



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

JEAN-LOUIS EMERIT

Né à Niort (Deux-Sèvres), le 8 octobre 1898

351

Un Nouveau Cas
de Tuberculose primitive
de la glande parotide

Président de thèse : M. le Professeur LECENE



PARIS

IMPRIMERIE G. LE GALL

5, rue Erard (12^e)

1923



851

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE

168

168

168

168

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

JEAN-LOUIS EMERIT

Né à Niort (Deux-Sèvres), le 8 octobre 1898

Un Nouveau Cas de Tuberculose primitive de la glande parotide

Président de thèse : M. le Professeur LECENE



PARIS

IMPRIMERIE G. LE GALL

5, rue Erard (12°)

1923

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTE : M. ROGER

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

MM.

NICOLAS.
 CUNEO.
 RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBE.
 N.
 LECENE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MÉNÉTRIÉR.
 ROGER.
 ACHARD.
 VIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBECOURT.
 CLAUDIN.
 JEANSELME.
 F. MARIE.
 TEISSIER.
 DELBET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 DE LAFERSONNE.
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVEAIRE.
 JEANNIN.
 PAURE.
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.
 ALGLAVE.
 BASSET.
 BAUDOUIN.
 BLANCHETÈRE.
 BRANCA.
 CAMUS.
 CHAMPY.
 CHEVASSU.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRÉ.

BESMAREST.

DUVOIR.
 FIESSINGER.
 GARNIER.
 GOURBOT.
 GRÉGOIRE.
 GUENIOT.
 GUILLAIN.
 HEITZ-BOYER.
 JOYEUX.
 LABBÉ (H.).
 LIGNEL-LAVASTINE.
 LANGLOIS.

LARDENNOIS.

DE LORIER.
 LEMIERRE.
 LEQUEUX.
 LEREBoullet.
 LERI.
 LEVY-SOLAL.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MOCCOLOT.
 MULON.
 OKINCZYC.
 PHILIBERT.

RATHERY.
 RETTERER.
 RIBERRE.
 ROUSSY.
 ROUVIERE.
 SCHWARTZ.
 STROHL.
 TANON.
 TERRIEN.
 TIFFENEAU.
 VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA SCEUR.

A MON PERE ET A MA MERE

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES MAITRES :

M. le Professeur agrégé Henri RIEFFEL,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

M. le Docteur Prosper MERKLEN
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Docteur Louis DEVRAIGNE,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Docteur Pierre LE GAC
Interne des Hôpitaux.

*par profonde reconnaissance pour les
excellents conseils qu'il m'a prodigés
dans la rédaction de cette thèse.*

M. le Docteur Jean GUELFUCCI,
Ancien Interne des Hôpitaux.

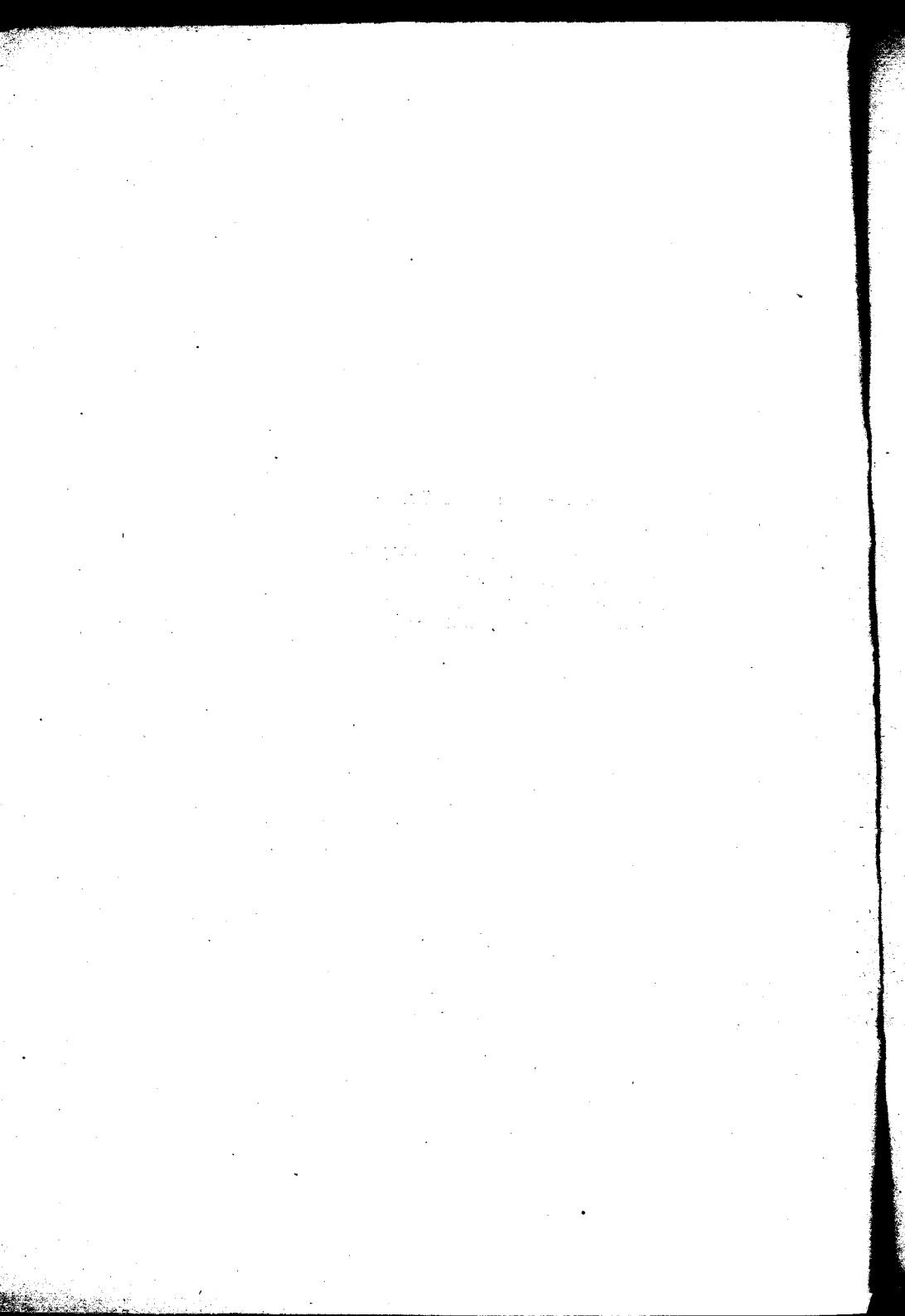
M. HUMBERT,
Interne des Hôpitaux.

Meis et amicis.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. LECENE

*Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur de Pathologie externe,
Chevalier de la Légion d'honneur.*



AVANT-PROPOS

Parmi les tuberculoses locales, la plus rare sans conteste est la tuberculose primitive des glandes salivaires. C'est, du moins, l'impression qui se dégage du nombre relativement peu important de travaux publiés sur cette question.

Ayant eu l'occasion d'opérer récemment un cas de tuberculose primitive de la parotide, notre maître, M. le Docteur Rieffel, nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse. Nous tenons à le remercier des excellents conseils qu'il nous a prodigués au cours des deux années passées dans son service, ainsi que des recherches bibliographiques par lesquelles il a grandement facilité notre travail.

Nous ne saurions aussi trop remercier M. le professeur Lecène d'avoir bien voulu examiner les pièces histologiques que nous lui avons soumises, et d'avoir mis à notre disposition outre son mémoire de 1901, qui met au point la question de la tuberculose parotidienne, ses fiches bibliographiques actuelles.

Notre contribution à l'étude de cette intéressante

question sera, certes, minime. Notre intention est surtout d'apporter un cas nouveau de cette affection, et notre but est de montrer que c'est une bacillose locale et primitive ; que la voie d'infection est surtout lymphatique ; enfin, que, diagnostiquée à temps et opérée, c'est une tuberculose curable.

HISTORIQUE

Nous avons dit la rareté relative des travaux publiés sur cette question. En effet, dans la littérature, il n'existe, à l'heure actuelle, que 24 cas de tuberculose de la parotide. Cinq autres observations, dont deux douteuses (puisqu'il y manque l'examen histologique) ont trait à l'infection bacillaire des glandes sous-maxillaires. Derselbe, enfin, mentionne un seul cas où la glande sublinguale a été atteinte.

Les premiers travaux sur la tuberculose des glandes salivaires sont dus à M. Valude, qui, en 1888, rapporta au Congrès de la tuberculose les résultats d'inoculation qu'il a faites dans les glandes salivaires de lapins. De ces intéressantes expérimentations, nous ne retiendrons que le fait que, sur 90 inoculations pratiquées, 68 ont été positives. On peut donc dire que l'apport direct de bacilles de Koch en tissu glandulaire détermine une infection tuberculeuse localisée aux glandes; ces glandes ne sont pas réfractaires à la tuberculose. A cette épo-

que, en effet, il n'existait pas encore d'observations concluantes de bacillose des glandes salivaires.

C'est à de Paoli que revient l'honneur d'avoir présenté la première observation clinique avec examen histologique et bactériologique détaillé. En septembre 1893, en effet, le professeur italien de l'université de Pérouse publie un cas bientôt suivi d'un second où l'infection de la glande parotide par le bacille de Koch est indiscutablement démontré. Il l'est : 1° au point de vue histologique, par une riche infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif interlobaire avec atrophie et disparition de l'élément cellulaire du lobule ; par la présence de nodules tuberculeux et de cellules géantes ; 2° au point de vue bactériologique, par la mise en évidence du bacille de Koch à l'intérieur de cellules épithélioïdes.

