, l'aspect extérieur est lobé et lobulé. M. Quekett la trouva composée de cartilage dans lequel une partie de la substance intercellulaire est homogène, l'autre partie finement fibreuse. »

Les observations I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII et IX qui suivent seront lues avec intérêt. C'est là qu'on pourra trouver les particularités relatives à la structure de ces tumeurs. Le lecteur pourra aisément se convaincre que toutes ces observations ont entre elles une grande analogie malgré les titres différents qui servent à les désigner. Ainsi, pour n'en citer qu'une seule, l'observation IX, faut-il considérer comme un cancer de la parotide une tumeur datant de six ans, mobile, dure, sans altération des téguments; une tumeur qui se composait de matière analogue au fibro-cartilage, une tumeur qui fut extirpée et qui n'avait pas récidivé après quatre

années? Il suffit de poser ces questions pour répondre que, selon toute probabilité, il s'agissait là d'une tumeur bénigne de la région parotidienne.

OBS. I. — *Énorme tumeur de la région parotidienne et de la partie latérale du cou ; ablation de la tumeur ; guérison* (observation lue à la Société de chirurgie dans la séance du 10 juin 1858, et recueillie par M. Charnal, interne de M. Monod). — Le 26 mai 1857, le nommé R... (Victor), âgé de soixante-deux ans, cultivateur à Villotte devant Saint-Michel (Meuse), se présente à la Maison municipale de santé pour se faire délivrer d'une tumeur volumineuse occupant la région parotidienne droite et la partie correspondante du cou.

Il y a quinze ans, une petite tumeur s'était développée dans la région sous-maxillaire du côté droit ; notre malade n'y fit pas grande attention ; il ne souffrait pas et n'éprouvait aucune gêne. Cependant, suivant toujours une marche progressive et continue dans son développement, la tumeur atteignit bientôt un volume considérable. R... fut alors trouver un médecin de son pays pour se faire opérer ; celui-ci non-seulement refusa de faire l'opération, mais il conseilla même au malade de ne point se faire enlever sa tumeur, parce que l'artère devait la traverser, et que l'on serait obligé de la couper pendant l'opération.

D'après ce conseil, R... attendit encore six ans ; mais, effrayé par le développement toujours croissant de sa tumeur, il prit enfin le parti de venir tenter la hardiesse et l'habileté des chirurgiens de Paris.

Lors de son entrée à la Maison municipale de santé, le malade est obligé de soutenir sa tumeur avec un mouchoir passé en mentonnière et noué sur la tête. Le volume de la tumeur peut être comparé au volume de la tête d'un enfant qui vient de naître. Elle commence en haut au niveau de l'arcade zygomatique et descend inférieurement jusqu'à 5 cent. au-dessus de la clavicule. Sa forme générale est celle d'un ovoïde à grand diamètre vertical ; sa face extérieure est saillante et irrégulièrement arrondie ; elle présente une série de petites bosselures, les unes molles et presque fluctuantes, les autres offrant au contraire une dureté assez considérable. La face profonde, reposant sur la branche du maxillaire inférieur et sur les parties latérales du cou, semble aplatie ; elle ne fournit, du reste, aucun prolongement ni du côté de la bouche ni du côté du pharynx.

La mensuration donne les résultats suivants :

Verticalement, en suivant la grande courbure, 30 centim. ; transversalement, en suivant la petite courbure vers la partie moyenne de la tumeur, 25 centim. pour la surface extérieure seulement.

Comme la surface profonde nous semble à peu près plane, nous avons recours au pelvimètre pour prendre approximativement ses dimensions, et nous obtenons les résultats suivants :

Verticalement, 16 centim.

Transversalement, 115 millim.

Ce qui nous donne à peu près comme grande circonférence verticale, 46 centim., et comme circonférence transversale, 365 millim.

Malgré son volume considérable, cette tumeur ne gêne en rien les

mouvements de la face; le nerf facial n'est donc pas altéré. Il n'y a pas non plus de signes de compression des vaisseaux, puisqu'on sent très bien les battements de l'artère temporale au-dessus de la tumeur. La respiration, la déglutition se font normalement. L'ouïe n'est point altérée, bien que la tumeur presse contre la partie antérieure du pavillon de l'oreille, en entraînant en haut le lobule, qui occupe ainsi le point le plus élevé de la tumeur. La peau semble très vasculaire. Enfin, un dernier signe de la plus haute importance, au point de vue de l'opération, c'est qu'en saisissant la tumeur à pleine main, on peut facilement lui imprimer des mouvements dans tous les sens.

Je dois signaler encore l'absence complète de douleurs, soit spontanées, soit déterminées par les explorations. La seule chose dont se plaint le malade, est la pesanteur de la tumeur.

Le 28 mai, M. Demarquay fait une ponction exploratrice dans l'un des points qui semblent les plus fluctuants. Dans le premier moment, il ne sort rien par la canule, puis bientôt il s'écoule une petite quantité de sang rouge, semblable au sang artériel. La canule étant retirée, le sang coule encore pendant quelques instants par la piqure du trocart. L'auscultation faite avec soin, ne révèle aucun bruit de souffle. Les causes sous l'influence desquelles la tumeur s'est développée sont complètement inconnues. Il est impossible aussi de se prononcer sur sa nature.

L'état général du malade est très bon; sa constitution est des plus robustes.

Le 30 mai, on procède à l'opération. Le malade étant endormi, M. Demarquay, à l'aide de deux incisions verticales, qui se réunissent à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur, limite un lambeau de peau qui doit être enlevé avec elle. Disséquant ensuite la peau en avant et en arrière, il arrive rapidement vers les parties profondes; là, il rencontre d'abord, en procédant de bas en haut, la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce muscle est comprimé et aplati par la tumeur, à laquelle il n'est uni que par un tissu cellulaire lâche. Au-dessus du bord antérieur ou interne du muscle, dans le point où la carotide est plus superficielle, M. Demarquay saisit avec une pince toutes les parties qui se présentent, et n'incise jamais qu'entre la tumeur et la pince. C'est ainsi que l'artère faciale est coupée, et peut être liée immédiatement et sans hémorrhagie.

Plus haut, il rencontre le ventre postérieur du digastrique, qui est sain, et arrive à la parotide. La branche inférieure du nerf facial se trouvant comprise dans la tumeur, et ne pouvant être isolée, est coupée; enfin, parvenu au-dessous de l'arcade zygomatique, et au moment de terminer l'opération, M. Demarquay se voit dans l'obligation de couper encore la carotide externe au point où elle va se diviser en temporale et en maxillaire interne.

La tumeur complètement enlevée, on réunit les lambeaux de peau par de nombreux points de suture, puis on panse avec la glycérine.

Le poids de la tumeur est de 1,300 grammes; sa surface extérieure est inégale; elle présente une série de saillies, de véritables lobules séparés les uns des autres par des dépressions larges et peu profondes. Quelques-unes de ces saillies sont molles et fluctuantes; une petite ponc-

tion faite avec la pointe d'un bistouri ne laisse pourtant sortir qu'une seule goutte d'un liquide clair et filant, analogue à de la synovie.

Une coupe faite suivant le grand diamètre de la tumeur nous laisse voir son tissu d'un blanc rosé. Ici la tumeur ne semble plus formée que par quatre lobes superposés. Vers sa partie moyenne, au niveau du point où avait été faite la ponction exploratrice, se trouve un petit foyer sanguin résultant d'une hémorragie interstitielle.

Enfin, M. Robin ayant eu l'obligeance d'examiner la tumeur au microscope, nous communique la note suivante au sujet de sa structure :

« Cette tumeur est formée principalement de tissu de structure glandulaire, analogue à celui de la parotide, sans pouvoir lui être tout à fait assimilé, et pour un tiers au moins de tissu fibro-cartilagineux. »

Le soir, le malade est bien ; il est calme et a reposé un peu dans la journée. Le pouls est à 80 pulsations.

Le 31, la nuit a été bonne, et le malade a dormi un peu. Il n'y a pas de céphalalgie, pas de fièvre ; il n'y a ni rougeur ni douleur au niveau de la plaie.

Le 1^{er} juin, l'état général est toujours très bon. La paralysie faciale, qui n'occupait d'abord que la partie inférieure, occupe maintenant toute la hauteur. Les paupières ne peuvent plus recouvrir que très incomplètement le globe oculaire.

Le 2, le pus s'amassant vers la partie déclive de la plaie, M. Demarquay est obligé de faire une contre-ouverture en ce point.

Le 3, la peau est bien appliquée contre les parties profondes, et contracte des adhérences dans tous les points.

Le 5, on enlève les points de suture. Les bords de la suture ne sont pas réunis ; mais, comme je l'ai dit, la peau étant fixée aux parties profondes, il ne reste plus qu'une plaie linéaire correspondant à la section.

Le 9 juin, le malade est très bien ; il est levé toute la journée. La paralysie des paupières semble moins considérable. Enfin la plaie se cicatrise rapidement.

OBS. II. — *Enchondrome de la parotide du côté droit ; ablation ; guérison.* — (Observation recueillie par M. Aug. Voisin, interne de service.) — Examen microscopique des tumeurs, fait par M. Ch. Robin. — Au n° 33 de la salle des hommes est couché le nommé Gosse, âgé de quarante-deux ans. Le malade ne peut rien nous apprendre sur les maladies de son père et de sa mère ; pendant son enfance, il a toujours été très chétif. Depuis l'âge de sept ans, il porte dans la région parotidienne du côté droit une tumeur qui, il y a trois ans, avait le volume d'une noisette ; mais depuis cette époque elle a fait des progrès rapides. L'année dernière, il y a éprouvé des douleurs piquantes. Il entre à l'hôpital le 4^{er} avril 1856.

Cet homme paraît jouir d'une bonne santé. Il porte à la région parotidienne droite, à un centimètre au-dessous du lobule de l'oreille, une tumeur ovoïde, du volume d'une grosse noix, un peu comprimée de sa face externe vers sa face profonde, à grand diamètre vertical ; son extrémité inférieure descend jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire ; son diamètre transversal est de 5 centim. $1/2$, le vertical de 6 $1/2$.

La tumeur semble tout d'abord très mobile sur les parties sous-jacentes ; mais un examen plus attentif fait constater, si on cherche à imprimer une locomotion étendue, qu'elle a des adhérences profondes. Les téguments sont mobiles sur la tumeur. Sa circonférence n'est pas parfaitement régulière ; on y sent une disposition lobulée. La tumeur est également dure en tous points ; elle a la consistance des tumeurs cartilagineuses ; elle est indolente, et participe aux mouvements de la mâchoire.

Le diagnostic porté par M. Nélaton fut celui-ci : *Masse cartilagineuse développée dans la région parotidienne ; pédicule de la tumeur inséré dans la parotide.*

Le 11 avril, M. Nélaton fait une incision verticale partant du lobule de l'oreille et se dirigeant vers l'extrémité inférieure de la tumeur. Dans cette première incision, la peau et l'aponévrose superficielle sont seules divisées. La tumeur est alors saisie, énucléée en partie ; mais il fallut une dissection attentive pour la détacher profondément de ses adhérences avec la parotide. La plaie fut pansée comme une plaie simple. Pas de sutures.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Ch. Robin. Elle était constituée par un noyau central cartilagineux, avec des prolongements périphériques. Le reste de la tumeur était formé de tissu amorphe et légèrement granuleux. A sa surface externe existe une portion de la glande parotide.

Les résultats de l'opération furent très simples. La suppuration dura jusqu'au 30 avril, et le 2 mai le malade sortait parfaitement guéri.

Nous avons revu le malade le 2 février 1857, la cicatrice est linéaire, non indurée ; les tissus sous-jacents sont d'une souplesse remarquable.

OBS. III. — *Tumeur fibro-glanduleuse de la région parotidienne, avec légère paralysie faciale ; résection d'une portion de la tumeur.* — Hôpital de la Charité, service de M. Velpeau, salle Sainte-Catherine, n° 13. Goyer (Amélie), couturière, âgée de quarante-deux ans, entrée le 8 juin 1857, sortie le 29 juin.

Cette femme porte depuis sept ans une grosseur dans la région parotidienne. D'abord très petite, la tumeur a augmenté insensiblement, sans occasionner de douleurs à la malade. Depuis six semaines, la tumeur a grossi rapidement, et des élancements se sont montrés. C'est en même temps que parurent les premiers symptômes d'une paralysie faciale. La malade habite la campagne ; elle est robuste, bien constituée, et ne peut assigner de cause à sa maladie.

État actuel, 9 juin. — On constate tout d'abord une asymétrie dans les traits du visage. La pointe du nez est tirée à gauche, ainsi que la commissure des lèvres, qui est aussi légèrement abaissée. Si l'on dit à la malade de fermer les yeux, on constate que les paupières du côté droit ne peuvent se fermer complètement.