La possibilité de tuberculose de la parotide étant ainsi démontrée, on voit surgir, en Allemagne surtout, une série de travaux qui n'apporte rien de nouveau à la question. Aevoli, Stubenrauch, Bockhorn et Küttner, entre autres, publient des observations qui n'ajoutent rien aux conclusions pathogéniques et anatomo pathologiques de de Paoli.

En France, quelques auteurs vont s'efforcer d'éclairer le sujet avec plus de précision. Claisse et Dupré, en 1894, dans leurs « recherches sur la tuberculose en général » démontreront que l'infection salivaire a presque toujours une origine buccale, et ils admettront l'infection par voie canaliculaire comme possible, subordonnée cependant à des

conditions générales et locales qui se résument ainsi : « D'un côté, déchéance anatomique et fonctionnelle du parenchyme glandulaire, et de l'autre, ascension dans ce milieu dégénéré de bactéries pathogènes auxquelles l'intégrité anatomique de la glande interdit normalement l'accès des grandes voies d'excrétion et les immigrations ultérieures ».

Deux années plus tard, en 1896, Légueu et Marien publient dans la Presse Médicale une observation qui semble confirmer cette théorie pathogénique. Il s'agit d'un cas de tuberculose parotidienne où la tumeur a la forme d'un kyste au contenu salivaire dont les parois sont tapissées de petits tubercules gris rougeâtres où l'on trouve des cellules embryonnaires et des cellules géantes autour des canaux excréteurs.

En 1898, Parent, dans sa thèse, donne une étude complète sur le sujet. Il décrit deux formes cliniques et anatomo pathologiques, une forme confluyente et une forme disséminée, et il admet deux voies d'introduction du bacille : a) la voie ascendante par le canal de Stenon; b) la voie descendante par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il indique combien la symptomatologie en est vague et conclut que seul l'examen histologique et bactériologique peut trancher la question. Pinoy, l'année suivante, apporte une étude clinique et expérimentale de la tuberculose de la sous-maxillaire.

Mais il faut arriver à Lecène pour avoir une mise au point nette sur la question. Dans un arti-



cle paru en 1901, dans la Revue de chirurgie, cet auteur publie un cas qu'il a observé et opéré dans le service de M. le D^r Launay à l'hôpital Cochin. Après avoir rapporté l'observation que nous reproduisons plus loin, il arrive à ces conclusions que la tuberculose de la parotide est une infection primitive et locale qui se fait dans la majorité des cas par « les lymphatiques glandulaires periacineux qui communiquent avec les réseaux des gencives et des parois bucales », que la porte d'entrée du bacille est le plus souvent « une lésion buccale banale, telle qu'une ulcération superficielle au voisinage d'une dent, la cavité pulpaire ouverte d'une dent cariée même » par où le bacille de Koch pénètre « dans les lymphatiques efférents de la muqueuse gingivo buccale ».



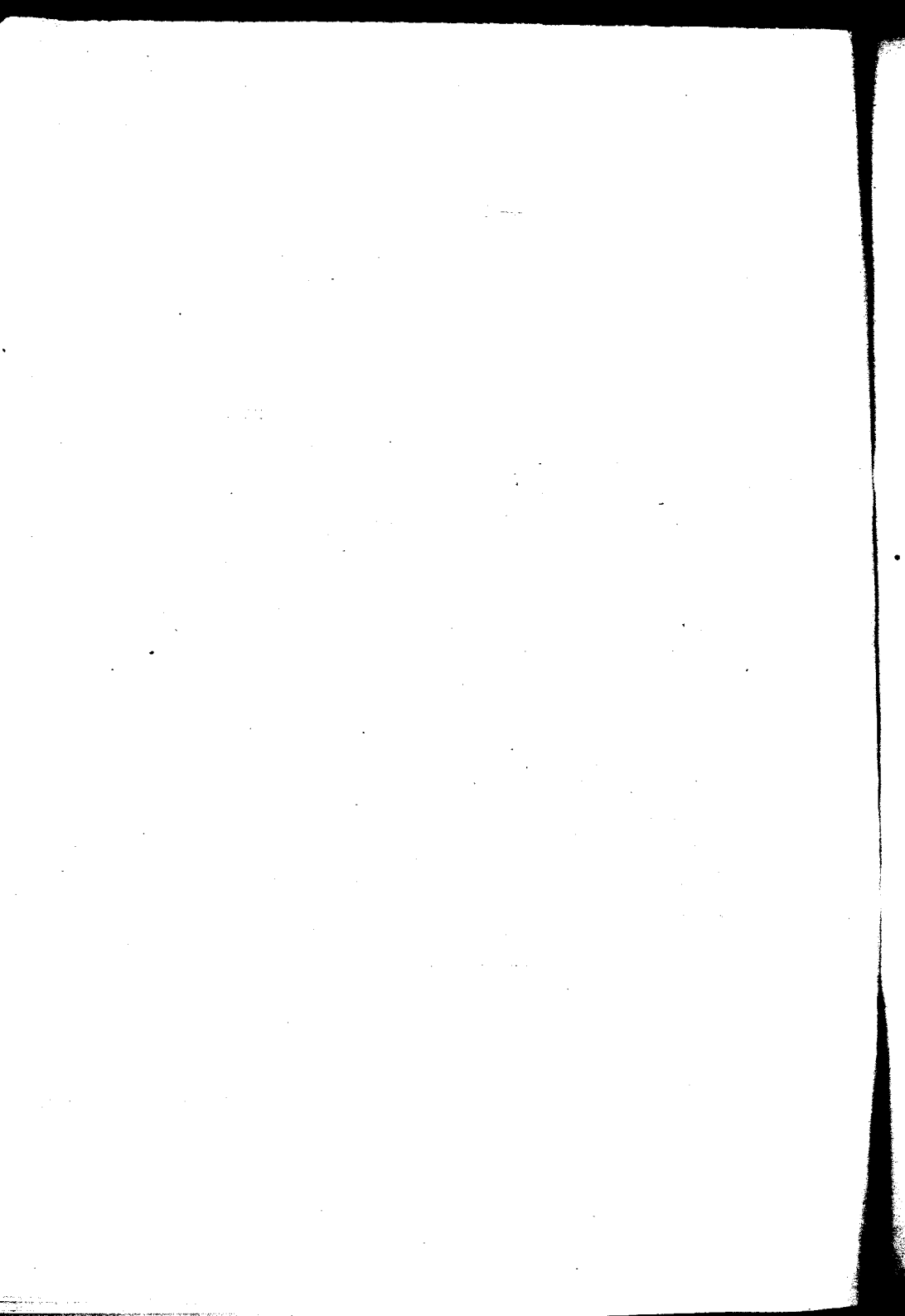
Au point de vue clinique, il divise les malades en deux variétés. Dans une première série de cas, la tuberculose de la parotide en imposera pour une tumeur mixte, voir même quand une paralysie faciale existera du même côté de la lésion pour une tumeur mixte évoluant vers la malignité.

« Chez une seconde variété de malades, l'affection se présente sous l'aspect d'une adénite de la région parotidienne, diagnostic presque juste, puisque en somme les ganglions sont souvent pris en même temps que la glande ». En tout cas, seul l'examen microscopique et bactériologique, voire l'inoculation aux animaux, apportera une certitude.

Après le travail de Lecène, l'intérêt suscité pour

cette question semble s'être ralenti. Un certain nombre d'auteurs, cependant, rapportent quelques observations. Ce sont, en Italie, Deruelle qui, en 1901-06-09, semble particulièrement s'attacher à la question. En Allemagne, Mintz (1902), Bockarht (1903), Bencke (1907) Danielsen (1907) Willet (1910) Homuth (1911), citent tour à tour quelques cas, mais sans projeter un jour nouveau sur les données étiologiques et pathogéniques. Treudlenbourg publie, en 1914, un assez long article dans son ouvrage de pathologie chirurgicale où il analyse les observations déjà parues, mais sans synthétiser et sans conclure. En Angleterre, Wood (1903), Cole (1904) et Drew (1904) apportent aussi quelques observations.

En France, nous trouvons un intéressant article de Pierre Nadal et Pouget, qui, dans la Revue de laryngologie d'août 1911, rapportent deux cas de tuberculose primitive de la parotide. Ils se rangent aux deux formes anatomo pathologiques de Parent et donnent la théorie lymphatique de Lecène comme la plus probable au point de vue pathogénique. Rocher (1911) rapporte à la Société anatomique de Bordeaux un cas intéressant au point de vue intervention. (Nous en citons plus loin le compte rendu opératoire).



ETIOLOGIE

Nous avons déjà dit combien était rare la tuberculose primitive de la parotide, nous n'insisterons pas davantage.

La cause déterminante en est évidemment le bacille de Koch, et presque toutes les observations en mentionnent la présence, décelée à l'intérieur de cellules géantes ou épithélioïdes par la méthode de Ziehl.