Du côté droit, il existe une tumeur qui fait un relief sensible ; elle est limitée supérieurement par l'arcade zygomatique, en bas, par l'angle de la mâchoire ; elle est placée en avant et un peu au-dessous du conduit auditif externe, elle avance un peu sur la branche montante du maxil-

laire inférieur. C'est surtout au niveau de la racine de l'arcade zygomatique, et un peu au-dessous, que la saillie de la tumeur est plus évidente. Cette tumeur a le volume d'une grosse noix ; elle se termine par circonférence bien limitée, dont le rebord saillant est parfaitement apprécié par le doigt. Profondément et en dedans, la tumeur est attachée aux tissus sous-jacents ; on ne peut la mobiliser ni interposer les doigts entre elle et les parties plus profondes. Elle est bosselée et inégale. Ces petites bosselures sont d'une grande dureté, un peu élastique. La peau est libre d'adhérence avec la tumeur ; elle est d'ailleurs parfaitement normale. La pression assez énergique ne détermine aucune douleur dans la masse morbide.

Le 10 juin, M. Velpeau se décide à extirper cette tumeur ; il la croit de bonne nature, mais il est à craindre que son volume n'aille en augmentant.

Une incision demi-circulaire, dans un sens un peu oblique par rapport à la verticale, est pratiquée vers le tiers antérieur de la tumeur, en commençant au-devant du conduit auditif. Le lambeau est disséqué, la tumeur mise à nu, mais il devient très évident qu'elle se prolonge dans l'excavation parotidienne. M. Velpeau fait la section du pédicule, et termine ainsi l'opération.

Réunion de la plaie au moyen des serre-fines.

Les suites furent simples, et le troisième jour la réunion était obtenue, excepté à la partie inférieure de la plaie, dont le fond suppure.

Le 29 juin, la malade quitte l'hôpital. La cicatrice est complètement fermée ; elle ne laisse aucune difformité. La paralysie faciale est ce qu'elle était avant l'opération.

Examen de la tumeur. — La portion enlevée a à peu près le volume de la dernière portion du pouce ; elle est dure, opaline, d'aspect brillant, rappelant le fibro-cartilage, surtout à la périphérie. Le centre est moins dur, il est grenu, d'une couleur jaune grisâtre. La dissection extérieure permet de reconnaître que la tumeur se continue avec quelques lobules parotidiens enlevés avec elle. De plus, on voit qu'elle est avoisinée par un fragment de canal cylindrique de deux millimètres de diamètre, à parois très épaisses, et dont la lumière paraît à peu près complètement oblitérée. Ce canal ressemble beaucoup à un canal salivaire ; une de ses ramifications pénètre manifestement dans la tumeur, où elle peut être suivie à une profondeur de 4 ou 5 millimètres. Il n'y a pas à penser que ce soit une dépendance du facial, car on ne découvre au microscope aucune fibre nerveuse.

La substance de la tumeur, examinée par M. Robin, ne renferme pas de cartilage, comme on aurait pu le penser par l'aspect spécial de la tumeur. Elle renferme seulement beaucoup de tissu fibreux et des culs-de-sac glandulaires modifiés, analogues aux éléments du tissu, décrits par M. Robin sous le nom de tissu hétéradénique.

OBS. IV. — *Enchondromes de la parotide* (1). — M. Gosselin présenta une tumeur de la région parotidienne du volume du poing, et portée par

(1) Société de chirurgie, séance du 3 octobre 1855.

un sujet de vingt-huit ans. Cette tumeur était peu douloureuse, mobile sur les couches sous-jacentes, et présentait une sorte de mollesse simulant la fluctuation. La laxité du tissu cellulaire et la présence d'un kyste à contenu séro-sanguinolent au-dessous de la tumeur en rendirent l'énucléation facile.

Elle s'était, du reste, creusé une fossette peu profonde; il fallut seulement lier quelques artérioles.

A la coupe, cette production n'a pas les apparences du cancer; elle est formée de gros lobules conglomérés, qui rappellent plutôt les hypertrophies dont la parotide est parfois le siège; cependant l'aspect glandulaire lui-même est peu marqué. MM. Gosselin et Bauchet ont reconnu, à l'examen microscopique, des culs-de-sac glandulaires à la périphérie, et au centre une masse constituée par du tissu fibro-cartilagineux, avec prédominance de fibres.

M. Gosselin pense que, en raison de la petite proportion des éléments cartilagineux, cette tumeur ne mériterait pas le nom d'enchondrome; le tissu fibreux et les culs-de-sac glandulaires étant beaucoup plus abondants.

M. Verneuil a vu, dans la même région, une tumeur existant depuis très longtemps, et qui avait le volume d'une pomme.

Elle avait beaucoup de ressemblance avec la précédente, sauf peut-être une plus grande consistance. Cette production était composée d'une substance fibro-cartilagineuse, ayant les plus grandes affinités de structure avec le fibro-cartilage du pavillon de l'oreille.

M. Broca a vu deux cas de ce genre.

M. Richard a extirpé une tumeur de ce genre; elle était très mobile, et sa nature véritable n'avait pas été reconnue avant l'opération. La saillie extérieure était peu considérable, mais la tumeur s'enfonçait profondément. Elle était formée par du cartilage pur.

OBS. V. — *Extirpation d'une tumeur de la parotide, suivie de paralysie de la face*, par M. ALBINO-MAGRI (*Journal des Progrès*, 1830, t. I, p. 261). — Paolo-Gennaro, âgé de trente-six ans, paysan habitant de la commune d'Olzano, maigre, robuste, d'un tempérament sanguin, portait une grosse tumeur au côté gauche de la face; elle avait commencé douze ans auparavant, sous la forme d'un petit globule, situé à la partie supérieure de la tempe, du côté gauche, et qui, ne causant ni gêne ni douleur, put à son aise s'étendre à toutes les parties environnantes. Plusieurs fois des médecins lui conseillèrent de se soumettre à une opération, mais il s'y refusa toujours. La tumeur continuait à s'accroître, lorsqu'un ancien chirurgien, après l'avoir examinée, y fit une incision; il n'en sortit que peu de sang. Après plusieurs semaines, pendant lesquelles la plaie produite par l'incision s'enflamma et suppura, elle guérit enfin; mais la tumeur avait augmenté de volume. Six mois après ce malencontreux traitement, voyant la tumeur s'accroître rapidement, le malade vint consulter M. Magri, le 23 janvier 1829. La tumeur commençait à la tempe gauche, dans la direction de l'arcade sourcilière, et descendait un pouce et demi au-dessous de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire qu'elle couvrait et comprenait le méat auditif, en poussant en arrière et en dehors

le pavillon auriculaire. Elle couvrait au centre l'apophyse mastoïde, la branche de la mâchoire, et se portait en avant, à la distance d'un pouce de la commissure labiale. Sa forme était irrégulièrement pyramidale, la base tournée en haut, le sommet en bas; la surface était lisse, mais offrait çà et là quelques bosselures. La peau était de couleur naturelle, luisante et parcourue par de grosses veines. Le toucher n'y déterminait aucune douleur. Des adhérences assez fortes retenaient la tumeur en haut, en arrière et en bas, mais permettaient des mouvements du reste assez limités. Dans quelques points, on sentait de la fluctuation et de la mollesse; d'autres étaient consistants et durs. De temps en temps, et surtout après un long travail, le malade éprouvait des douleurs cruelles. Ayant examiné l'intérieur de la bouche, on n'y vit aucune particularité qui pût rendre l'opération plus dangereuse. On vit bien qu'en la pratiquant il serait impossible d'éviter les grosses artères, telles que la temporale, la faciale transverse; il était aussi douteux si la parotide était intéressée. Mais en considérant que la tumeur, abandonnée à elle-même, ferait des progrès, et en joignant à cette considération d'autres motifs, on se décida à opérer. Le jour suivant, le docteur Madonini, appelé en consultation, fut du même avis.

Le 27 janvier, l'opération fut faite. Le malade étant assis, on fit deux incisions semi-lunaires de haut en bas, et comprenant entre elles une grande portion de la peau, mais en en conservant assez pour couvrir la vaste plaie qui allait résulter de l'opération. Ayant relevé les deux bords, que M. Madonini tint renversés, la tumeur fut détachée supérieurement, en ayant soin de tourner toujours le tranchant du bistouri vers elle. Lorsqu'on découvrit le zigoma, l'artère temporale fut ouverte; M. Albino la comprima avec le doigt, et l'opération fut continuée. Pendant ce temps, le malade eut une syncope, à cause de la perte considérable de sang. Après avoir détaché et enlevé la tumeur tout entière, on réunit la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives.

La conséquence immédiate de l'opération fut une paralysie de la face du côté correspondant.

Dtssection de la tumeur. — Elle pesait 2 livres 1/2; sa plus grande circonférence avait 15 pouces, et la petite 12. On voyait à la base une petite tumeur aplatie, de figure irrégulièrement triangulaire adhérente au lipome, de structure glandulaire et qu'on reconnut pour être la glande parotide; ayant fait une incision longitudinale à la partie antérieure du lipome, on le trouva enveloppé de deux membranes, une externe, épaisse, ligamenteuse, ressemblant à la dure-mère, et qui se séparait facilement de l'autre, mince et celluleuse, et de la surface interne de laquelle partaient des lames qui divisaient la tumeur en lobes, divisés eux-mêmes en lobules. La substance contenue dans ces lobules était de nature diverse. La plus grande partie était de la graisse; d'autres portions étaient formées d'une substance blanche, dure, ligamenteuse; d'autres points contenaient du sérum sanguinolent. On reconnut, en outre, le passage du facial à travers la parotide.

Le 26 février, Gennaro put retourner à ses travaux des champs.

OBS. VI. — Le nommé Granger, âgé de quarante-six ans, entre à

l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, à la fin d'avril 1856, lit n° 6.

Il désire être débarrassé d'une tumeur de la région parotidienne droite. Il y a vingt ans, dit-il, qu'elle a commencé à se développer ; elle est indolente, offre aujourd'hui le volume d'un petit œuf de poule, et paraît mobile sur les parties qu'elle recouvre. Sa surface est lisse, régulièrement arrondie, sans altération des téguments. La consistance générale est molle comme celle d'un ganglion ou d'un encéphaloïde ramollis, mais on distingue çà et là, par le palper, des points très durs rappelant la consistance cartilagineuse. C'est en s'appuyant sur cette particularité autant que sur la marche de la tumeur, et aussi sur une sensation particulière de frottement rude, appréciable au toucher lorsqu'on imprime des mouvements à la tumeur, tout en l'appuyant contre l'angle de la mâchoire, que M. Nélaton se fonde pour établir et motiver son diagnostic d'enchondrôme parotidien en voie de ramollissement, tumeur essentiellement bénigne, bien différente, sous ce rapport, de l'encéphaloïde, avec lequel son tissu offre assez souvent une certaine analogie d'aspect. M. Nélaton se propose d'opérer ce malade, bien qu'il soit affecté depuis plusieurs mois d'une syphilide papuleuse concomitante.

Le 30 avril, on enlève la tumeur sans difficulté. Aucune particularité digne d'être notée.

La cicatrisation fut entravée par un érysipèle de la face, étendu au cuir chevelu et à une partie du cou ; elle ne fut complète qu'après un mois ou six semaines.

La coupe de la tumeur permet de distinguer au milieu des parties grenues, pulpeuses et ramollies, des petits noyaux durs et lisses, d'aspect cartilagineux. Cependant, par l'examen microscopique, M. Robin ne reconnut point dans ces parties la structure du cartilage, mais bien celle du tissu fibreux.

OBS. VII. — *Tumeur fibro-cartilagineuse de la région parotidienne* (1). — Dans le courant du mois de février 1857, M. Velpeau a pratiqué, à l'aide du bistouri, l'ablation d'une tumeur parotidienne, qu'il désigne sous le nom de tumeur adénoïde, au couvent de l'avenue de Saxe.

Madame A..., âgée de trente ans, forte et bien constituée, d'un tempérament essentiellement nerveux et impressionnable, d'une bonne santé d'ailleurs, porte depuis une dizaine d'années une tumeur située au-dessous et en avant du lobule de l'oreille gauche, occupant par conséquent la région parotidienne et anticipant quelque peu sur la région massétérine.

Le volume de la tumeur peut être évalué à celui d'un petit œuf de poule ; elle offre une surface bosselée ; sa consistance est assez dure, la peau qui la recouvre est saine, parfaitement mobile. Jamais il n'y a eu la moindre douleur, ni spontanément, ni à la pression. Jamais aucune trace d'hémiplégie faciale, aucune gêne dans les mouvements de la mâchoire.

(1) Nous devons cette observation, ainsi que la précédente, à l'obligeance de M. Eugène Nélaton.

L'extirpation de la tumeur se fit sans difficulté, bien qu'elle adhérât à la glande parotide par un petit pédicule assez flexible, de nature probablement glanduleuse, car il était constitué par des lobules jaunâtres, agglomérés, tout à fait semblables, à l'œil nu, aux grains glanduleux de la parotide.

Quelques filets du nerf facial adhèrent à la face profonde de la tumeur et ont été incisés avec elle ; du reste, après l'opération, la malade présentait une légère déviation de la commissure labiale.

A la coupe, le tissu de la tumeur présente de gros noyaux cartilagineux, à contours irréguliers, et bien reconnaissables à leur consistance, à leur teinte d'un gris bleuâtre, et à leur demi-transparence.