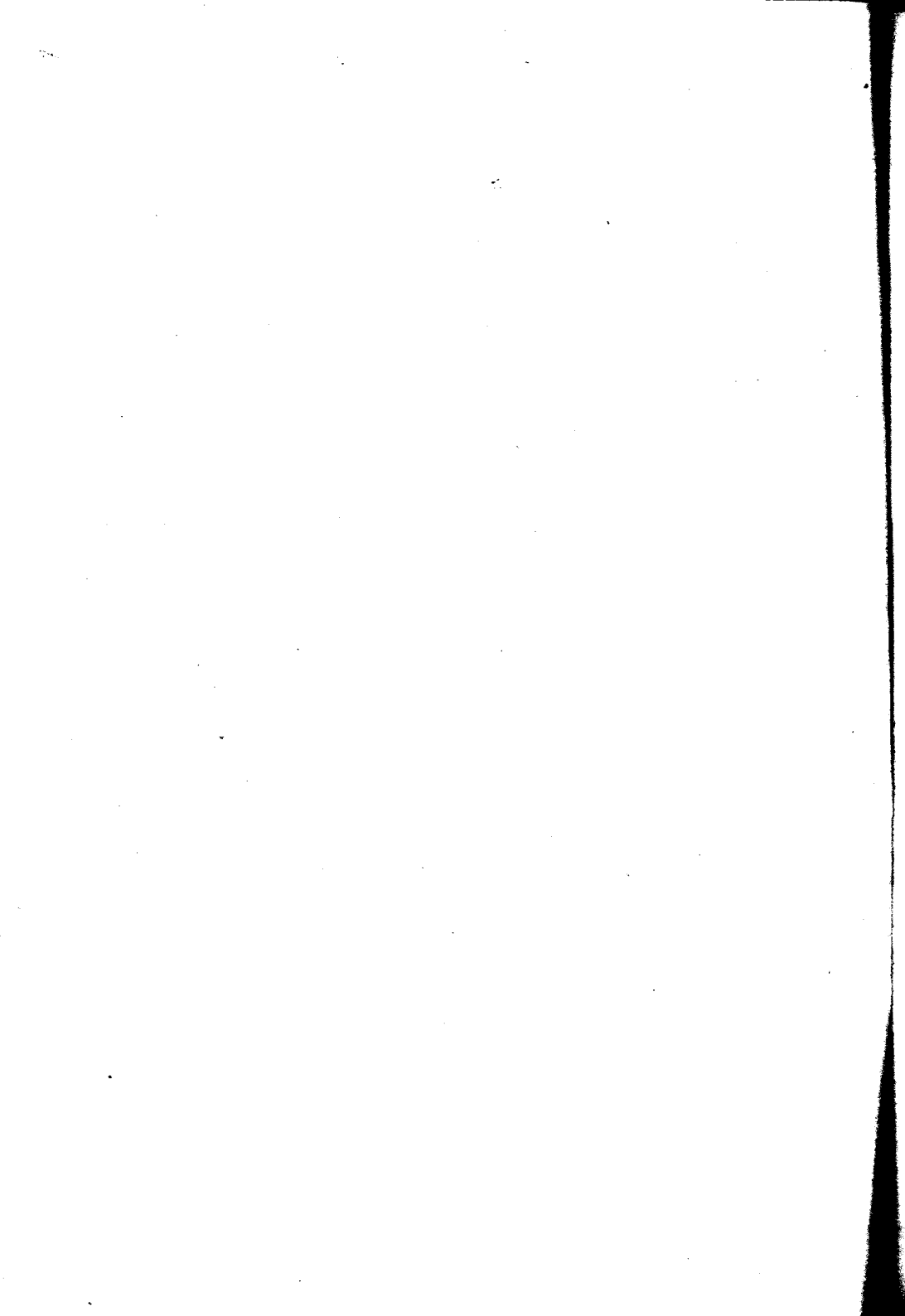
L'âge ni le sexe des sujets ne paraissent jouer un rôle bien important. Il semble cependant que ce soit une maladie de l'âge mûr, le plus grand nombre d'observations, ayant trait à des malades de 40 à 60 ans. La tuberculose de la parotide existe cependant chez les enfants. Mintz en a observé un cas chez un enfant de 3 ans, Franck chez un bébé de 22 mois. Dans l'observation de Leguen et Marien il s'agit d'une jeune fille de 13 ans. Mais il est plus intéressant de constater que la bacillose de la parotide est une affection étroitement localisée et que

les malades qui en sont atteints ne présentent pas de tuberculose à distance. Dans la majorité des cas, ce sont des individus robustes, bien portants, dont l'état général est excellent, et après l'ablation de la glande salivaire atteinte, ils sont complètement guéris. Néanmoins, Paoli a signalé la coexistence de scrofulose et de tuberculose des os; Bockhart et Willet de tuberculose ganglionnaire du cou; Poupel de tuberculose articulaire; Drew de suppuration de l'oreille moyenne; Danielsen de tuberculose laryngée; Scheih, enfin, de tuberculose ganglionnaire du cou avec tubercules miliaires dans le poumon, le foie, la rate et issue fatale. Il semble bien dans ce dernier cas que la bacillose de la parotide n'ait été qu'un épisode de second plan au cours d'une tuberculose aiguë généralisée.

Dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, on ne trouve, le plus souvent, rien d'intéressant. La plupart de ces malades n'ont pas eu les oreillons et n'ont pas subi de traumatisme de la région. Cependant presque tous les auteurs signalent une donnée étiologique qui prend une grosse importance par sa quasi-unanimité. Presque tous les malades, en effet, ont une hygiène buccale nettement défectueuse et sont porteurs de dents cariées. Cette carie dentaire frappe particulièrement les molaires voisines du canal de Stenon de la glande atteinte. Nous reviendrons sur cette particularité lorsque nous étudierons la pathogénie.

En somme, l'étiologie nous semble assez obscure. Tout ce que l'on peut constater, c'est qu'il s'agit

le plus souvent de sujets d'âge mûr, de sexe indifférent, ayant une mauvaise dentition et qui sont atteints d'une tuberculose primitive de la parotide, sans présenter par ailleurs d'autre localisation bacillaire. *Primitive*, voilà donc déjà une donnée intéressante et que confirme de tous points notre observation.



OBSERVATIONS

*Cette observation inédite a été prise dans le service
de notre maître, M. le docteur Rieffel*

Mme P..., cuttivatrice, 55 ans, entre dans le service de M. le docteur Rieffel, à Saint-Louis, le 21 mars 1923, pour une tuméfaction de la région parotidienne et sous-maxillaire droite.

Antécédents. — Père mort à 30 ans ; la malade ignore la cause de ce décès ; mère décédée à 73 ans ; son mari a 62 ans, est bien portant ; deux enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucune maladie à signaler. La malade déclare que depuis 25 à 30 ans elle a remarqué l'existence « de petites glandes » du volume d'une noisette à une petite noix, indolores et roulant sous le doigt, siégeant dans la région parotidienne et sous-maxillaire droite. Pendant très longtemps ces glandes n'ont subi aucune modification et ne l'ont pas inquiétée. Cependant, en 1914, elle a consulté et a été traitée médicalement. Une de ces tuméfactions qui, au dire de la malade, siégeait dans le sillon rétro-auriculaire droit, sous le lobule de l'oreille, s'est abcédée, il en est résulté une fistule qui s'est tarie au bout d'un mois environ, la cicatrice en est d'ailleurs visible. L'hiver dernier, en outre, la malade a souffert d'une toux incessante et depuis quelques mois elle a fortement maigri.

Histoire de la maladie. — La tuméfaction actuelle s'est développée assez rapidement au dépens des glandes pré-existantes, cette évolution s'est faite sans au-

cune douleur, sans gêne de la mastication ni de la déglutition. Aucun trouble fonctionnel n'a donc accompagné cette augmentation de volume.

Examen (le 23 mars 1923). — A l'examen on constate une tuméfaction bilobée siégeant à la région parotidienne et s'étendant à la région sous-maxillaire. Cette tuméfaction est irrégulière, elle se continue sans transition nette avec les régions voisines. On ne remarque aucune saillie circonscrite à sa surface. Les téguments qui la recouvrent offrent une coloration légèrement violacée, un aspect tendu mais non œdémateux ; le doigt n'y peut imprimer sa trace. Le lobule de l'oreille est normal. Derrière cette saillie on remarque une petite cicatrice linéaire d'un centimètre et demi environ, vestige de la supuration ancienne dont la malade nous a signalé l'existence.

Plus profondément, la tumeur résiste au doigt, elle est d'une dureté élastique régulière, fixe dans la région parotidienne, plus ligneuse et mobile dans la région sous-maxillaire. La palpation permet ainsi de déterminer deux masses, l'une dans la région parotidienne, l'autre dans la région sous-maxillaire ; ces masses sont relativement distinctes et indépendantes, la pression n'est nullement douloureuse en aucun point de la tuméfaction. On trouve, de plus, de nombreux ganglions (chaîne carotidienne, chaîne sous-maxillaire) mobiles, roulant sous le doigt, plus développés du côté de la tumeur mais existant aussi du côté opposé (micropolyadénopathie). A l'examen clinique, le nerf facial est intact, l'orifice du canal de Sténon est normal, non saillant, non enflammé, il laisse écouler de la salive pendant les mouvements de déglutition. La dentition de la malade est très mauvaise, particulièrement du côté droit, elle porte un appareil ; sa bouche est en mauvais état. Les deux branches montantes et horizontales de l'os maxillaire sont normales. Rien à signaler du côté des yeux ni des conduits lacrymaux ; pas de signe d'Argyllé Robertson. A l'examen de l'appareil pulmonaire on trouve une diminution du murmure vésiculaire et quelques légers frottements au sommet gauche, certainement en

rapport avec la toux incessante que la malade dit avoir eue l'hiver dernier. Nous n'avons pu faire pratiquer une radioscopie des poumons, les ressources précaires de la malade ne lui permettaient pas ces frais supplémentaires. Un Wassermann pratiqué a été négatif.