Au microscope, M. Robin a constaté dans la tumeur la présence des éléments qui entrent dans la composition du tissu cartilagineux et du tissu fibreux.

OBS. VIII. — *Extirpation d'une partie de la glande parotide devenue squirrheuse*, par ANSIAUX. (*Clinique chirurgicale*, 1816, p. 198.) — M. Lhonneur portait, depuis environ huit ans, sur le muscle masséter du côté droit, une tumeur qui parvint par degrés au volume d'un petit œuf de poule. Elle était dure, indolente, mobile, de forme oblongue, et s'étendait de dessous l'arcade zygomatique à l'angle de la mâchoire. Elle n'occasionnait, au reste, aucun inconvénient que celui de la difformité. M. Lhonneur demandait à être débarrassé ; je ne vis pas d'obstacle à enlever une tumeur qui pouvait augmenter de volume, contracter des adhérences ou passer à l'état cancéreux.

Je divisai la peau de haut en bas, et la séparai de chaque côté, de manière à découvrir toute la partie antérieure de la tumeur. Je pus alors la saisir avec les doigts et la soulever pour en détacher plus facilement la base. Cette dernière dissection me conduisit vers le haut du bord parotidien de l'os maxillaire, et me fit reconnaître que la tumeur se prolongeait jusque dans la parotide même, par une espèce de pédicule faisant corps avec cette glande. Il m'était permis de lier ce pédicule, mais ne voulant rien laisser qui pût donner lieu à la reproduction de la maladie, je préférai le séparer complètement avec le bistouri, et pour cela je me vis forcé d'enlever au moins le quart de la parotide et une petite portion du masséter, ce qui laissait à nu un point du maxillaire inférieur. Mais tout à coup on vit un très gros jet de sang s'élancer du fond de la plaie avec impétuosité. La ligature du vaisseau fut faite au moyen du ténaculum. Il y eut encore quelques vaisseaux coupés ; l'excavation profonde, résultant de cette opération, fut remplie de boulettes de charpie.

Divisée en plusieurs sens, la tumeur nous présentait une substance grisâtre, d'une dureté presque cartilagineuse, réunissant tous les caractères du tissu squirreux sans mélange de matière cérébriforme.

Sept semaines après la guérison était parfaite, la cicatrice formait une rainure profonde qui ne gênait par les mouvements de la mâchoire ; la joue était légèrement gonflée ; du côté opéré, il y avait distorsion de la bouche et larmoiement continu.

OBS. IX. — *Extirpation d'une glande parotide carcinomateuse*, par

C.-D. DEGLAND. (*Journal génér. de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 1818, t. II, 2^e série, p. 145.) — Une blanchisseuse, âgée de soixante-cinq ans, d'une haute stature, d'un tempérament bilioso-nerveux, portait depuis cinq ou six ans une tumeur squirrheuse sur le côté droit de la tête, immédiatement au-dessous de l'oreille, entre et vis-à-vis l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde.

Cette tumeur, quand je la vis pour la première fois, était du volume d'un petit œuf de poule, dure, résistante, unie, circonscrite, indolente, peu mobile, mais sans adhérences avec la peau qui conservait sa couleur naturelle. Lorsqu'on l'avait aperçue, elle était de la grosseur d'une forte noisette, et n'occasionnait qu'un léger sentiment de tension. Dix à douze mois s'écoulèrent sans qu'elle fit aucun progrès; ensuite elle grossit sensiblement, et deux années après elle offrait le caractère que je viens d'indiquer. La malade fit usage, mais sans succès, de tous les moyens que lui prescrivirent l'art et l'empirisme.

En 1813 la tumeur était un peu plus volumineuse, moins dure, et le siège d'élancements qui augmentaient vers le soir et devenaient de jour en jour plus violents. La pression y déterminait un sentiment douloureux et l'on y remarquait une sorte de mobilité en la portant fortement en dehors.

Jugeant que la glande parotide passait à l'état cancéreux et que son extirpation était indispensable, je la pratiquai immédiatement. (Suivent les détails de l'opération.)

La tumeur fut examinée avec soin: sa forme était ovoïde, sa surface unie et recouverte d'un tissu cellulaire assez serré. Sa portion antérieure était plus molle que la postérieure, qui offrait pour ainsi dire la consistance du cartilage. J'incisai en long cette tumeur et je donnai issue à une matière sirupeuse, jaunâtre, inodore, dont une partie se trouvait amassée au milieu de l'organe et l'autre infiltrée dans son tissu, que je ne saurais mieux comparer pour la couleur et la consistance qu'aux fibro-cartilages intermédiaires aux vertèbres lombaires. Le tissu était pulpeux intérieurement, plus consistant à l'extérieur; on n'y distinguait aucune fibre.

L'opération ne fut suivie d'aucun accident. La plaie fut entièrement cicatrisée au bout de vingt-six jours. Aujourd'hui, quatre ans environ après l'opération, la femme jouit d'une excellente santé et l'on distingue, à l'endroit de la plaie, une cicatrice linéaire et enfoncée.

Mais quel est le siège anatomique des tumeurs cartilagineuses de la région parotidienne? Quel est le tissu qui est le point de départ de la maladie? Nous pensons que les cloisons fibreuses qui segmentent la parotide subissent souvent une sorte d'hypertrophie, et que c'est alors que se déposent les éléments cartilagineux; en sorte que la tumeur serait successivement fibreuse, fibro-cartilagineuse, et enfin cartilagineuse. Est-ce à dire, pour cela, que les enchondromes ne soient que des hypertrophies de la parotide? Nous croyons que cette manière de comprendre les choses serait peu judicieuse. L'hypertrophie est constituée, en général, par l'aug-

mentation de volume des éléments anatomiques ou par la génération d'éléments analogues qui, augmentant le nombre de ceux de l'organe, déterminent, par conséquent, l'augmentation de volume. L'hypertrophie ne comporte pas l'existence d'un tissu accidentel, si l'enchondrome parotidien a pour siège primitif les cloisons fibreuses de la glande ; nous ne pensons pas que ce soit le siège unique. Les ganglions de la région sont fort nombreux, occupent des positions variées. Nous sommes convaincu qu'ils sont quelquefois le siège des chondromes superficiels, des chondromes inclus dans l'épaisseur de la parotide. Les tumeurs cartilagineuses sous-auriculaires ont souvent leur point de départ dans les ganglions situés en avant de l'apophyse mastoïde et dans l'attache supérieure du sterno-mastoïdien. M. Velpeau a, du reste, émis depuis longtemps l'opinion que le siège des tumeurs parotidiennes était dans les ganglions de la région.

L'observation de M. Demarquay est évidemment relative à une tumeur de la glande parotide, le facial a été coupé, et la carotide a fourni deux fois du sang pendant l'opération. La tumeur enlevée par M. Velpeau était bien aussi une maladie de la parotide, car on y trouva un canal salivaire des grains glanduleux ; enfin il y a une légère paralysie de la paupière supérieure, ce qui prouve que quelques filets du facial étaient comprimés par la tumeur. Il en est de même de l'observation IX. Dans le cas de M. Nélaton (obs. II), la parotide a été lésée, puisqu'il y avait à la surface de la tumeur enlevée des fragments très manifestes de la glande. Cependant il nous semble que c'était un corps cartilagineux compris dans l'épaisseur de la parotide, et développé aux dépens des cloisons de cette glande. L'observation d'Ansiaux est analogue. Il en est de même de celle de M. Pamard (obs. XIX), qui avait peut-être pour siège les ganglions intra-parotidiens. Dans l'observation qui appartient à M. Gosselin, c'est une tumeur fibro-cartilagineuse développée sous l'aponévrose à la surface de la glande, sur laquelle elle s'était creusé une fossette peu profonde. Une bourse séro-sanguine sous-jacente à la tumeur en a facilité l'énucléation. D'après ce qui précède, on voit que nous n'avons pas de notions certaines sur le tissu qui est le point de départ des chondromes développés dans l'épaisseur de la glande. Nous croyons utile de citer textuellement un passage du livre de M. Paget qui est relatif à cette question (page 204) : « Les tissus qui se trouvent mélangés avec le cartilage sont, je crois, jusqu'ici, de nature incertaine. Dans cinq cas, j'ai trouvé que le plus souvent ils présentaient une structure lobulée en grappes, avec un tissu d'apparence fibreuse entourant les espaces remplis de noyaux et de cellules. Ces espaces enclos ressemblent tellement aux acini d'une

glande conglomérée qu'elles paraissent confirmer l'opinion qu'on pourrait se faire d'après leur aspect général, c'est-à-dire qu'elles sont une imitation du tissu glandulaire; ceci est encore confirmé par les caractères des cellules qui se trouvent à l'intérieur de ces pseudo-acini, car elles ont les traits généraux des cellules glandulaires; elles sont généralement petites, rondes ou ovales, aplaties, presque granuleuses, avec des noyaux pellucides presque ronds contenant des nucléoles. Elles constituent ou une doublure épithéliale mince des espaces que j'ai mentionnés, ou bien elles sont rassemblées à leur intérieur, ou bien elles peuvent être irrégulièrement groupées dans toute la substance de la tumeur, et, dans tous les cas, de nombreux noyaux libres sont mélangés avec elles. Tels sont les caractères généraux de ces cellules, mais elles présentent des variétés; elles sont quelquefois plus anguleuses, portent des prolongements, sont plus amincies, présentent la forme de queues. Quand même nous pourrions les considérer comme des imitations de structure glandulaire, cependant on pourrait soulever la question de savoir si elles se rapportent à la glande parotide adjacente ou à une glande lymphatique. Il serait facile de distinguer, à l'état normal, les éléments de la parotide de ceux d'une glande lymphatique; mais une imitation pathologique de l'une ou de l'autre peut différer suffisamment de l'état normal pour qu'il y ait ressemblance entre les deux. Il est bon de rappeler que ces tumeurs ont exactement le siège des glandes lymphatiques normales, et sont souvent très exactement imitées par de simples engorgements de ces ganglions. Il serait donc possible que des recherches ultérieures prouvassent que les tumeurs cartilagineuses se développent à l'intérieur d'un ganglion lymphatique, soit dessus, soit à l'intérieur de la glande parotide ou sous-maxillaire. »

Enchondromes sous-auriculaires. — D'après ce qui a été dit, il est évident que les tumeurs cartilagineuses situées sous le lobule de l'oreille, et qui quelquefois se recouvrent de la peau de ce lobule, ont pour siège, soit la portion correspondante de la parotide, soit un des ganglions lymphatiques qui existent là. Nous avons observé le fait suivant : Un enfant de onze ans avait présenté un grand nombre de fois des inflammations folliculeuses du conduit auditif externe, presque toutes terminées par la formation d'un petit abcès furonculaire. A chaque fois, un petit ganglion situé sur le sommet de l'apophyse mastoïde participait à la phlegmasie, devenait plus gros et douloureux. Depuis plus d'une année l'enfant ne présentait plus d'otites, mais son ganglion se développa considérablement tout en restant très dur, et devint douloureux. La tumeur avait le volume d'une grosse noisette, causait un peu de difformité; il fut décidé qu'on enlèverait l'organe. L'opération fut

très simple, une incision verticale permit d'isoler la tumeur. La guérison fut rapide. A l'examen de la pièce pathologique, on reconnut un ganglion lymphatique réduit à une coque servant d'enveloppe à une masse cartilagineuse renfermant un tout petit kyste.

La marche de la maladie, l'analyse de la tumeur ne permettent pas de douter que ce fût là une affection ganglionnaire.

M. Cruveilhier a rédigé dans son livre d'anatomie pathologique un article très intéressant sur les tumeurs sous-auriculaires; nous lui ferons de nombreux emprunts. Sur six cas, dit le savant professeur, cinq ont été observés chez des femmes.

OBS. X. — « J'ai été consulté par une jeune femme de vingt et un ans pour une tumeur extrêmement dure, bosselée, presque lobuleuse, très mobile, sous-cutanée, du volume d'un œuf de pigeon, dont elle faisait remonter l'origine à six ans, c'est-à-dire à l'âge de quinze ans : cette tumeur l'incommodait si peu que la malade avait conservé ses boucles d'oreilles. Quelquefois ces tumeurs marchent avec une excessive lenteur. Ainsi, une demoiselle de soixante-cinq ans portait depuis vingt ans une tumeur sous-lobulaire du volume d'une noix, tumeur extrêmement dure, bosselée, mobile, qui restait stationnaire depuis plus de quinze ans. »

OBS. XI. — « J'ai été consulté par madame Dus..., alors âgée de soixante-huit ans, pour une tumeur sous-lobulaire du volume d'un gros œuf de dinde, présentant exactement les mêmes caractères. La malade faisait remonter cette tumeur à trente ans, époque à laquelle elle s'en était aperçue pour la première fois (la tumeur avait alors le volume d'une noisette). Cette dame est morte de pneumonie à l'âge de quatre-vingt-deux ans. La tumeur avait alors presque le volume des deux poings réunis. Certaines bosselures, qui avaient acquis un développement relatif très considérable, donnaient à la tumeur un aspect mural. Plusieurs de ces bosselures, dégagées de la tumeur par la presque totalité de leur surface, et mobiles sur elle, semblaient des tumeurs surajoutées; plusieurs de ces tumeurs présentaient la mollesse kystique et élastique des tumeurs à contenu d'une matière gélatineuse. La demi-transparence de ces tumeurs se voyait à travers la peau considérablement amincie. Les préjugés de la famille ne m'ont pas permis de faire, après la mort, l'ablation de cette tumeur, à laquelle je n'avais pas voulu consentir pendant la vie de la malade, malgré ses instances réitérées. J'aurais certainement trouvé du tissu cartilagineux, et probablement aussi, dans certains points, un tissu analogue au tissu aréolaire et gélatiniforme que l'on observe dans les chondromes. »

OBS. XII. — *Tumeur cartilagineuse sous-auriculaire.* (Cruveilhier, *Anat. path. génér.*, t. III, p. 811.) — M. le professeur Jobert m'a adressé, le 23 août 1854, une tumeur qu'il venait d'extirper à la région sous-parotidienne. Cette tumeur était du volume d'un œuf de poule, bos-

selée, et présentait un aspect vésiculeux, avec demi-transparence, sur une partie de sa surface.

La section de cette tumeur m'a présenté les particularités suivantes :

Il y avait deux parties bien distinctes dans cette tumeur : une partie cartilagineuse et une partie aréolaire et gélatiniforme ; la partie cartilagineuse constituait la presque totalité de la tumeur, sa partie centrale ; la partie aréolaire et gélatiniforme occupait la circonférence. Cette partie aréolaire présentait de petites aréoles communicantes remplies d'une matière gélatineuse concrète, et au milieu de cette partie aréolaire de petites masses cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses qui en constituaient en quelque sorte la charpente.

Aucun suc, aucun liquide n'était exprimé par la pression de cette portion aréolaire dont le contact poissait les doigts ; les aréoles, très irrégulières, avaient des parois très denses, on eût dit qu'elles étaient constituées par de petites lamelles cartilagineuses dissociées.

La tumeur était enveloppée d'une membrane d'isolement ou kyste qui lui adhérait intimement par sa face interne.

Bien évidemment cette tumeur était une tumeur cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse dont la partie la plus superficielle avait subi un travail consécutif kysteux, aréolaire ou gélatiniforme.

OBS. XIII. — *Tumeur cartilagineuse sous-auriculaire.* (Cruveilhier, *loc. cit.*) — Une tumeur tout à fait semblable à la précédente quant au siège et à l'aspect, a été présentée à la Société anatomique le 26 juin 1855. Cette tumeur, du volume d'une pomme ordinaire, était sphéroïdale, hérissée sur toute sa surface de mamelons qui lui donnaient un aspect mural. Sa dureté était pierreuse ; son tissu résistait à la section à la manière d'un cartilage ; et, en effet, cette tumeur m'a présenté tous les caractères anatomiques d'un vrai cartilage dans une bonne partie de son étendue.

Le reste de la tumeur m'a paru n'être autre chose qu'un cartilage altéré et infiltré d'une matière jaunâtre qui diminuait sa compacité. Une petite géode à parois contiguës se voyait dans son épaisseur. Le présentateur de la pièce avait cru qu'elle était formée aux dépens de la parotide. MM. Robin et Verneuil, qui ont examiné la tumeur au microscope, ont remarqué que les caractères microscopiques concordaient parfaitement avec les observations faites à l'œil nu. Ils ont trouvé les éléments microscopiques du cartilage, à savoir : la cellule cartilagineuse dans la partie non altérée de la tumeur.

OBS. XIV. — *Tumeur fibro-cartilagineuse occupant la région sous-auriculaire.* (Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 812.) — Le fait suivant établit que les corps cartilagineux sous-auriculaires ne sont pas susceptibles de dégénération cancéreuse.

Un homme âgé de soixante-dix ans portait depuis sa jeunesse une tumeur périparotidienne sous-cutanée très dense, très mobile, qui avait le volume d'un œuf de poule. Cet homme mourut d'une cachexie cancé-

reuse qui affecta en dernier lieu le système osseux et les côtes en particulier.

Cette tumeur était enkystée, et le kyste adhérait intimement à la tumeur. Le tissu de cette tumeur est très dur, d'une couleur jaunâtre assez analogue à celle de la graisse ; c'est un tissu fibreux ou fibro-cartilagineux qui est comme infiltré de sérosité, laquelle était dans un état de combinaison. Rien de cancéreux dans ce tissu.

Tumeurs cartilagineuses situées au niveau de l'angle de la mâchoire. — Cette variété est moins commune que les autres, l'aponévrose est très forte en ce point ; aussi les tumeurs de la glande ont-elles plus de tendance à remonter pour se montrer au-devant du conduit auditif, sous l'arcade zygomatique. Cependant, la glande parotide peut descendre jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire et donner lieu à des tumeurs qui, bien que placées très bas, n'en sont pas moins des affections de la glande. Le plus souvent nous croyons que les chondromes qu'on enlève dans la région sous-maxillaire, vers l'angle de la mâchoire, sont formés aux dépens des ganglions lymphatiques.

Nous avons vu enlever en 1855, par M. Nélaton, une tumeur cartilagineuse située au-dessous de la mâchoire inférieure et un peu au-devant de l'angle de cet os. Le malade était un homme jeune, très bien constitué, et qui portait sa tumeur depuis l'enfance. Depuis quelques mois la tumeur avait grossi, et c'est la seule raison qui engageait ce valet de chambre à s'en faire débarrasser. La tumeur était grosse comme une petite noix mobile sous la peau. Nous l'avions prise pour un ganglion lymphatique induré et hypertrophié. M. Nélaton nous fit remarquer que ce ganglion était unique, mais surtout que sa surface était inégale, présentait de petites bosselures très dures et un peu élastiques. C'est là, disait-il, un enchodrome. L'ablation fut faite et voici ce que nous avons pu observer : La coupe présentait un tissu granuleux assez analogue à celui des ganglions lymphatiques, mais plus jaune et plus vasculaire. De plus, en quatre points, vers la surface de la masse, on constatait l'existence de noyaux cartilagineux bien distincts. Dans un point il y avait un tout petit kyste. La tumeur était formée d'un tissu généralement assez ramolli. M. Nélaton pense que c'était à une masse primitivement cartilagineuse qui a été modifiée, que les petits noyaux cartilagineux ne sont que les vestiges de l'état primitif. Cette manière de voir nous paraît assez contestable, et nous préférons regarder la tumeur comme formée aux dépens d'un ganglion.

Dans l'observation I^{re}, due à M. Demarquay, la tumeur avait débuté quinze ans auparavant par une petite grosseur développée dans la région sous-maxillaire droite.

Symptômes et diagnostic. — L'étude clinique des chondromes de la région parotidienne doit être divisée en deux périodes, suivant que la tumeur est restée ce qu'elle est primitivement, ou bien suivant que des transformations spéciales sont venues modifier les caractères normaux de la production accidentelle. Dans la première période, qu'on pourrait appeler la période de crudité, la tumeur occupe quelquefois toute la région, mais plus ordinairement un des points particuliers que nous avons indiqués précédemment. On aura, dans tous les cas, une saillie d'un volume variable occupant la région mastoïdienne ou bien la région zygomatique. La difformité est apparente à la vue, mais les téguments sont sains sous tous les rapports, couleur et consistance. La peau est bien mobile sur la tumeur, mais la mobilité de cette dernière sera absolue dans quelques cas, relative dans d'autres, nulle parfois. Ceci est d'une grande importance. La tumeur est-elle parfaitement mobile, l'opération sera facile; c'est un chondrome développé dans un ganglion ou aux dépens de l'aponévrose, mais la parotide n'y est pour rien. Dans certains cas, la tumeur jouit d'une certaine mobilité qui peut tromper. En effet, sa face profonde est libre dans plusieurs points, mais au niveau de l'échancrure parotidienne, on sent un prolongement d'un volume variable et qui nécessite quelquefois, pour être senti, une grande attention. Ce symptôme est en rapport avec les tumeurs cartilagineuses qui ont pris naissance dans la parotide, mais qui n'ont rien de commun avec la glande. L'immobilité de la tumeur devra faire penser à une tumeur de la glande, ou mieux des cloisons qui la traversent. Dans la grande majorité des cas, les mouvements de la mâchoire inférieure seront indépendants de la tumeur.

Ces chondromes de la région parotidienne se présentent constamment sous la forme de tumeurs plus ou moins globuleuses et très dures, mais élastiques. Si l'on analyse la constitution de ces masses, on ne tarde pas à constater que la surface de la tumeur est bosselée : ces bosselures sont peu volumineuses, quelquefois on ne sent que quelques petits grains à la surface de la tumeur. En général, ces bosselures sont très dures, moins élastiques que le reste de la tumeur, mais quelquefois elles sont plus molles et présentent une sorte de fluctuation. Ce dernier caractère tient à la présence de la matière gélatineuse que nous avons vue exister parfois dans les tumeurs cartilagineuses. L'état gélatineux diffère de l'état de ramollissement qui caractérise la deuxième période des chondromes. Dans les cas où la partie gélatineuse prédomine, la tumeur présente un aspect vésiculeux avec une demi-transparence. Ce caractère, la transparence, se rencontrera surtout dans la région mastoïdienne; là où la tumeur soutenue par l'apophyse mas-

toïde repousse la peau et l'étend à sa surface (obs. XI et XII). En dehors de cet état gélatineux, les chondromes présentent quelquefois un certain degré de transparence périphérique, sorte de zone colorée analogue à celle qu'on observe dans les intervalles interdigitaux sur une main vue par transparence. Dans quelques cas, une ou plusieurs bosselures se développent séparément, s'isolent de la masse générale à laquelle elles ne tiennent plus que par un pédicule filiforme. Cette disposition pourrait faire croire à la présence de ganglions lymphatiques ; mais ces petites tumeurs sont plus dures, moins régulières que les ganglions. Enfin, le reste de la tumeur ne ressemble en aucune manière à ces masses formées par la réunion de plusieurs ganglions malades.

Dans la première période des chondromes de la région parotidienne, les tumeurs sont à peine douloureuses, même au toucher. Pour beaucoup de malades, l'affection ne consiste que dans une difformité. Chez quelques-uns une douleur assez vive précède l'apparition de la grosseur. Il n'est pas impossible que le développement du tissu fibro-cartilagineux ne vienne à comprimer quelques filets du facial et à déterminer une paralysie plus ou moins étendue (obs. III). Quand ce symptôme existera, ce sera une preuve des connexions que doit avoir la tumeur avec la glande parotide.

Dans l'observation VI, M. Nélaton considérait comme un signe propre à l'enchondrome un frottement rude perceptible au toucher quand on imprimait des mouvements à la tumeur en même temps qu'on l'appuyait contre la branche de la mâchoire. A cette période de la maladie, le chondrome se distinguera de l'hypertrophie, même partielle, par la présence de ces petites saillies dures qu'on rencontre toujours en les recherchant avec soin.

Les tumeurs cartilagineuses sont susceptibles d'ossification ; c'est alors que la dureté de la masse sera le principal signe. M. Roux (de Brignolles) paraît avoir observé cette modification exceptionnelle des chondromes parotidiens. Nous donnons ci-après le rapport de M. Richard sur ce fait intéressant :

Messieurs, nous avons entendu, le 15 octobre dernier, la lecture d'une observation de deux tumeurs fort singulières enlevées par M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Vous m'avez chargé, avec MM. Huguier et Morel, de vous rendre compte de ce travail, à la suite duquel notre distingué confrère sollicite le titre de membre correspondant de notre Compagnie.

Le sujet de l'observation est une jeune fille d'une quinzaine d'années, qui portait trois tumeurs : l'une, développée dans la première enfance, s'étendant de l'arcade zygomatique au milieu de la joue droite, plate, peu apparente ; la seconde à la nuque, entre les attaches occipitales des trapèzes ; enfin, la troisième dans la région temporale gauche.

Ces deux dernières tumeurs ont paru assez longtemps après la première, à dater de la huitième année : ce sont ces deux qu'a enlevées le chirurgien, parce que seules elles causaient de la difformité ; ce sont elles qui vous ont été décrites et présentées dans la séance du 15 octobre dernier.

Déjà, avant l'opération, les inégalités mamelonnées qui hérissaient la surface de ces tumeurs, leur consistance dure et comme pierreuse, avaient fait pressentir à M. Roux qu'il s'agissait là d'un fait au moins insolite ; mais, quand elles eurent été énucléées du tissu cellulaire sous-cutané qui les contenait, leur singulier aspect frappa davantage encore notre confrère, et nous valut de sa part l'occasion d'en pouvoir faire l'histologie.

Vous pouvez juger en effet, messieurs, sur cette moitié de l'une des deux tumeurs que j'ai l'honneur de vous soumettre, qu'une masse pareille développée sous la peau s'offre sans doute pour la première fois à votre observation : forme irrégulièrement arrondie, coupe uniforme, blanche, éburnée ; dans l'autre tumeur, un peu plus plâtreuse, consistance dure, pierreuse, exactement analogue à celle du stuc ; surface très inégale, irrégulièrement muriforme : tels sont les caractères extérieurs.