En raison de l'âge de la malade, de son récent amaigrissement, de cette tuméfaction dure, développée assez rapidement sans aucune douleur, sans troubles du côté du nerf facial, des chaînes ganglionnaires, nous avons pensé à la possibilité d'un épithélioma glandulaire et qu'en tout cas une intervention chirurgicale était nécessaire et nous fixerait sur la nature exacte de la tumeur.

Intervention chirurgicale. — Opération (26 mars 1923), par M. le docteur Rieffel. Anesthésie au chloroforme.

On aborde la tumeur par une incision verticale menée au milieu de la masse, prolongée par une incision horizontale parallèle à la branche horizontale de l'os maxillaire inférieur.

1° Après avoir circonscrit la tumeur on a pratiqué la ligature de l'artère carotide externe, ligature qui a été gênée par la présence de nombreux ganglions que l'on a extirpés au fur et à mesure.

2° On enlève alors la glande sous-maxillaire et les ganglions qui l'entourent, sans difficulté. Il n'y avait ni réaction périglandulaire ni adhérences ganglionnaires dans cette région. La glande, d'après son aspect macroscopique, est jugée saine.

3° Après beaucoup de difficultés, dues principalement à l'impossibilité de trouver un plan de clivage et à l'extrême friabilité de la parotide, on extirpe celle-ci, par fragments, aussi complètement que possible. On est obligé, au cours de cette opération, de sacrifier les branches inférieures du nerf facial ; on peut cependant respecter le facial supérieur.

On se trouve alors en présence d'une vaste poche où l'on met des mèches et un drain. Suture des teguments aux crins de Florence, aussi complets que le permet la présence du drain et des mèches.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont normales. Il existe une légère paralysie des muscles inférieurs de la face. Le 15 avril, l'incision opératoire est cicatrisée ; il persiste cependant, à son niveau, une petite plaie de la dimension d'une pièce de deux francs, à bords décollés et qui laisse échapper à la pression, sur la région qui l'entoure, une légère sérosité. Dans la région sous-maxillaire, une petite fistule laisse sourdre un écoulement séreux. Nous faisons pratiquer alors quelques séances de radiothérapie. Malheureusement, pour des raisons personnelles, la malade est obligée de quitter Paris ; nous lui conseillons un traitement héliothérapique. Dans une lettre qu'elle nous écrivait récemment, son état général s'est amélioré et la plaie prétragienne en bonne voie de cicatrisation.

Examen histologique du à l'obligeance de M. le professeur Lecène. — Les fragments prélevés comprennent, d'une part, un fragment de la tumeur glandulaire, d'autre part, un ganglion.

Sur les coupes prélevées au niveau du fragment de la glande, on retrouve, en certains points, la structure des lobules glandulaires parotidiens, d'ailleurs très altérés par une sclérose interlobulaire qui a dissocié les acinis glandulaires. Les canaux excréteurs reconnaissables ne sont pas oblitérés et il semble bien, qu'ici comme dans les cas de tuberculose mammaire, l'infection bacillaire atteint la glande par sa périphérie et non par infection canaliculaire ascendante.

Tout le reste de la préparation est occupé par de larges champs d'infiltration tuberculeuse avec caséification centrale et nombreux follicules tuberculeux complets avec cellules géantes et cellules épithélioïdes. La coloration des bacilles, faite sur certaines coupes, en a montré l'existence à l'intérieur des cellules géantes.

Les préparations faites avec le ganglion montrent également de très évidentes lésions de nécrose caséuse tuberculeuse, avec cellules géantes et bacilles. Il semble bien que l'infection tuberculeuse de la

glande parotide s'est faite, dans ce cas, par la voie lymphatique ou sanguine, en tout cas, par la périphérie des lobules glandulaires. Ceux-ci sont détruits progressivement par la caséification tuberculeuse mais, dans les points où la structure glandulaire est encore reconnaissable, les lésions sont plus marquées à la périphérie des lobules qu'en leur centre même.

OBSERVATION II

Publiée par M. le Professeur P. Lecène (Tuberculose primitive parotidienne)

Le nommé B..., âgé de vingt-neuf ans, garçon de magasin, entre le 21 novembre 1900 à l'hôpital Cochin, pour une tumeur de la région parotidienne droite. A l'âge de dix-neuf ans, c'est-à-dire il y a dix ans, le malade s'aperçut qu'il avait, dans la région parotidienne droite, une petite tumeur du volume d'une noisette, un peu au-dessous du lobule de l'oreille. Cette petite tumeur augmenta progressivement de volume, mais très lentement, si bien qu'il y a deux ans, elle était grosse environ comme une noix. A partir de ce moment et sans raison apparente, elle commença à se développer plus rapidement et le malade, inquiet par la présence de cette tumeur, se décida à entrer à l'hôpital.

Actuellement, en examinant la région parotidienne droite, on voit qu'il existe, au-dessous de l'oreille, une tuméfaction notable, qui soulève légèrement le lobule; le malade n'accuse pas de douleur véritable en ce point, mais simplement une certaine gêne dans les mouvements de rotation de la tête du côté opposé. La peau qui recouvre cette tuméfaction ne présente rien d'anormal. A la palpation, on sent que la tumeur est du volume d'une très grosse noix, qu'elle est absolument libre sous la peau, que l'on peut facilement la mobiliser d'avant en arrière, moins de haut en bas, et que dans la profondeur elle fait corps avec la parotide; en arrière elle recouvre le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, en avant elle dépasse largement le bord postérieur de la branche montante du

maxillaire, en bas elle dépasse un peu le gonion et en haut elle atteint la base du lobule de l'oreille.

La tumeur n'est pas douloureuse à la pression ; sa consistance n'est pas partout égale ; à la partie postérieure elle est dure, donnant un peu la même sensation tactile que certains ganglions tuberculeux non ramollis ; en avant, au contraire, elle est plus molle, demi-fluctuante ; en aucun point cependant elle ne présente de dureté cartilagineuse, ni de fluctuation franche ; la tumeur n'est nullement réductible à la pression et l'orifice du canal de Sténon du côté droit ne présente rien d'anormal. Il n'y a pas de paralysie faciale de ce côté et le malade, d'ailleurs très bien portant, ne présente aucun signe de lésions tuberculeuses pulmonaires ou autres. Son père est mort d'une maladie de cœur, sa mère est morte d'une maladie dont il ne sait pas le nom. Il a deux frères et deux sœurs bien portants ; une autre sœur est morte, il y a un an, de tuberculose pulmonaire.

Au moment où le malade a vu sa tumeur apparaître, il vivait à la campagne. Travaillant la terre, il semble que personne de son entourage ait pu le contagionner. Entre quinze et vingt ans, un certain nombre de molaires droites se sont cariées et sont tombées spontanément. A vingt-deux ans, au régiment, notre malade eut les oreillons et la scarlatine.

En présence de ces symptômes et de cette histoire clinique, nous portâmes, d'accord avec notre chef, le docteur Launay, le diagnostic de « tumeur mixte de la parotide ».

Le 24 novembre, sous l'anesthésie chloroformique, nous fîmes, partant de la base du tragus, une incision verticale de 10 centimètres environ ; après incision des plans superficiels, nous apercevons la capsule fibreuse qui enveloppe la tumeur ; nous incisons cette capsule et nous apercevons alors la tumeur ; très facilement, avec l'index droit nous l'énucléons de sa loge et de quelques coups de curette, nous grattons les parois de la loge qu'occupait la tumeur et nous ramè-nons quelques débris insignifiants ; un suintement

sanguin, venant des parois de la poche, se produit alors ; nous l'arrêtons facilement par un peu de compression. Nous faisons ensuite quelques points de catgut profonds pour rapprocher les parois de la poche et nous réunissons la peau au crin de Florence.

Suites opératoires des plus simples ; pas de paralysie faciale, même partielle ; ablation des fils au huitième jour ; le malade sort complètement guéri le douzième jour. Nous l'avons revu le 24 décembre ; il présente une cicatrice sous l'oreille droite, la peau est mobile sur les plans profonds et il n'y a pas trace de récidive.

La tumeur, examinée sur une coupe large, présente une couleur jaune rougeâtre ; elle est de consistance plutôt molle, mais ne présente aucun foyer caséux ou kystique ; des morceaux sont fixés au sublimé acétique pour l'examen histologique. Comme à ce moment encore nous croyions à une tumeur bénigne de la parotide, nous ne pensons pas à faire d'inoculations.