L'examen microscopique, dont notre éminent confrère M. Ch. Robin a bien voulu se charger, vient fournir la solution du problème posé à l'anatomiste par cette conformation étrange. C'est un de ces cas dans lesquels le microscope seul peut nommer une maladie, et il a prononcé qu'il s'agissait là de tumeurs osseuses.

Voici en quels termes M. Ch. Robin résume les résultats de son examen :

« La coupe mince du tissu de la tumeur faite sur plusieurs parties de celle-ci a partout montré la structure suivante :

» 1° Les sept ou huit dixièmes de la masse environ sont constitués par la substance osseuse offrant tous les caractères qu'elle offre à l'état normal, savoir : substance homogène compacte parsemée des petites cavités caractéristiques (ostéoplastes, corpuscules des os, etc.), de la périphérie desquelles partent de nombreux canalicules très fins, très élégants, quelquefois anastomosés avec ceux des ostéoplastes voisins. On aperçoit çà et là, surtout vers la surface, des canalicules de Havers, ou canaux vasculaires de la substance osseuse ; mais ils sont rares, comparativement à ce qu'on voit dans la majorité des tumeurs osseuses, très rares à côté du nombre de ceux qui existent dans les os normaux. Autour de ces canalicules, on voit la substance osseuse disposée en couches concentriques, comme dans l'os normal ; seulement, cette disposition, bien que reconnaissable, est moins nette qu'à l'état sain.

» 2° Le reste de la masse est formé par une substance amorphe, compacte comme la substance de l'os, mais pourtant plus granuleuse et un peu striée. Cette substance s'enfonce, sous forme de veines (comparables à celles du marbre quant aux sinuosités), dans la substance osseuse qu'elle divise ainsi en îlots, diversement configurés. Bien qu'immédiatement adhérente à la matière osseuse, celle dont il est ici question s'en distingue nettement au plan de jonction. Elle offre, sous le microscope, les caractères extérieurs du tissu des corps fibreux de l'utérus encroûtés de substances calcaires. La composition intime semble être la même, car

cette matière homogène et striée, dépourvue d'ostéoplastes, dégage par l'acide chlorhydrique plus de gaz que la substance osseuse, et laisse une trame transparente également un peu striée. »

Vous voyez, messieurs, que nous devons attacher un grand prix à la communication de M. Roux, laquelle nous signale le premier exemple de tumeurs osseuses sous-cutanées. Peut-être doit-on en rapprocher certains enchondromes observés également sous la peau. Outre la parenté des deux tissus, c'est la même forme, la même dureté, la même inégalité de surface, la même marche lente.

On peut remarquer de plus que le tissu cartilagineux morbide paraît avoir de la tendance à se développer dans les glandes superficielles, la parotide, le testicule, la mamelle, et peut-être le siège des tumeurs osseuses ou cartilagineuses sous-cutanées se trouve-t-il dans les glandes sébacées, annexes du follicule pileux.

Dans la période secondaire des enchondromes de la parotide, la maladie a envahi une plus grande partie de la région. La tumeur a considérablement augmenté de volume, et de plus elle a subi les différentes modifications anatomiques que nous avons indiquées en traitant de l'anatomie pathologique des tumeurs cartilagineuses. Des kystes, des épanchements sanguins sont survenus. Les téguments sont devenus plus minces, plus adhérents; leur coloration peut avoir changé; et, il faut le dire, dans la grande majorité des cas, toutes ces modifications dans les téguments reconnaissent pour origine une foule de traitements plus ou moins irrationnels, qui trouvent leur indication dans des erreurs variées de diagnostic. Les uns ont fait des ponctions, ont tenté des injections; d'autres ont fait des incisions; sans compter les pommades, les emplâtres, les cautères, etc., etc.

Les observations suivantes sont relatives à des enchondromes arrivés à la dernière période.

OBS. XV. — *Extirpation de la parotide*, par le docteur KLEIN, de Stutgard (*Journal de chirurgie et d'ophtalmologie*, publié par Guefer et Walther, Berlin, 1820, vol. I^{er}, p. 106. — Une femme, âgée de soixante-dix ans, sentait déjà, à l'âge de trente ans, une petite tumeur dure devant l'oreille droite, tumeur qui augmentait toujours sans être douloureuse. Ce ne fut pas par suite de la difformité croissante, mais à cause des douleurs qui, dans ces derniers temps, se succédaient rapidement, que la malade vint chercher des secours auprès de moi.

Je m'étonnai de la grosseur de la tumeur qui était la parotide lentement dégénérée, après une période de quarante ans. Elle commençait au-dessus de l'oreille droite et s'étendait jusqu'à l'épaule. L'oreille était entièrement poussée en arrière, la joue et tout le visage extrêmement défigurés. La tumeur bosselée avait sept pouces de haut, cinq pouces de large et six pouces de saillie, reposait sur l'épaule et la dépassait même considérablement; elle occupait tout le côté droit du cou et du visage. La

bosselure la plus extrême était fortement enflammée et fluctuante, les veines très dilatées, toute la tumeur causait des douleurs très violentes et lancinantes. Le pouls était très petit, très fréquent ; il y avait des sueurs nocturnes, de l'inappétence et une émaciation extrême.

Malgré tout cela, et sans avoir égard à l'âge avancé de la malade, je proposai l'énucléation de cette tumeur, qui était sur le point de s'ouvrir et de passer à l'état cancéreux, l'opération me paraissant l'unique moyen de la sauver. La femme se décida sur-le-champ et je fis l'opération au mois de mai 1813.

Je fis une incision ovale, de sorte que des deux côtés il resta une bande d'un pouce et demi de peau, que je séparai d'abord à la partie antérieure de la tumeur ; puis j'énucléai celle-ci avec la plus grande prudence d'avant en arrière, jusqu'au dernier tiers, tout en la tirant fortement en dehors ; alors seulement je détachai la peau en arrière et j'achevai d'énucléer la tumeur d'arrière en avant. L'opération dura six minutes ; elle fut difficile et dangereuse, puisque toutes les branches du facial durent être coupées. Un morceau du masséter resta flottant ; les artères carotides, le pneumogastrique furent mis à nu, le muscle sternomastoïdien préparé et jeté de côté.

La largeur des lambeaux de peau avait été si bien calculée que je pus les réunir avec des bandelettes. Point d'hémorrhagie consécutive, pas d'accidents. Au commencement de la troisième semaine, la plaie était entièrement cicatrisée.

Le côté gauche du visage resta tirailé, mais cet inconvénient disparut avec le temps. Cinq ans après (novembre 1818), la malade était encore vivante et jouissait d'une bonne santé.

OBS. XVI. — *Enchondrome de la parotide*. — En avril 1836, M. Nélaton fut appelé auprès de M. X..., âgé de cinquante-cinq ans environ, pour une tumeur de la région parotidienne très volumineuse, projetée en cône vers les téguments ; elle existait depuis très longtemps. Ce malade avait consulté les principaux chirurgiens de l'Angleterre, de l'Allemagne, de Paris ; aucun d'eux ne voulait enlever la tumeur. M. Nélaton pensa qu'il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse, mais presque complètement transformée en kystes sanguins ; elle semblait adhérente par sa base, mais en examinant attentivement, on reconnaissait que cette adhérence n'était pas très prononcée.

M. Nélaton pratiqua l'ablation de cette tumeur le 23 avril. L'opération ne présenta rien de particulier, sinon que quelques kystes superficiels ayant été intéressés, il s'en écoula quelques jets de sang artériel.

C'était bien une tumeur cartilagineuse transformée. M. Nélaton n'hésite pas à affirmer de la manière la plus précise que la tumeur ne récidivera pas.

Ce malade a guéri.

OBS. XVII. — *Tumeur cartilagineuse de la région masséterine*. — Hôpital Saint-Louis. Labinville (Pierre-Victor), âgé de trente-trois ans, bonnetier, 71, salle Saint-Augustin (1).

(1) Je dois ces quelques notes à l'obligeance de M. Coulon, interne des hôpitaux.

Le malade a toujours été d'une bonne santé. Il a perdu ses parents à un âge avancé et tous deux du choléra. Il n'y a dans la famille aucun antécédent héréditaire. Tumeur située au-devant du masséter droit, datant de quinze ans, non douloureuse, assez dure, assez régulière, un peu mobile; 14 centimètres de circonférence. Il y a deux ganglions engorgés dans la région sous-maxillaire. La peau est altérée, seize cautères ayant été appliqués il y a quinze jours. Elle adhère à la tumeur et présente une portion ulcérée qui a donné lieu à une hémorrhagie abondante.

28 septembre 1857. — M. Guérin enlève la tumeur au moyen d'une incision presque circulaire circonscrivant le mal. La tumeur est peu adhérente au masséter, la branche transversale de la faciale a été coupée. La plaie n'a pu être réunie à cause de la large perte de substance.

Examen de la tumeur. — Elle se compose de deux parties : 1° une trame fibreuse, assez dure et résistante, d'aspect blanchâtre, circonscrivant des loges dont les plus grandes ont la capacité d'une noix, les plus petites celle d'un grain de millet avec tous les intermédiaires.

2° Une matière contenue et qui varie également suivant les points. Dans quelques-unes des cavités c'est du sang noirâtre, dans d'autres une matière molle, colorée de sang, ressemblant assez à la matière cérébrale ramollie. Cette matière molle sort quand on ouvre les kystes. Ces deux éléments occupent les loges les plus grandes. Dans les plus petites se trouve une substance plus consistante d'un gris rougeâtre. Ces petites loges constituent la face profonde de la tumeur, du reste assez distincte des tissus sains. Sur cette face profonde on trouve des ramifications du facial.

M. Robin, qui a examiné la pièce, a reconnu qu'elle était constituée par les éléments du tissu cartilagineux, en un mot que c'était un enchondrome.

Le malade est mort d'infection purulente.

L'observation manque de détails importants; mais il est probable que c'est un enchondrome de la partie antérieure de la parotide ou des ganglions de la région.

Ce qui précède montre que l'enchondrome ancien, arrivé à sa période de ramollissement, se présentera au chirurgien sous des aspects bien différents. Quelquefois ce sera une énorme tumeur de forme conique, à sommet tourné vers la peau, et faisant une saillie de 3, 4, 6 et 8 centimètres. Un personnage connu, qui fut opéré par M. Nélaton, avait peur de son ombre : aussi avait-il non-seulement proscrit les glaces de ses appartements, mais à la nuit il redoutait d'allumer les lumières, dans la crainte d'apercevoir sur un mur la silhouette de son enchondrome. Il avait, dit-on, quoique âgé, une fort jeune et jolie femme.

D'autres fois la tumeur, outre qu'elle fait une saillie à la région parotidienne, envahit le cou et descend jusqu'à la clavicule, comme

dans l'observation I^{re}. Dans presque tous les cas, surtout quand la tumeur occupe la région mastoïdienne, elle refoule le lobule de l'oreille, dédouble la peau qui le constitue, et s'en forme une enveloppe. La région sous-auriculaire présente alors une disposition à peu près constante, surtout vue par la partie postérieure ; il n'y a plus d'intervalle entre les os et la partie inférieure du pavillon de l'oreille ; celui-ci est soulevé, surajouté à la tumeur ; il n'est pas vertical, mais plus ou moins oblique, quelquefois transversal. La joue est le plus souvent respectée, de forme assez normale. Mais, dans quelques cas, la tumeur s'avance jusqu'à la commissure labiale, c'est une tumeur de la face. (Observ. de M. Guérin, XVII.)

Le chondrome se présente, dans tous les cas, comme une tumeur très bosselée, molle dans beaucoup de points. La peau adhère, avons-nous dit, vers le sommet de la tumeur ; elle est rouge, plus ou moins injectée ; on y remarque quelques veines. En un mot, la première idée qui se présente c'est qu'on a affaire à un encéphaloïde. A cette période, il est fréquent de voir les malades accuser de la douleur, des élancements. Quelquefois il y a des points ulcérés, et on a observé plusieurs fois des hémorrhagies difficiles à arrêter. Comment le diagnostic se fera-t-il donc ? Assez facilement, surtout avec un peu d'habitude de ces sortes de choses.

Le plus souvent le sujet est une personne jeune ou d'un âge moyen ; si c'est un vieillard, sa tumeur remonte à dix, vingt, trente ou quarante ans. Dans tous les cas, l'évolution a été lente, indolente pendant plusieurs années ; au début, c'était une petite grosseur du volume d'un pois, d'un haricot, d'une noisette ; elle était dure, mobile ; les téguments parfaitement sains. Mais admettons que ces renseignements soient imparfaits, en examinant avec soin la tumeur on trouvera çà et là quelques petits noyaux durs élastiques, indices de la nature primitive de la tumeur. Dans quelques cas, la ponction d'une des bosselures donnera issue à un liquide visqueux, analogue à l'humeur vitrée, qui présentera au micrographe la cellule et le noyau du tissu cartilagineux. Ajoutons que le plus souvent la santé générale est restée parfaite.

Il ne sera pas sans intérêt de lire l'observation suivante, relative aux difficultés du diagnostic des tumeurs parotidiennes.