Examen histologique. — Sur des coupes larges à un faible grossissement, nous voyons que la tumeur est constituée par du tissu glandulaire parotidien, découpé en zones irrégulières par une infiltration embryonnaire très abondante ; en certains points même, le tissu glandulaire a complètement disparu et se trouve remplacé par des amas de cellules embryonnaires. Dans les zones qui apparaissent claires, et qui sont les restes des acini de la parotide, on voit que les cellules glandulaires ont subi des altérations considérables ; leur protoplasma est clair, vaguement teinté en rose par l'éosine ; certaines cellules seules ont conservé leurs noyaux colorés en bleu par l'hématéine. On ne trouve qu'en quelques points clairsemés des vestiges des canaux excréteurs des acini. Au niveau de ceux qui sont le moins atteints, on voit nettement que l'invasion du tissu glandulaire est périphérique, car le maximum d'infiltration embryonnaire se trouve dans les espaces interacineux, autour des capillaires qui remplissent normalement ces espaces. Les vaisseaux rencontrés par la coupe ne présentent d'ailleurs aucune lésion qui puisse faire penser à la syphilis. En certains points, à la limite de la zone d'infiltration embryonnaire et des cellules de l'acinus parotidien, on rencontre des cellu-

les géantes typiques à noyaux excentriques, à centre granuleux mal coloré ; sur une seule coup on voit environ dix à douze de ces cellules géantes (voyez fig. 1 et 2).

OBSERVATION III

Due à M. le docteur Rocher (résumée)

Mlle B..., 53 ans.

Depuis dix ans, la malade a constaté, au niveau de la région parotidienne, du côté droit, une tuméfaction peu douloureuse qui grossit lentement d'une façon irrégulière, par poussées, et qui atteint, au mois de juin 1911, le volume d'un gros œuf de poule. A son niveau les téguments sont normaux, non adhérents. Les contours de la tuméfaction sont diffus et celle-ci semble s'étendre à toute l'épaisseur du tissu parotidien. La consistance en est ferme, à peu près uniforme, sans fluctuation. On note un gros ganglion à la partie postérieure de la loge du maxillaire, ganglion angulo-maxillaire.

Opération le 28 juin 1911. — Incision esthétique verticale, derrière la branche montante du maxillaire inférieur. Après dissection de la peau, la parotide apparaît rougeâtre. On essaie de faire l'extirpation de la tuméfaction et on s'aperçoit qu'elle fait corps avec toute la parotide, qu'il n'existe pas de plan de clivage et que, de plus, lorsqu'on sectionne le tissu glandulaire sur les confins de ce qui paraît nettement malade, la glande, en ce point, paraît également infiltrée, anormale d'aspect ; son tissu est jaunâtre, mou et friable. Constatant donc que toute la glande est atteinte, nous décidons d'en faire l'ablation complète, et en pratiquant cet évidement de la loge parotidienne, par morcellement, nous prenons la précaution de conserver le facial ; nous disséquons donc les deux branches temporo-faciale et cervico-faciale avec la plus grande précaution, en les sculptant dans le tissu parotidien, auquel, toutefois, elles n'adhèrent pas intimement et dans lequel elles cheminent avec un as-

pect normal ; mais dans la profondeur de la loge parotidienne, nous sommes amenés à sectionner le tronc du facial à trois ou quatre millimètres en arrière de son point de bifurcation. Les deux branches sont inclinées en avant, ce qui permet de parfaire l'extirpation des derniers fragments de glande qui restent encore adhérents au fascia fibreux de la loge. L'extirpation de la parotide est complétée par celle du ganglion angulo maxillaire hypertrophié, qui siégeait à la partie postérieure de la loge sous-maxillaire.

Suture nevrilommatique (au moyen de trois fils de soie 00) du nerf facial ; suture délicate mais obtenue sans traction.

Suture de la peau au moyen de l'aiguille couturière avec crins de Florence très minces. Drainage pendant quarante-huit heures.

On constate, au réveil de la malade, une paralysie faciale totale. Réunion par première intention avec cicatrice à peine visible.

L'examen anatomo-pathologique montre une forme diffuse de tuberculose parotidienne étendue à toute la glande.

Le gros ganglion sous-maxillaire ne présente pas de lésions.

On fait suivre à la malade un traitement radiothérapique puis électrique.

Les différents examens électriques pratiqués à des dates successives montre l'amélioration progressive de la paralysie faciale.

La malade peut fermer les yeux, serrer les lèvres, froncer le front, faire, en un mot, tous les mouvements de la mimique. Les muscles du côté droit sont évidemment un peu paresseux, mais ils fonctionnent tous.

Observation intéressante : possibilité d'enlever toute la parotide en conservant le nerf facial.

OBSERVATION IV

Due au docteur Latronche

M. X..., 62 ans. Vient se représenter à la consultation du docteur Latronche, le 25 septembre 1910. Il est porteur, depuis huit mois, d'une tumeur siégeant au niveau de la région parotidienne gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels peu chargés.

Le malade jouit d'un bon état général et en particulier n'a jamais présentée aucune manifestation qui puisse être rapportée à la bacillose.

Histoire de la maladie. — La tumeur, découverte par le sujet huit mois auparavant, s'est ensuite accrue lentement, sans à-coups, sans poussées inflammatoires franches, sans aucun phénomène douloureux. Elle a acquis, au moment de l'examen, le volume et la forme de la moitié d'une mandarine. Elle forme, au niveau de la région parotidienne, une saillie hémisphérique assez irrégulière, sans bosselures, sans ramollissement. Elle est mobile sur les plans profonds, n'adhère pas à la peau, dont le glissement est cependant limité. La consistance n'est pas homogène mais, au contraire, irrégulière, avec des jours de ramollissement, sans cependant de fluctuations bien définies. La tumeur, par son volume, repousse en haut et en avant le lobule de l'oreille et vient faire saillie jusqu'au contact du masséter. La peau n'est adhérente, d'une façon assez manifeste, qu'en certains points de la surface.

Le docteur Latronche porta le diagnostic, soit de tumeur parotidienne, plutôt kystique, soit de ganglion atteint d'adénite chronique. Une intervention chirurgicale étant jugée de toute façon nécessaire, elle fut pratiquée le 29 mai 1911.

L'opérateur rencontra une tumeur formée de masses caséeuses par places, en d'autres endroits, de consistance plus ferme, rappelant celle de l'épithélioma. Le tissu, friable, saigne abondamment ; la tumeur infiltre toute la glande parotide et on doit user des

plus grandes précautions pour éviter de léser le nerf facial. La tumeur est enlevée aussi complètement que au chlorure de zinc complète l'intervention. On suture et on draine.

Les jours suivants, un écoulement de pus mal lié, séro-sanguinolent, se fait par le drain, précisant si possible encore la nature tuberculeuse de la tumeur. Dans la poche laissée vide par l'extirpation de la glande néoplasique, on pratique des injections d'huile goménolée à 50 0/0. Au bout d'un mois et demi, la guérison est parfaite et s'est maintenue depuis.

Examen de la pièce anatomique par Pierre Nadal.

La masse extirpée est très fragmentée et très altérée. Les détails constatés pendant l'intervention permettent cependant de rapporter cet exemple de parotidite tuberculeuse à la forme conglomérée des auteurs. Les préparations que nous avons pu faire présentent deux ordres de lésions : des lésions en masses très étendues, caractéristiques de la tuberculose et ne pénétrant pas intimement la glande. Ce sont des nappes dans lesquelles on trouve diffusément répartis de nombreux nodules caractéristiques, avec follicules de Koster, cellules géantes, zones épithélioïdes et traînées lymphoïdes. Outre ces zones, on observe, en plus d'un point, dans les lobules parotidiens moins atteints, des îlots et des fusées de cellules embryonnaires qui doivent vraisemblablement être rapportées au même processus infectieux mais qui, elles, ne présentent pas, sauf en quelques rares points, les mêmes caractères évidents de la bacilliose. En dehors de ces altérations, la glande présente une sclérose intense, une sorte de cirrhose salivaire assez bien systématisée à la périphérie des lobules.

Un point de notre préparation nous montre une zone lymphoïde semi-lunaire, limitée par une zone fibreuse, rappelant assez bien la coque d'un ganglion, bien qu'en partie détruit par l'infiltration embryonnaire. Cette masse présente tous les caractères d'un ganglion envahi par une tuberculisation très avancée.

Il est possible qu'il s'agisse ici d'une polyadénite tuberculeuse ayant frappé les ganglions intraparotidiens et secondairement envahi la glande.

OBSERVATION V

Due aux docteurs Leguen et Marien (résumée)

Un jeune enfant de 13 ans nous est amené, en octobre 1895, présentant une petite tumeur sur la joue gauche. Il y a à peu près trois ans que les parents se sont aperçus de l'existence de cette petite boule.

Examen clinique. — Sur la joue gauche, à peu près au niveau du bord antérieur du muscle masséter, on sent, plutôt qu'on ne voit, une petite tumeur du volume d'une noisette, arrondie et adhérente à la face profonde de la peau. Elle fait corps avec les parties profondes ; elle est cependant indépendante du masséter. Molle, sans fluctuation, cette tumeur est indolente et semble formée de plusieurs parties réunies au centre et encore distinctes à la périphérie.

Diagnostic. — Adénite suppurée.

Opération. — La tumeur est enlevée par l'extérieur, à l'aide de la cocaïne. Un moment, quelques gouttes de pus crémeux s'échappèrent, nous venions d'ouvrir une poche. Quelques points de suture complètent l'intervention. Les jours suivants, comme l'examen de la pièce devait nous le faire craindre, la salive s'écoulait en partie sur la joue, nous craignîmes un moment que le canal de Sténon n'ait été ouvert, mais, depuis, la fistule s'est oblitérée d'elle-même ; c'était une fistule due à l'ouverture de la parotide elle-même et non de son canal excréteur.

Examen de la tumeur. — Du volume d'une grosse noix, la tumeur offre, à la coupe, l'apparence d'un tissu glandulaire hypertrophié. Le centre est constitué par une cavité contenant du muco-pus.

A l'examen microscopique de la tumeur sur des coupes passant par la cavité, on constate qu'il y a une caverne tuberculeuse. Celle-ci a pour parois propres du tissu glandulaire rempli d'îlots de granulations

tuberculeuses. Celles-ci, caséifiées à leur centre, contiennent des cellules géantes, des cellules épithéloïdes et sont entourées d'une zone de prolifération embryonnaire.

Sur quelques points de la paroi on reconnaît encore des lobules glandulaires détruits mais entourés de travées de tissu conjonctif fortement infiltré d'éléments embryonnaires. Sur des coupes faites en tissu glandulaire, à une certaine distance de la cavité, partout l'on trouve des canaux excréteurs, on les voit entourés d'une zone d'infiltration embryonnaire qui envahit leur paroi.

Sur d'autres lobules se voient des lésions beaucoup plus accentuées et nous avons pu colorer des bacilles de Koch au milieu de cellules géantes.

L'infiltration nous a paru débiter toujours du centre du lobule autour du canal excréteur principal pour, de là, s'étendre à la périphérie pendant que le centre subit la transformation caséuse.

OBSERVATION VI

Due au docteur De Paoli (résumée)

Mme G..., entrée à la clinique le 5 février 1891.

Ses fils et sa sœur sont morts de tuberculose pulmonaire. Il y a trois ou quatre ans, elle eut deux ou trois petits abcès qui ont guéri après incision. Six mois avant son entrée à l'hôpital, une tumeur dure et douloureuse s'est développée derrière la branche montante du maxillaire gauche. Le médecin traitant y pratiqua une incision qui ne donna qu'un peu de sang. La plaie s'est bien cicatrisée mais la tumeur continue à augmenter.

Examen clinique. — C'est une femme d'une bonne constitution. On constate à l'examen de la région parotidienne une tumeur du volume d'un œuf de poule, légèrement bosselée, dure, élastique, indolente et insérée dans la loge parotidienne par une large base. En examinant les traits de la face, on y trouve une asymétrie assez manifeste, la commissure labiale droite est attirée vers le haut.

Diagnostic. — Sarcome de la parotide avec paralysie faciale.

Opération. — On enlève la tumeur qui s'avancait sous le maxillaire, après avoir lié l'artère faciale. Le malade sort guéri mais conservant toujours sa paralysie faciale. Deux ans après la maladie était en bonne santé.

Examen microscopique de la tumeur. — On trouve des tubercules typiques avec cellules épithéloïdes et géantes, mais principalement dans le tissu conjonctif interlobulaire.

La coupe tombe fréquemment sur les petits ganglions lymphatiques qui sont simplement hypertrophiés sans présenter de nodules tuberculeux, ni de dégénérescence caséuse.

Le tissu conjonctif fibreux parsemé de nodules tuberculeux fait disparaître presque tous les éléments du tissu glandulaire tandis qu'il conserve et enveloppe le nodule tuberculeux.

On trouve des rares bacilles à l'intérieur de cellules géantes.

OBSERVATION VII

de Bockhorn, Berlin 1897.

La femme P., âgée de 39 ans, entre à la clinique le 2 novembre 1896.

Antécédents nuls. Les poumons sont sains. Pas de syphilis.

Il y a trois mois, sa joue gauche enfla en l'espace de huit jour au point où elle en est aujourd'hui.

Etat actuel. — La joue gauche est complètement tuméfiée. La peau est un peu rouge, tendue, vernissée, on ne peut la plisser, le doigt y laisse son empreinte. La tumeur est de consistance ferme, sans fluctuation vraie. La bouche ne peut s'ouvrir facilement, les maxillaires édentés sont presque en contact. On remarque deux dents près de l'orifice buccal du canal de Stenon implantées sur le maxillaire inférieur.

Diagnostic. — Gomme syphilitique.

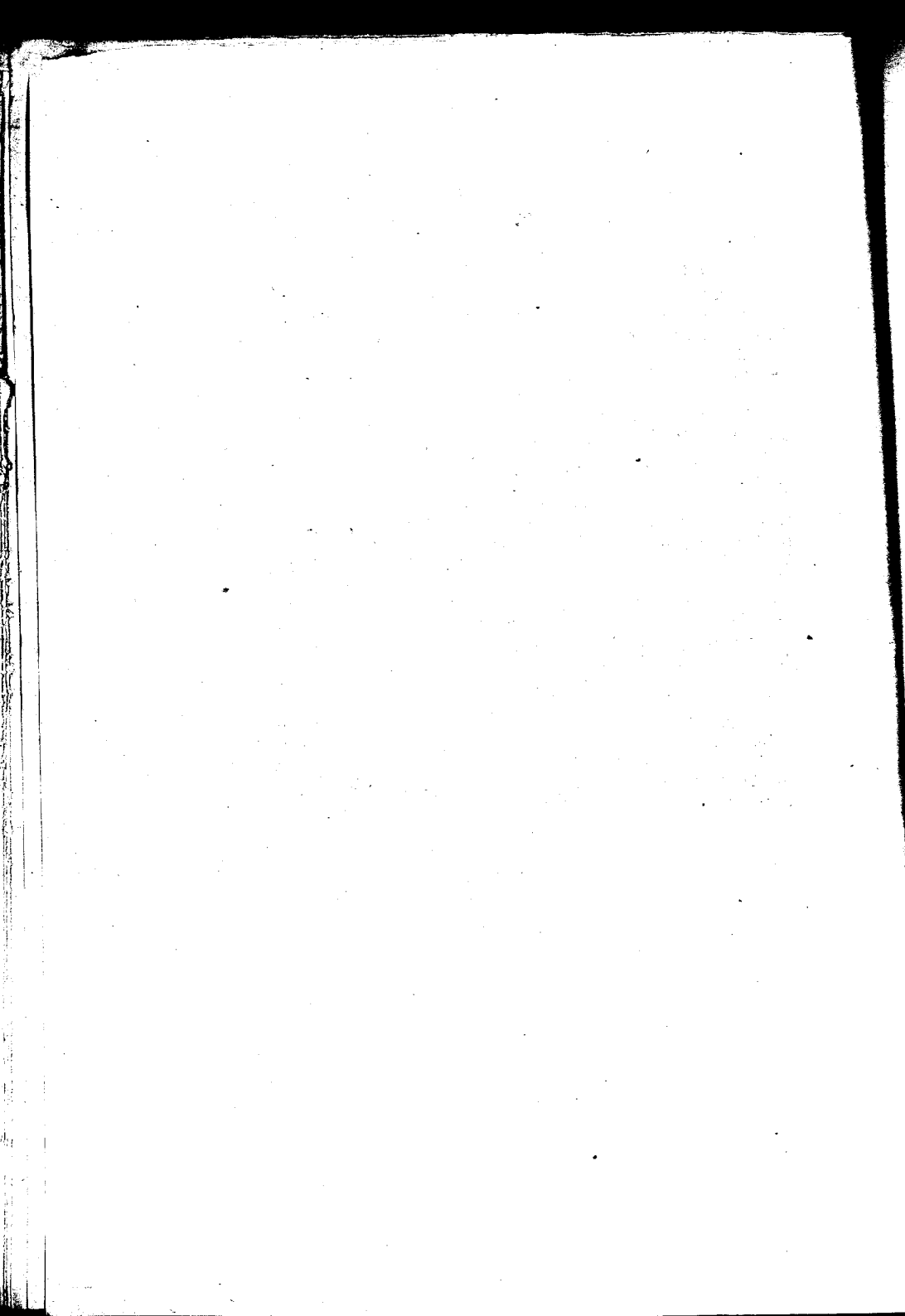
Opérations. — Deux opérations successives au cours desquelles on enlève la presque totalité de la glande. On a jamais constaté la moindre trace de paralysie faciale, ce qui est absolument extraordinaire, la conservation du nerf paraissant impossible. Sur le désir de la malade on enlève les deux molaires gâtées.

D'après des nouvelles récentes, la malade partie guérie est toujours en bonne santé.

Examen microscopique. — L'examen histologique seul a permis le diagnostic.

On constate l'apparition de cellules rondes dans le tissu conjonctif et de cellules épithélioïdes dans les parties les plus infiltrées. En certains points, l'infiltration est si accentuée qu'on ne reconnaît plus de tissu glandulaire. A la limite de ces points où l'infiltration conjonctive a tout envahi, on trouve encore des cellules glandulaires et des restes de canaux excréteurs, preuve que le processus inflammatoire n'est pas parti du tissu glandulaire, mais du tissu conjonctif.

Par la coloration de Ziel, on trouve des bacilles de Koch à l'intérieur de cellules géantes. L'auteur conclut de cet examen microscopique que l'affection a débuté dans le tissu conjonctif. En effet, dans la plupart des coupes, on voit celui-ci déjà rempli de cellules rondes, de cellules épithélioïdes et géantes, alors que le tissu glandulaire est encore normal.



SYMPTOMES

Le début de la tuberculose de la parotide est lent et insidieux. C'est le plus souvent par hasard que les malades s'aperçoivent d'une légère tuméfaction de la région parotidienne. D'autres fois, c'est une personne de leur entourage qui le leur fait remarquer. Le plus souvent, ils n'y prêtent aucune attention, pensant à une fluxion dentaire et ils continuent leur vie normale sans aller consulter.