OBS. XVIII. — *Hypertrophie de la parotide. — Tumeur volumineuse. — Opération ; ses difficultés. — Suites de l'opération. — Récidive ;* par M. A. VOISIN, interne du service. — Le 23 février 1856, est entré à l'hôpital des Cliniques le nommé D..., âgé de soixante-sept ans, marchand des quatre-saisons. Il est couché au lit n° 25 de la salle des hommes.

Antécédents. — Le père du malade est mort à l'âge de soixante-douze ans, sans infirmités ni maladie. La mère a succombé à quarante-deux

ans, à une affection utérine que le malade ne peut dénommer. Il y a quinze ans, cet homme a été sujet à des douleurs rhumatismales. Pas d'antécédents syphilitiques. Le malade a toujours souffert des dents. Il y a vingt-cinq ans il a eu une fluxion dentaire du côté droit. Il y a quatre ans, le malade constata pour la première fois la présence d'une tumeur au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait alors le volume d'une lentille ; elle était dure et peu mobile. C'est fortuitement que le malade s'en aperçut ; elle était complètement indolente. Depuis cette époque la tumeur s'est accrue d'une manière progressive et continue. Depuis les cinq derniers mois, cette tumeur ayant rapidement acquis un volume très considérable, le malade a commencé à s'inquiéter de son mal. Ce qui a augmenté ses inquiétudes, c'est que depuis dix-huit mois la tumeur a non-seulement acquis un volume plus considérable, mais est devenue le siège de douleurs lancinantes et piquantes. Le malade a remarqué que ces douleurs étaient provoquées par le froid et par le vent. Il y a environ sept mois que le bout du nez et la bouche sont déviés à gauche. Depuis quatre à cinq mois la déglutition est un peu gênée. Il faut noter encore que le malade est atteint d'une bronchite chronique depuis longues années.

État actuel. — Homme vigoureux, blond, petit de taille, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Dans la région parotidienne, il existe une tumeur globuleuse, irrégulière à sa surface. Voici ses limites : en haut, l'apophyse zygomatique ; en avant, la tubérosité du maxillaire inférieur, et plus bas un point distant de 0,015 de la commissure labiale droite, c'est-à-dire le bord antérieur du masséter ; en bas, la tumeur débordé le bord inférieur du maxillaire inférieur, de sorte que la région cervicale est envahie, dans une très petite étendue il est vrai ; la limite postérieure est l'apophyse mastoïde.

La circonférence de la tumeur est mal définie, irrégulière. Le volume peut en être comparé à celui d'une pomme. Mesurée des deux limites extrêmes, l'arcade zygomatique et le bord inférieur du maxillaire inférieur, nous obtenons une circonférence égale à 0,168. Depuis sa partie la plus antérieure jusqu'à l'apophyse mastoïde, la mesure donne 0,178. La base de la tumeur a une circonférence de 0,31. Sa surface présente trois lobes. Un supérieur, le plus volumineux, en rapport immédiat avec le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille. Au-dessous de ce lobe on en voit un second qui est séparé par un sillon, et les mouvements communiqués séparément à chacun de ces lobes sont indépendants les uns des autres. Un troisième, du volume d'une noix, se prolonge dans la cavité buccale, entre les arcades dentaires. Le point le plus culminant de la tumeur est au-dessous du lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est d'une teinte violacée, due à une arborisation très marquée ; en cet endroit seul elle est fine, adhérente aux parties sous-jacentes. On sent avec la main que la tumeur offre une élasticité assez prononcée. En ce point, elle est facilement dépressible. Dans tous les autres points la consistance est très grande et rappelle celle d'un tissu fibreux très dense. Les poils sont clair-semés à sa surface. La muqueuse qui recouvre le prolongement buccal est saine et libre d'adhérences. La peau est fortement distendue.

La tumeur est fixe sur les parties osseuses. On constate en effet assez facilement que les mouvements qu'on lui imprime entraînent le maxillaire inférieur ; et cependant les mouvements de la mâchoire inférieure sont libres. On ne trouve pas de ganglions volumineux et indurés dans le voisinage.

Le bout du nez est légèrement dévié à gauche. De même pour la commissure labiale gauche, qui, de plus, est relevée. Ce déplacement en haut est d'autant plus appréciable que la commissure droite est abaissée. Le menton est dévié à gauche. Tout cela donne à l'ensemble des traits un air de travers très prononcé. Une exploration attentive permet d'observer une certaine imperfection dans l'occlusion des paupières du côté droit.

L'acte de la déglutition est un peu gêné. L'action de souffler et de siffler se fait encore assez facilement. Les fonctions de l'odorat et de l'audition sont intactes. La sensibilité de la joue droite et de la peau qui recouvre la tumeur ne présente rien d'anormal. Le malade accuse dans la tumeur des douleurs lancinantes, rarement spontanées, mais que provoquent ordinairement le froid, le vent. Ainsi que le malade l'a remarqué, une pression forte les fait naître.

Au-dessous de la tumeur, ainsi que du côté opposé du cou, correspondant aux extrémités postérieures de l'os hyoïde, existent deux petites tumeurs congénitales dures, très irrégulières dans leur conformation, douloureuses, adhérentes à la peau, mobiles sur les parties voisines, et du volume de petites amandes. Les caractères de ces tumeurs, et surtout le fait qu'elles sont congénitales, indiquent tout de suite que ce sont des enchondromes.

Il était important d'avoir des notions précises sur le siège de cette tumeur avant d'entreprendre de la traiter. Nous suivrons M. le professeur Nélaton dans les investigations auxquelles il s'est livré à cet égard. Il était démontré d'abord que cette tumeur n'avait point débuté dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans quoi elle serait très mobile, et pourrait pour ainsi dire être tenue tout entière dans la paume de la main. Il est bien évident que la tumeur est profonde. Mais dépend-elle de la parotide, du maxillaire inférieur, ou de ces deux organes à la fois ?

Pour décider cette question, M. Nélaton a beaucoup insisté sur ce signe que pendant les mouvements de la mâchoire, on constate un certain glissement de la tumeur sur l'os maxillaire, de sorte qu'il lui a paru plus probable qu'elle dépendait de la parotide. Ce n'était point tout. Le siège étant bien connu, il fallait savoir encore et déterminer quelle était la nature de la tumeur, et quel était le tissu de la région qui en avait été le point de départ.

M. Nélaton n'a pas cru devoir s'arrêter à l'idée d'une dégénérescence des ganglions parotidiens. Il a eu un moment la pensée qu'il pouvait avoir affaire à un enchondrome en voie de ramollissement ; mais il a écarté cette opinion, se fondant sur ce que, dans

ces tumeurs ramollies, on trouve presque toujours des portions cartilagineuses plus récentes dans leur apparition, qui indiquent alors la nature du mal.

L'absence de tumeur ganglionnaire dans le voisinage et dans d'autres régions ; la lenteur du développement de cette tumeur, son peu de sensibilité, l'aspect général du malade, étaient donc autant de motifs qui faisaient éloigner l'idée d'une dégénérescence des ganglions parotidiens. D'un autre côté, malgré la dureté de certaines parties de la tumeur, on avait bien lieu de croire qu'il y avait un enchondrome ; mais les symptômes indiqués tout à l'heure autorisaient suffisamment à croire à une autre altération. Le cancer, avec toutes ses variétés, ne pouvait nous expliquer la marche de cette tumeur, dont la présence s'expliquait dès lors par une hypertrophie pure et simple de la glande parotide. Tel fut en effet le diagnostic qui fut porté ; tel fut aussi le diagnostic qui fut vérifié par l'examen de la tumeur après l'opération, soit à l'aide des moyens ordinaires, soit à l'aide du microscope.

Opération. — M. Nélaton, craignant l'ulcération de la peau et la dégénérescence ganglionnaire qui en est la conséquence, se décide à opérer le malade quelques jours après son entrée dans les salles. C'est à l'ablation de la tumeur qu'il s'est arrêté tout d'abord. Il a rendu compte à son auditoire des dangers de l'opération, de la lésion de la carotide externe ; il insiste sur ce fait mentionné par M. le professeur Denonvilliers, que l'artère carotide externe n'est pas le plus souvent incluse dans la tumeur, mais qu'elle se trouve au fond d'une gouttière formée par deux portions de glande et dont les bords, se rapprochant, enchâssent l'artère. Enfin, il a signalé la nécessité où il devait être de couper le nerf facial.

M. Nélaton pratiqua l'opération de la manière suivante :

Il fit une incision partant du lobule de l'oreille, passant en avant de la tumeur et se terminant à sa limite inférieure. Il disséqua immédiatement toute sa portion antérieure, en évitant avec précaution l'ouverture de la muqueuse buccale. Cette dissection fut rendue très délicate par une disposition tout à fait anormale et non décrite de la tumeur : elle s'était introduite dans l'épaisseur du muscle masséter ; aussi fut-on obligé d'enlever avec la tumeur une assez grande quantité de ses fibres musculaires. Ce premier temps de l'opération pratiqué, il fit une autre incision partant perpendiculairement de la première incision dirigée en arrière, et commença la dissection de la partie postérieure de la tumeur par la partie inférieure, se conformant en cela au précepte de Bérard, qui évitait ainsi les ouvertures et ligatures répétées des artères parotidiennes venues de la carotide. Aussitôt que M. Nélaton aperçut au fond de la plaie la carotide externe, il appliqua deux ligatures et sectionna le tronc artériel

dans leur intervalle ; ces ligatures furent appliquées très près de l'origine de l'artère, sur la carotide interne : ainsi furent évitées les hémorrhagies par d'autres branches de la carotide externe qu'il coupa. Il lia encore cinq vaisseaux, entre autres la branche auriculo-temporale et la veine jugulaire. Dans cette dissection, il dénuda la branche montante du maxillaire inférieur.

L'extirpation de la tumeur fut faite d'une manière complète. — On fit un pansement simple avec de la charpie placée au fond de la plaie.

Caractères de la tumeur. — Elle est du volume d'une orange de grosseur moyenne ; sa surface est irrégulière et offre un aspect lobulé. Elle est recouverte, en avant et en arrière, par des fibres musculaires du masséter ; sur sa moitié antérieure, cette disposition existe. Sa circonférence présente plusieurs sillons ; ces sillons, peu profonds, sont remplis d'un tissu cellulaire lâche.

Vers le tiers supérieur de la tumeur et sur sa face externe existent, juxtaposés, trois lobules de couleur rougeâtre, présentant une ressemblance très marquée avec les lobules d'une glande parotide : le microscope le démontre en effet. Si l'on pratique une coupe, le tissu résiste et crie sous le scalpel. La tumeur ainsi divisée présente les caractères suivants : une portion centrale et une portion périphérique. La première est de consistance fibro-cartilagineuse, blanche, très dure, du diamètre d'une amande, et envoie dans toute la périphérie de la tumeur des prolongements irréguliers et sinueux ; la seconde est plus molle, jaunâtre, et remplit tout le reste de la tumeur.

M. Ch. Robin a trouvé, au microscope, dans la première portion, une multitude de culs-de-sac glanduleux, et, dans la seconde, de la graisse.

La tumeur contient peu de vaisseaux ; le nerf facial la parcourt de part en part. A sa sortie de la tumeur, en avant, le nerf facial présente dans sa branche inférieure un renflement grisâtre d'un volume double de celui du nerf facial, renflement qui paraît être le résultat de la compression du nerf, comme l'a démontré M. Ludovic Hirschfeld.

Le 5 mars, l'appareil de pansement étant enlevé, nous constatons au pourtour de la plaie une rougeur érysipélateuse, avec le bourrelet caractéristique.

Le 6, délire ; pouls plein ; peau brûlante. — Saignée ; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 7, M. Nélaton, dans l'espoir d'arrêter la marche de l'érysipèle, fait appliquer sur la joue droite, en avant de la plaie, un vésicatoire volant. Délire la nuit. La plaie est remplie de liquides putrides. Le fond de la plaie est badigeonné avec un pinceau imbibé de teinture d'iode au tiers.

Le 9, l'érysipèle a envahi l'oreille gauche.

Le 10, la teinture d'iode a produit un effet salutaire. La plaie a un aspect très satisfaisant. Dans le fond, on aperçoit la branche montante du maxillaire inférieur à nu, blanche, dépourvue de périoste. Dans l'après-midi surviennent deux hémorrhagies. La quantité de sang perdu est égale à 200 grammes ; il s'écoule en jet, est d'une couleur rouge vif, se forme en caillots, et nous paraît venir de l'artère auriculo-temporale. — Nous appliquons un pansement compresseur, qui arrête l'hémorrhagie.

Le 11, à sept heures du matin, troisième hémorrhagie en jet. M. Né-

laton lie au-dessous et en dedans du lobule de l'oreille une artériole que l'on voit fournir du sang au milieu de bourgeons charnus, et applique au même point deux gouttes de perchlorure de fer.

Le 16, chute du fil appliqué le 11.

Les 17 et 18, pas d'hémorrhagie.