Cependant, cette tumeur qui, au début, était de la grosseur d'une noisette, continue à se développer. Quelques auteurs, Paoli, Bockhorn, Bockhart, ont signalé une augmentation de volume périodique, la tuméfaction étant plus grosse en été qu'en hiver. Quoi qu'il en soit, la durée de l'évolution de la tumeur varie dans de très larges proportions. Dans quelques cas, elles se développent en 6 mois ou 1 an (Latronche). Pour d'autres auteurs, il s'écoule un laps de temps bien plus considérable avant que le malade vienne consulter. Dans les observations de Lecène et Rocher, la tumeur existait depuis 10 ans. Dans notre observation, enfin, c'est depuis vingt ans que l'attention du sujet avait été attirée sur la région parotidienne.

Ce ne sont d'ailleurs pas des troubles fonctionnels (l'accroissement étant en général indolent) qui amènent le malade à voir un chirurgien, mais ce qui les inquiète, c'est le volume de la tumeur et quelquefois même sa fistulisation.

Dans quelques cas cependant, cette évolution ne se fait pas sans douleurs. Nadal et Pouget ont observé des poussées douloureuses récidivantes. Bockhorn, Paoli et Arcoléo ont signalé de violentes douleurs qui irradiaient de l'oreille dans la joue et à toute la moitié de la face. Deux fois enfin, dans le cas de Paoli que nous reproduisons plus haut (obs. 6) et dans celui d'Arcoleo, on a noté une paralysie faciale. Un seul cas, celui de Scheib, mentionne de la constriction des mâchoires.

Période d'état. — A la période d'état que nous ferons coïncider avec le moment où nous voyons la tumeur, quels signes importants pourrons-nous constater ?

Le plus souvent, on se trouvera en présence d'une *tuméfaction* régulière de la région parotidienne, tuméfaction dont le volume variera entre celui d'un œuf de pigeon et celui d'une mandarine. La consistance en est ferme et résistante, rarement rénitente. Quelquefois, elle présente de la fausse fluctuation, et même par places du ramollissement dans une zone infiltrée dure et élastique. Le plus souvent, la pression ne détermine aucune douleur. Cette tumeur est *peu mobile* sur les plans profonds. Le plus souvent, la peau qui la recouvre est saine et non adhérente. Cependant, dans quelques

cas (le nôtre, par exemple), les téguments sont rouges, tendus, vernissés. Bockhorn a noté une forte tension et de l'œdème de toute la joue.

Il existe enfin des observations où la tumeur s'était abcédée et fistulisée. Vordannet par exemple, rapporte un cas où, en raison de la forte induration des parties molles de la joue, des foyers de ramollissement et des fistules, par lesquelles s'écoulait de la salive mélangée à un pus jaunâtre, on avait pensé à l'actinomycose.

Signalons la présence presque constante d'une micropolyadénie au niveau des chaînes jugulaires des deux côtés du cou, mais plus marquée du côté malade. L'orifice du canal de Stenon est toujours normal, non saillant et non enflammé. Il laisse écouler de la salive pendant les mouvements de déglutition. Le plus souvent, on constatera le mauvais état de la dentition, principalement du côté de la glande atteinte.

Enfin, ce n'est que très rarement que l'on découvrira une tuberculose d'un autre organe. Néanmoins, l'examen doit être complété par une radioscopie, l'examen des crachats et la réaction de Wassermann.

Tels sont les signes les plus fréquents que donne une tumeur répondant à la forme diffuse décrite au chapitre d'anatomie pathologie. Les formes circonscrites donneront à peu près les mêmes symptômes. La tumeur, cependant, sera plus facile à délimiter et à mobiliser. En certains points, elle donnera la « même sensation tactile que des ganglions

tuberculeux » en voie de ramollissement dure ici plus molle, au contraire demi fluctuante en d'autres points (Lecène). En somme, la forme circonscrite fera presque toujours penser à une adénite tuberculeuse.

Nous pouvons donc résumer ces symptômes en disant que la tuberculose parotidienne donne lieu à une *tumeur*, qu'elle constitue une *tuberculose locale*, et que son apparition est manifestement insidieuse.

Au point de vue évolutif. — Toutes les observations publiées comportant une intervention chirurgicale, il nous est impossible de dire ce que deviendrait cette tuberculose de la parotide. Abandonnée à elle-même il est probable qu'elle se fistuliserait et suppurerait indéfiniment. Quoi qu'il en soit, il résulte des cas publiés et opérés qu'après ablation de la glande malade, la guérison définitive est certainement obtenue.

DIAGNOSTIC

Ainsi qu'on a pu en juger par les symptômes que nous venons de passer en revue, le diagnostic de la tuberculose est aussi difficile cliniquement que pratiquement ; il n'a jamais été posé avant l'intervention.

Au début, il nous paraît impossible si l'on compare la grande rareté de la bacillose de cette glande avec la fréquence des autres affections qui peuvent la frapper et principalement de l'adénite cervicale et des tumeurs mixtes.

Nous allons cependant indiquer, en procédant par élimination, quels signes distinctifs nous permettront de la différencier. Nous citerons sans nous arrêter plus longuement les maladies inflammatoires aiguës de la région parotidienne telles que furoncles ou lymphangite. La *parotidite phlegmoneuse* elle-même, épiphomène au cours d'une maladie infectieuse grave ou consécutive à une lésion du voisinage (toujours facile à retrouver) ne prêterait pas à confusion, il en sera de même pour les oreil-

lons que la rapidité de l'évolution permettra de dépister. Une fois cependant (dans le cas d'Homuth) une tuberculose parotidienne en imposa pour une infection ourlienne. En face d'une parotidite canaliculaire l'examen de l'orifice de Sténon, saillant, béant et par où s'écoule une salive épaisse, mélangée de pus et sanguinolente permettra le diagnostic.

Dans toutes ces affections, de même que dans l'adéno-phlegmon profond de la région parotidienne, la rapidité de l'évolution jointe à la violence des symptômes ne laissera pas supposer la possibilité d'une tuberculose de la parotide.

Il n'en sera pas de même pour les inflammations chroniques. Le diagnostic avec l'*actinomyose*, en effet, est au début assez difficile. Mais l'évolution de cette maladie est plus rapide, la tuméfaction d'abord dure et indolore, se ramollit par endroits et, s'ulcère rapidement, donnant naissance à des fistules par où s'écoule un liquide jaunâtre renfermant les grains jaunes caractéristiques. Au reste le traitement par l'iodure de potassium amène la guérison.

Les fistules salivaires sont faciles à diagnostiquer dans le cas de plaie accidentelle ou chirurgicale, difficile déjà dans les cas consécutifs, à l'évacuation d'un abcès parotidien d'origine calculeuse.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service une fistule salivaire consécutive à l'évacuation d'une gomme bacillaire, mais il n'y avait pas de tuméfaction diffuse et l'évolution nous avait permis d'établir qu'il s'agissait d'une ulcération secondaire

du parenchyme et non pas d'une affection primitive de la parotide.

Plus difficile le diagnostic avec la *syphilis* de la parotide est plus important à faire. Il serait en effet, regrettable d'intervenir chirurgicalement sur une affection justiciable d'un traitement médical. Les signes qui feront penser à la syphilis seront, outre les réactions humorales positives et les stigmates de syphilis, la bilatéralité et la dureté ligneuse de la tuméfaction, la température au-dessus de la normale et surtout l'intensité des phénomènes fonctionnels, consistant en une sialorrhée abondante et un trismus considérable, le malade ne pouvant ni mâcher, ni avaler, ni même parler. Enfin un traitement spécifique amènera rapidement la sédation des symptômes.

Après avoir éliminé les kystes salivaires dont la consistance nettement fluctuante et la ponction permettront facilement le diagnostic, nous arrivons aux affections pour lesquelles la tuberculose parotidienne en a le plus souvent imposé.

D'abord l'*adénite tuberculeuse*. C'est une affection extrêmement voisine de la tuberculose parotidienne et qui, parfois, la précède puisque, nous le verrons plus loin, dans la grande majorité des cas l'infection se fait par voie lymphatique. La tuberculose ganglionnaire frappe de préférence les enfants, mais nous avons vu plus haut qu'il est possible que ceux-ci soient atteints de bacilliose de la parotide. L'adénite cervicale commencée par la tuméfaction d'un ou deux ganglions et envahit ra-

pidement toute la chaîne jugulaire. Le siège de ces ganglions est plus haut et plus en avant que celui des tumeurs parotidiennes. L'évolution est plus rapide, la tuméfaction s'abcédant rapidement et, signe que nous jugeons le plus important, à la palpation la tumeur est distincte du contenu profond de la loge parotidienne, il y a donc tuberculose ganglionnaire, mais non tuberculose ganglionnaire parotidienne.