Dans la nuit du 18 au 19, à deux heures du matin, quatrième hémorrhagie, et jusqu'à sept heures du matin trois nouvelles hémorrhagies. Cette nuit l'écoulement sanguin s'est fait en nappe, et nous a paru venir des bourgeons charnus. Nous l'arrêtons par le perchlorure de fer.

Le 20, les hémorrhagies ne se sont pas reproduites. A partir de ce jour, la cicatrisation fait de rapides progrès. Nous assistons à la cicatrisation de la partie de maxillaire dénudée pendant l'opération.

Le mode de production des bourgeons charnus à leur surface a offert sur ce malade un exemple très remarquable.

Nous voyons apparaître aujourd'hui à la surface de l'os de petites taches rouges du diamètre de grains de millet, recouvert par une mince lamelle osseuse. Ces taches sont le résultat de petites cavités remplies de sang et superficiellement placées dans l'os. Si l'on pique avec une épingle cette mince lamelle qui les recouvre, on voit cette cavité comblée en partie par un bourgeon charnu analogue aux bourgeons charnus de la peau. Si on laisse se faire seul le travail de résorption de cette lamelle, on constate que ce travail dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, et l'on trouve après ce laps de temps la cavité remplacée par un bourgeon charnu.

Les bourgeons se forment ainsi dans des points isolés, puis ils se réunissent pour former des îlots, qui eux-mêmes forment plus tard une surface continue.

Le 25, presque toute la portion du maxillaire que l'on voyait à nu est aujourd'hui recouverte d'une plaque de bourgeons charnus, sauf les points sur lesquels s'est écoulé un peu de perchlorure. L'os y a conservé une couleur jaune rougeâtre, et ne s'est pas recouvert de bourgeons charnus. M. Nélaton enlève facilement avec une pince cette lamelle osseuse, longue de 0,02 et large de 0,01. Après son ablation, la partie d'os sous-jacente apparaît bourgeonnante.

A partir de ce jour, la cicatrisation marche rapidement.

Le 7 mai, la plaie se rétrécit; M. Nélaton enlève une très petite portion de maxillaire vers l'angle inférieur de la plaie.

Le 2 juin, cicatrisation presque complète. La plaie est réduite à une étendue de 0,01 dans tous les sens. Le malade sort de l'hôpital.

Le 21 juin, la cicatrisation étant complète, nous constatons l'état suivant :

La région parotidienne est excavée; sa surface est recouverte de poils. La cicatrice est intimement adhérente au maxillaire inférieur; elle est parfaitement saine. Nous n'y constatons aucune induration. L'écartement des dents est très peu considérable; il est au plus de 0,01. Les dents du

côté droit ne servent pas à la mastication ; les dents du côté gauche seules lui sont utiles. Le rapprochement des paupières se fait très incomplètement du côté droit. La paupière supérieure descend avec lenteur à la rencontre de l'inférieure, et, si l'on s'oppose par le toucher à la descente de la paupière, le doigt n'éprouve pas la sensation d'une contraction musculaire, ce qui est surtout sensible pour le côté gauche, quand on fait la même épreuve. Le nez est fortement dévié à gauche. La commissure labiale droite est abaissée et tirée vers la ligne médiane ; la gauche est attirée en dehors et en haut. Le menton est dévié à gauche. La moitié droite de la lèvre supérieure et la joue droite sont flasques et privées de toute élasticité. La moitié droite de la langue a perdu la faculté de goûter, mais a conservé le sens du tact. L'ouïe est dure du côté droit. La cicatrice est sensible, mais la portion de joue antérieure à la cicatrice est dans une petite sphère dépourvue de sensibilité. L'ensemble de la figure du malade présente un type d'hémiplégie faciale. Ce résultat était inévitable ; avant l'opération déjà l'hémiplégie incomplète annonçait sûrement la présence du nerf dans la tumeur. Il était impossible de songer à le disséquer. Les caractères si francs de la tumeur maligne faisaient craindre d'en laisser une portion et d'avoir une récurrence sur place. Les mouvements de la mâchoire, nous le croyons, se feront plus tard plus facilement.

Le 15 juillet, époque à laquelle nous revoyons le malade, l'écartement est déjà de 0,025 à peu près.

Comme on le voit, l'histoire de ce malade nous offre plusieurs enseignements :

- 1° Le mode de cicatrisation des os ;
- 2° La possibilité de lier une artère au milieu d'un tissu enflammé ;
- 3° La présence d'un prolongement de la tumeur dans le muscle masséter.

M. Nélaton a pu appliquer à ce cas les sérieuses notions que lui avaient données des expériences antérieures consignées dans le travail d'un de ses internes, M. le docteur Courtin. Nous avons ici un exemple très probant qui contredit l'opinion de Dupuytren à cet égard, et évite dans des cas pareils les dangers de la ligature de la carotide.

Le 20 juillet, le malade vient de nouveau se présenter à l'hôpital des Cliniques, se plaignant de douleurs excessivement vives de la région temporale droite, douleurs qui lui enlèvent tout sommeil. M. Nélaton constate dans le cuir chevelu de la région temporale et dans une portion de la région pariétale quatre tumeurs du volume de lentilles, rouges, à peine douloureuses, mobiles sur le plan osseux, toutes situées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques ou des artères qui, de la région parotidienne, se rendent aux régions temporale et pariétale. En présence de ces accidents diathésiques, il ne croit point à l'utilité de l'extirpation de ces

tumeurs, et institue un traitement palliatif qui pourra tout au plus préserver ce malheureux de ses douleurs. — Plusieurs vésicatoires volants sont appliqués successivement sur la tempe droite et le front.

Le 27, deux nouvelles tumeurs se sont montrées à côté des autres. Les douleurs continuent, l'insomnie persiste.

Le séjour de ce malade dans les salles nous a montré un exemple de récurrence de tumeur fort remarquable. En effet, le microscope nous avait annoncé l'existence d'une tumeur simplement hypertrophique, et cependant la reproduction a eu lieu.

PRONOSTIC. — Abandonnées à elles-mêmes, les tumeurs cartilagineuses de la région parotidienne peuvent rester stationnaires pendant cinq, dix, vingt ans : le plus souvent, et après un temps variable, elles augmentent de volume, constituant alors une difformité assez notable, quelquefois horrible. On dit que le conduit auditif peut être comprimé et l'ouïe devenir impossible, que les mouvements de la mâchoire peuvent être gênés, que la respiration peut devenir difficile ; ce sont là des accidents rares, mais qui, dans les cas particuliers où ils seraient observés, seraient certainement des indications à l'intervention du chirurgien.

Nous avons noté déjà l'ulcération, les hémorrhagies, et enfin les douleurs quelquefois très vives, comme des symptômes propres à l'enchondrome arrivé à sa dernière période. Il y a donc inconvénient, imprudence même, à laisser les tumeurs cartilagineuses de la région parotidienne arriver à leur dernier degré de développement. Cependant la pratique montre que, dans la grande majorité des cas, les malades ne s'adressent au chirurgien que lorsque la tumeur, qui a été si longtemps petite, dure et indolente, présente tout à coup un développement qui constitue la difformité, et qui s'accompagne souvent de la douleur. Nous considérons comme exceptionnels les cas de généralisation de tumeurs cartilagineuses ; comme tout à fait étranges, les récurrences de tumeurs cancéreuses parotidiennes après l'ablation de chondromes, comme M. Paget en a cité un exemple. C'est pourquoi nous dirons que, d'une manière absolue, l'enchondrome de la région parotidienne est une maladie bénigne qui ne tue pas par infection ; mais cela ne veut pas dire que les tumeurs cartilagineuses ne soient pas susceptibles de récidiver après une et même deux ablations successives. Tout dernièrement nous venons d'observer à l'hôpital des Cliniques un cas de double récurrence. Dans ce cas dont nous donnons la relation, comme dans ceux qui lui seraient analogues, il y a lieu de se demander si ce sont là des récurrences ou simplement des tumeurs secondaires formées par le développement de quelques parties de la

tumeur primitive, qui auraient été laissées en place par erreur, ou dans la crainte de blesser des parties trop importantes. En admettant cette dernière manière d'interpréter le fait en question, il est rationnel de penser que ce sont des portions de tumeur encore à l'état de crudité qui se sont développées après l'opération, car des portions déjà ramollies auraient été entraînées par la supuration.

OBS. XIX. — *Enchondrome de la parotide du côté gauche ; trois opérations, deux récidives.* — X..., homme âgé de quarante ans, domestique, entré le 28 mai 1858 à l'hôpital des Cliniques, service de M. Nélaton.

Voici les détails qui nous sont fournis par le malade. Il a toujours été d'une bonne santé ; en 1848, il constata la présence d'une tumeur dans la région parotidienne gauche. M. Malgaigne fit l'ablation de cette tumeur. L'opération a été suivie d'une hémorrhagie dont le malade a été très effrayé. Cette opération ne fut suivie que d'une guérison temporaire, et en 1850, deux ans plus tard, M. Velpeau enlevait une nouvelle tumeur développée dans le même point que la première. Cette opération fut simple ; mais la guérison ne se maintint que six ans, et, en 1856, ce malade fut de nouveau traité, mais cette fois par les caustiques. Cette médication a été très imparfaite, et les applications de caustique ont été si douloureuses que le malade réclame l'opération par le bistouri.

État actuel. — Petit homme d'un bon aspect, bien constitué ; santé générale parfaite. On observe dans la région parotidienne gauche une tumeur située immédiatement au-dessous de l'oreille, dont le lobule se trouve soulevé. La tumeur descend jusque vers l'angle de la mâchoire : elle a environ 5 centimètres verticalement et dans le sens antéro-postérieur. Elle empiète sur la région massétérine en avant ; en arrière elle gagne l'apophyse mastoïde.

Cette tumeur fait un relief assez notable : elle est irrégulière, bosselée, présente quatre mamelons ulcérés à leur sommet. La peau est rouge, porte les traces de cautérisations récentes. Les ulcères saignent très facilement. La tumeur est assez molle, surtout vers les bosselures ; mais, dans aucun point, on ne trouve de fluctuation. La tumeur est mobile dans tous les sens ; mais sa face profonde présente néanmoins des adhérences avec les tissus sous-jacents. Cette tumeur n'est nullement douloureuse, même à la pression exercée sans trop de ménagements.

Avec ces signes et malgré l'absence de caractères absolus, malgré les deux récidives, M. Nélaton n'hésite pas à diagnostiquer une tumeur cartilagineuse de la région parotidienne. Ce diagnostic est surtout fondé sur la mobilité de la tumeur, sur sa forme, qui ne rappelle pas celle de la glande, sur la fréquence des chondromes de cette région, sur l'absence de douleur, enfin sur le bon aspect général et local. La tumeur, cernée par deux incisions courbes, a été assez facilement, quoique lentement, disséquée. Aucun vaisseau important n'a été ouvert ; le facial n'a pas été blessé.

L'examen de la tumeur a donné les résultats suivants : elle se com-

pose d'une trame assez solide, circonscrivant des anfractuosités remplies elles-mêmes par des parties ramollies ou par des caillots sanguins. On observe, en outre, cinq à six ganglions lymphatiques, plus durs et colorés en jaune-paille.

Au microscope, la partie molle se compose d'épithélium nucléaire remplissant des culs-de-sac glandulaires analogues à ceux de la glande parotide.

La partie solide de la tumeur était formée de fibro-cartilage complètement analogue, pour la gangue, au fibro-cartilage de l'oreille, mais contenant moins de chondroplastes et de cellules. On trouve par place quelques rares cellules embryoplastiques. La coloration des ganglions est due à la matière colorante du sang qui les infiltre.

TRAITEMENT. — Ce que nous avons dit du pronostic ne doit pas faire croire que nous abandonnons à la nature le soin de guérir les chondromes parotidiens. Pour poser les indications du traitement, nous considérerons encore la maladie à ses deux périodes, crudité et ramollissement ; mais, dans tous les cas, la seule médication c'est le bistouri. Dans la période de crudité de l'enchondrome, il n'y a nulle urgence à enlever les tumeurs. On ne procédera à cette opération, qu'on peut dire de luxe, car c'est pour remédier à une petite difformité, que si les malades le demandent instamment, et après les avoir prévenus des accidents habituels qui compliquent si souvent les opérations sur la tête ; mais si le chondrome, au lieu de rester stationnaire, augmente de volume assez rapidement, tout en restant dur, il faut alors enlever les tumeurs. Les tumeurs mobiles seront énucléées très facilement ; celles qui sont contenues dans l'épaisseur de la glande seront isolées autant que possible de la partie glandulaire, et on ira couper le pédicule sans trop avancer vers la profondeur, de peur de rencontrer le facial ou quelques gros vaisseaux. C'est ce qu'a fait M. Velpeau dans le cas de l'observation III.

Mais, dira-t-on, vous laissez une portion de la tumeur. Peu importe, la portion laissée pourra rester stationnaire ; le plus qu'il y ait à redouter ce serait une récurrence, pour laquelle on se comporterait de même ; deux opérations, admettons-en trois au lieu d'une, mais sans crainte de l'hémorrhagie, et surtout sans section du facial ou d'une de ses branches principales. C'est donc la résection des tumeurs cartilagineuses que nous voulons, comme toujours, ériger en principe, tout en réservant au bon chirurgien qui sait l'anatomie le droit d'aller un peu plus avant, certain qu'il est de ne rien couper d'important.

L'observation suivante est très intéressante, surtout eu égard à la possibilité d'une opération plus simple que celle qui a été pratiquée.

OBS. XX. — *Extirpation de quelques tumeurs squirrheuses, situées à la partie latérale inférieure du visage, sur la glande parotide*, par Parnard (*Annales de la Société de médecine pratique de Montpellier*, vol. X, p. 90, année 1807). — Le 15 avril 1799, j'extirpai à M. Chabert une tumeur squirrheuse située au côté gauche du visage. Placée supérieure-ment derrière le lobe de l'oreille, elle occupait plus bas la partie latérale et supérieure du cou et l'angle de la mâchoire inférieure. Son volume était comparable à celui d'un gros œuf de poule un peu renflé dans son milieu. Elle avait commencé quatre ans auparavant sans cause connue. Elle était fort petite quand on l'aperçut ; mais, constante dans son développement, elle fut bientôt égale à une petite noisette, et peu à peu elle arriva au point indiqué, malgré l'application de tous les fondants qu'on lui avait opposés. M. Chabert était âgé de quarante-quatre ans. C'était un bel homme, doué d'une bonne constitution et d'un caractère fort doux. On ne pouvait suspecter de lui aucun vice dans les humeurs. La tumeur le défigurait un peu, l'inquiétait beaucoup et le faisait souffrir, par intervalles, de petites douleurs. Il voulut s'en débarrasser par l'opération.

Voici comment je procédai : Je fis une incision longitudinale depuis le sommet de la tumeur jusqu'à sa base et au-dessous ; j'en fis ensuite une seconde transversale, aussi étendue que je le jugeai nécessaire, pour que la tumeur pût être mise à découvert ; j'eus soin pourtant de la faire porter sur le bord postérieur plus que sur l'antérieur, afin de ne pas trop anticiper sur le visage et d'éviter par ce moyen la difformité. J'observai, en pratiquant ces incisions, de n'intéresser que la peau autant que cela fut possible ; je me mis ensuite en devoir de détacher les quatre lambeaux. Je les disséquai successivement, en commençant par les deux inférieurs, afin de n'être pas incommodé par le sang. Je découvris ainsi toute la surface antérieure ou externe, si l'on veut, de la tumeur pour l'attaquer sur les côtés et par derrière. Il fallait pouvoir la saisir, la manier aisément : je réussis à tout parfaitement, en la traversant avec une grande aiguille courbe portant un fil fort et ciré dont je nouai les deux bouts ; j'eus par ce moyen une anse commode qui me servit au mieux. Je fis alors bien étancher le sang par un aide, et j'attaquai la tumeur tout à l'entour. Peu à peu, avec beaucoup de ménagement et du temps, je parvins à la cerner sur les côtés et en dessous. Le sommet, dont je ne sentais pas les limites, se prolongeait fort haut entre l'apophyse mastoïde et la branche de la mâchoire. Il fallait pourtant l'emporter. Je l'attaquai d'abord en dehors à la faveur de mon anse : je pouvais tirer fortement la tumeur en bas à mesure que je coupais. Après quelques moments, j'eus la satisfaction de sentir que le pédicule descendait, et je finis par le dégager.

La plaie qui resta fut énorme ; je la réduisis pourtant à peu de chose en étendant ses quatre lambeaux et en les appliquant exactement sur les parties auxquelles ils correspondaient. Je la couvris de charpie et je fis une légère compression.

Après avoir lavé la tumeur, voici ce qu'elle me présenta : sur sa surface externe, des fibres qui appartenaient au peaucier et au tissu cellulaire filamenteux serré ; sur sa surface opposée, une couche épaisse de

grains glanduleux liés par un tissu cellulaire fort dense, qui avaient été manifestement enlevés de la glande parotide. Sur le sommet, un petit corps sphéroïdal, blanchâtre, lisse, dur, évidemment squirrheux ; à la base, encore quelques grains glanduleux et du tissu cellulaire graisseux. Sur le bord postérieur, un faisceau de fibres charnues, épaisses, enlevées au sterno-mastoïdien, et des grains glanduleux en grand nombre, et, sur le bord antérieur, encore beaucoup de grains glanduleux, quelques fibres aponévrotiques et un peu de graisse.

Il me fut ainsi facile de voir que j'avais emporté le squirrhe, enveloppé d'une couche fort épaisse de toutes les parties saines qui l'entouraient ; aussi ne voyait-on de la vraie tumeur que le petit corps sphéroïde qui surmontait le pédicule, auquel il adhérait intimement. Je me mis donc en devoir de disséquer la pièce, en commençant par la face antérieure. Son enveloppe était là fort mince ; je la fendis de haut en bas, et, en écartant les bords de la division, je mis la tumeur à découvert dans une étendue plus considérable.

Sa couleur, sa consistance, ne me permirent pas de la méconnaître. Je continuai à la séparer des parties saines ; j'y réussis très aisément et en fort peu de temps, en agissant autant avec les doigts qu'avec l'instrument, car celles-ci n'y adhéraient que faiblement, si ce n'est en quelques points qui répondaient aux anfractuosités que l'on voyait sur sa surface et dans lesquelles le tissu cellulaire semblait s'enfoncer.

Son volume ne présentait guère plus de la moitié de tout ce que j'avais enlevé. Sa figure était celle d'une pomme de terre, offrant des bosses de différentes grosseurs séparées par des sinuosités plus ou moins profondes. Sa couleur était jaunâtre, sa consistance était plus ferme que celle du lard, avec lequel sa substance semblait avoir beaucoup de ressemblance. Elle pesait 18 grammes. Si j'eus lieu d'être rassuré sur la crainte d'avoir laissé la moindre parcelle de la tumeur, la facilité que j'eus à la séparer des parties qui l'environnaient me donna quelques regrets de n'être pas tout d'abord arrivé jusqu'à elle, de ne l'avoir pas isolée comme je venais de le faire, afin de n'enlever qu'elle seule, ce qui vraisemblablement aurait été très possible dans ce cas. Il est encore probable que l'opération, faite de cette manière, aurait été beaucoup plus courte, plus facile, moins douloureuse et moins grave. La guérison s'est bien faite ; mais il y avait des signes évidents de paralysie faciale. Six ans après, la guérison s'était maintenue ; mais l'hémiplégie persistait.

Mais ces grosses tumeurs bosselées, ulcérées même, que beaucoup ont confondues avec le cancer, il faut, a-t-on dit, les enlever, et creuser l'excavation parotidienne pour bien tout extraire. A quoi bon entreprendre une opération très grave, s'exposer à couper la carotide, à couper le facial dans son tronc ? Non, il faut encore faire ici la résection. Le sommet de la tumeur, les parties ulcérées seront cernées au moyen de deux incisions courbes ; les téguments seront disséqués en leur conservant assez d'épaisseur ; alors on retranchera tout ce qui fait trop de saillie, tout ce qui n'avoisine pas les organes à respecter. Cela fait, on rapprochera

les téguments, surtout à la partie supérieure de la plaie. Les suites de cette opération pourront varier : 1° un travail plastique se développera, et les téguments viendront s'appliquer sur le reste du mal comme pour lui former une barrière ; la difformité n'existera presque plus, l'incision sera masquée par la barbe ; si plus tard de nouvelles bosselures faisaient saillie, si quelques points devenaient mous, on serait à même de recommencer. 2° La suppuration s'empare de la tumeur, les restes du chondrome seront détruits peu à peu, et au bout d'un temps variable des bourgeons charnus viendront combler l'excavation parotidienne libre de toute tumeur.

Ce dernier mode sera, nous le croyons, le plus fréquent et le plus curatif. C'est quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour les masses ganglionnaires dont on n'a pu enlever toutes les parties ; la suppuration fait les frais d'une dissection longue et souvent dangereuse. Par ce moyen, que deviennent les craintes de l'hémorrhagie, ces discussions pour savoir s'il faut faire précéder l'extirpation de la ligature préalable et à distance de la carotide ? Nous le répétons, la résection des tumeurs cartilagineuses est une opération simple, non dangereuse, toujours palliative, très souvent curative. C'est une opération sage, basée sur l'observation, sur l'anatomie pathologique, sur la nature bénigne du tissu cartilagineux.

L'étiologie des tumeurs chondroïdes de la région parotidienne ne présente rien de particulier ; elles se développent ordinairement dans l'âge moyen, semblent plus fréquentes chez l'homme (1). Dans quelques cas elles reconnaissent, dit-on, une violence extérieure comme cause déterminante.

Nous nous sommes déjà expliqué sur les cas exceptionnels de récurrence de chondromes parotidiens. Dans ces cas, on peut supposer que, outre le tissu cartilagineux, il y avait une de ces variétés d'hypertrophies glandulaires signalées par les micrographes, et qui repoussent aussi bien que le cancer. Nous engageons les personnes qui considèrent les chondromes de la parotide comme des hypertrophies à lire l'observation XVIII, qui est remarquable à plus d'un titre.

Dans presque toutes les opérations qui ont pour but l'ablation d'un chondrome parotidien, le tissu même de la glande se trouve blessé, car il y a toujours à la surface de la tumeur une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire. Il y a lieu de se de-

(1) Sur 17 observations où le sexe est indiqué, nous trouvons 14 hommes et 6 femmes.

Sur 13 cas, la maladie occupait 9 fois le côté droit.

mander si ces lésions de la parotide n'exposeraient pas à l'établissement de fistules salivaires. D'une manière générale, on peut dire que cette crainte doit être nulle; cependant nous avons observé un cas de ce genre : c'est, je crois, le seul qui existe. Nous en devons la relation à l'obligeance de M. Rouyer.

OBS. XXI. — *Enchondrome de la parotide. Extirpation de la tumeur; fistule salivaire.* — Massault, âgé de quinze ans, jardinier, entré le 1^{er} avril 1858 dans le service de M. le professeur Nélaton. Ce jeune homme, d'une bonne santé habituelle, doué d'une forte constitution, porte dans la région parotidienne droite une tumeur qui a commencé de se développer il y a deux ans. Elle avait à cette époque le volume d'un petit pois; elle n'était pas saillante sous les téguments; mais on la sentait rouler sous le doigt. Cette petite grosseur arriva graduellement jusqu'au volume qu'elle offre aujourd'hui : c'est à peu près celui d'un œuf de pigeon.

La tumeur est placée en avant de l'oreille, allongée dans le sens vertical; elle paraît être immédiatement sous-cutanée. Elle est lobulée, quoique son ensemble soit assez régulièrement arrondi, sa consistance dure, un peu élastique. Ces caractères suffisent pour faire diagnostiquer une tumeur cartilagineuse. De plus, M. Nélaton admet qu'elle a pris naissance dans le tissu même de la parotide, mais c'est par analogie et par suite de l'expérience qu'il a de ces sortes de tumeurs.

L'opération fut pratiquée le 3 avril. Elle ne présenta rien de particulier. M. Nélaton, au moment de la première incision, fait remarquer qu'une couche mince de tissu glandulaire est interposée entre la peau et la tumeur. Celle-ci fut examinée à l'hôpital par M. Robin, qui a constaté qu'elle était formée de tissu fibreux et de tissu cartilagineux.

Les suites furent simples : il ne se développa qu'une tuméfaction très peu intense, et la cicatrice marcha très rapidement pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération. A partir de ce moment, le travail de cicatrisation parut s'arrêter, et l'on constata vers la partie moyenne et à la partie inférieure deux points qui laissaient écouler de la salive.

Le 22 avril, les points fistuleux sont notablement rétrécis, surtout celui de la partie moyenne; mais celui de la partie inférieure constitue une véritable fistule salivaire. On voit sourdre le liquide surtout pendant la mastication.

C'est la première fois que cette complication d'une fistule salivaire s'est présentée à M. Nélaton à la suite d'une ablation d'enchondrome de la parotide. On emploiera la compression comme moyen de traitement. Quatre jours plus tard, la fistule était fermée, et, le 30 avril, le jeune homme est sorti parfaitement guéri.

Nous devons, en terminant, dire un mot des paralysies faciales qui accompagnent les opérations pratiquées sur la région parotidienne. Ces paralysies sont partielles ou totales. Les premières résultent de la section de quelques branches accessoires du nerf

facial. L'observation a montré et M. Velpeau nous a fait remarquer plusieurs fois que ces paralysies très limitées finissaient par disparaître. C'est là un fait clinique ; il n'entre pas dans notre sujet d'en donner la raison. Quant aux paralysies totales, qui résultent de la section, nous devons même dire de la résection d'une partie du tronc du facial, elles sont irrémédiables. Nous savons ce qu'on a dit de la régénération des nerfs ; nous connaissons les expériences qui ont trait à ce sujet intéressant ; mais jusqu'ici on n'a jamais vu le facial réséqué dans une ablation de la parotide se reconstituer de toutes pièces. Le galvanisme et autres moyens sont impuissants à guérir ces paralysies. Les médecins sérieux n'ont jamais compté sur de semblables cures.