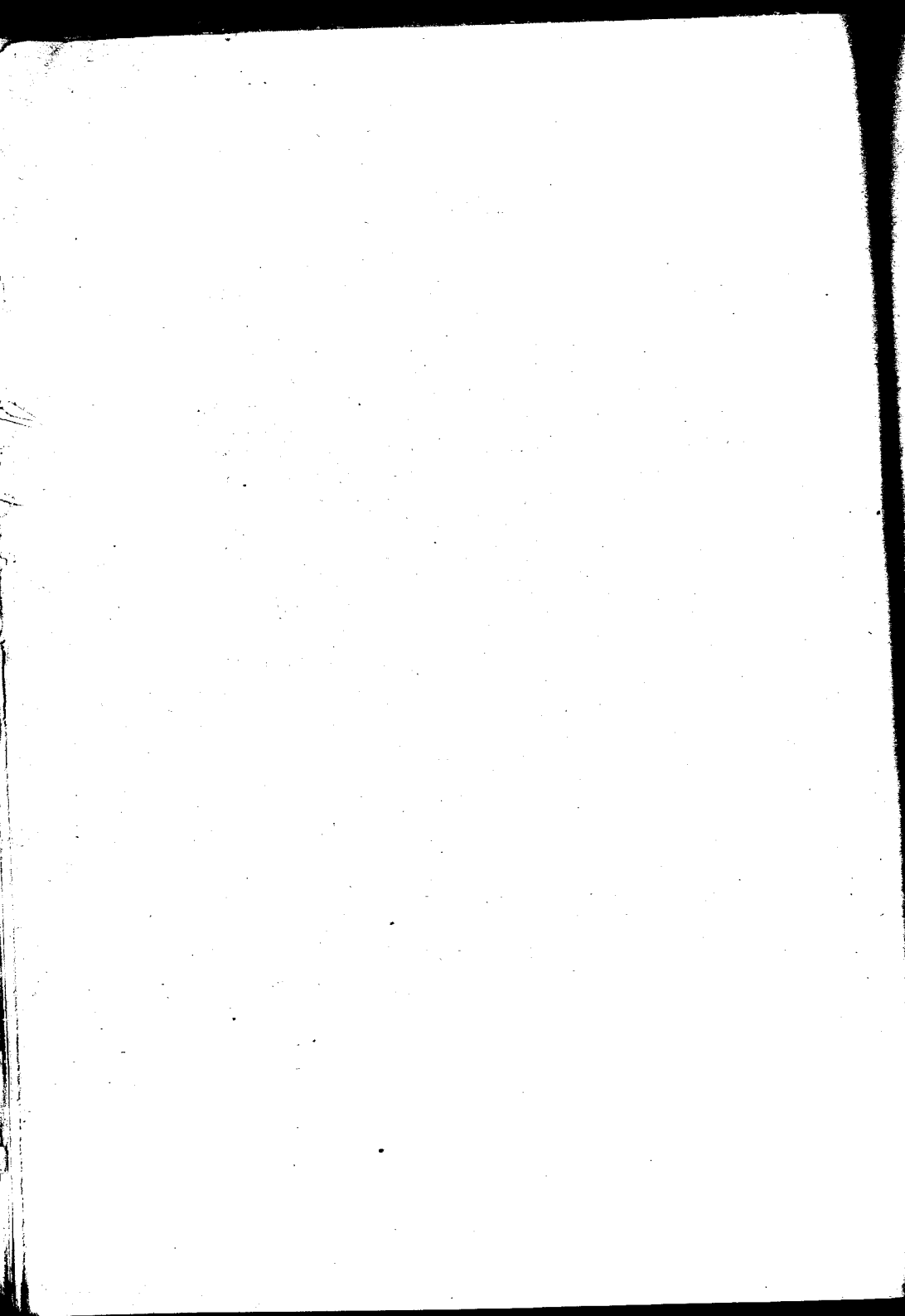
Avec les *tumeurs mixtes* le diagnostic est encore plus délicat. Celles-ci, en effet ont une évolution aussi lente. D'abord grosses comme une noisette, mobiles, elles prêtent peu à confusion. Mais, plus tard, les caractères de la tumeur sont à peu près les mêmes que ceux de la tuberculose parotidienne, même consistance, mêmes rapports avec les tissus qui l'entourent. La tumeur mixte, cependant, tend fréquemment à dédoubler la peau du lobule de l'oreille dont elle se fait une enveloppe ; elle a des zones plus dures, cartilagineuses. Elle peut s'accroître rapidement après être restée longtemps stationnaire et atteindre un volume considérable. Enfin, signe plus intéressant, jamais les tumeurs mixtes, avant le stade de transformation maligne, ne donnent d'engorgement ganglionnaire.

Les *tumeurs malignes*, en effet, envahissent rapidement les ganglions du cou, mais elles sont faciles à diagnostiquer en tenant compte de l'âge du malade (60-70 ans), à son rapide amaigrissement, à son teint jaune paille et à la grande intensité des symptômes fonctionnels. La paralysie faciale est pré-

cocc, les douleurs violentes avec des irradiations vers la nuque, le cou et la partie inférieure de la face.

En résumé, en présence d'une tuberculose de la parotide, il sera facile d'éliminer la plupart des affections qui peuvent frapper cette glande, mais il en est deux, l'adénite cervicale et la tumeur mixte, auxquelles il est impossible de ne pas penser et avec lesquelles seul l'examen histologique de la tumeur permettra de trancher le diagnostic.

Ajoutons que la ponction *in situ*, pré-opératoire ne nous a pas donné, dans notre cas, de renseignement diagnostic. Nous conseillons cependant de la pratiquer, et de compléter l'examen par une radiographie qui fera vérifier s'il ne s'agit pas d'une tumeur osseuse ayant pour siège la branche montante.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme nous venons de le dire plus haut, ce n'est, le plus souvent, que par l'examen anatomo-pathologique, après ablation de la tumeur, que l'on aura la clef du diagnostic.

Sur ces examens histologiques, nous sommes particulièrement bien renseigné et la plupart des auteurs leur réservent, à juste titre, une part importante dans leurs mémoires.

Parent, le premier, a décrit les formes diffuses et circonscrites.

Dans la *forme diffuse* (le cas de notre observation), on trouve macroscopiquement, des noyaux blancs, grisâtres, du volume d'un petit pois, disséminés dans le tissu glandulaire sain ou à peine altéré.

Dans la *forme circonscrite*, beaucoup plus rare, il existe une masse unique, de volume plus ou moins important. Cette tumeur se caséifie rapidement et se creuse, en son centre, d'une cavité irrégulière, à parois épaisses, tomenteuse et couverte de petits tubercules gris-rougeâtres. (Legueu et Marrien.)

Les examens microscopiques sont tous concordants pour trouver le tubercule typique et le bacille de Koch. Mais les auteurs divergent dans leur interprétation, selon qu'ils sont partisans de l'infection par voie canaliculaire ou de l'apport du bacille par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Toutes les observations, en effet, mentionnent la présence de cellules embryonnaires, épithéloïdes et géantes, mais, pour les uns, les tubercules siégeaient de façon prépondérante dans le tissu cellulaire interlobulaire, tandis que le centre des lobules ne présentait pas de tubercules. Pour les autres, le tissu de granulation tuberculeuse était, au contraire, disposé de façon prédominante à l'intérieur du lobule, le centre de ceux-ci étant bourré de tubercules qui avaient déjà, en grande partie, détruit le parenchyme.

Il semble et notre observation vient le confirmer que ce soient les premiers qui aient raison. En effet, sur de nombreuses coupes que nous avons examinées, on trouve des modifications les plus significatives dans le tissu interlobulaire, tandis que les lobules voisins sont intacts, ou touchés seulement, à leur périphérie. Il faudra admettre que dans les cas où on trouve les lobules complètement envahis par le processus tuberculeux, s'il n'est pas fait mention du tissu interlobulaire, c'est qu'il a déjà été détruit par la nécrose bacillaire. La tuberculose parotidienne par conséquent, est d'abord interstitielle, puis lobulaire.

PATHOGENIE

De ces constatations anatomo-pathologiques, nous allons essayer de dégager une théorie pathogénique. Nous éliminerons rapidement la possibilité d'infection de la parotide par voie cutanée ou auriculaire, considérées théoriquement comme possibles, mais qui, pratiquement, n'ont jamais été observées. Il en sera de même pour la voie laryngée. Dieulafoy, en effet, considérait l'infection larvée de l'amygdale comme porte d'entrée à l'adénite cervicale bacillaire. Cependant la tuberculose parotidienne n'a jamais été démontrée comme consécutive à ce mode d'invasion.

La tuberculose hématogène serait plus discutable mais, à juste raison, Pierre Nadal et Pouget infirment cette théorie, relevant contre elle les arguments suivants :

« 1° La non contemporanéité des lésions dans tous les points de la glande atteints.

2° L'invasion seulement partielle et relativement limitée de la glande avec infiltration progressive

des portions de parenchyme non primitivement atteintes.

3° Le début péri-vasculaire ne constitue pas une preuve bien solide puisque les réseaux lymphatiques cheminent à côté des vaisseaux sanguins et sont étroitement entremêlés avec eux.

4° Enfin, nulle part en d'autres points de l'organisme, il n'existe de foyers tuberculeux en activité. Cette dernière objection nous paraît décisive, à elle seule, pour détruire la possibilité d'un apport du bacille par voie sanguine. »

Il ne reste donc plus en présence que deux théories pathogéniques : l'invasion par voie canaliculaire et l'infection par voie lymphatique.

La première de ces théories a été soutenue avec quelque vraisemblance, par des auteurs éminents : Legueu et Marien, Paoli, Arcoleo. Elle semble d'autant plus séduisante que la plupart des infections salivaires ont les canaux excréteurs comme porte d'entrée. D'autre part, ces auteurs ont publié des observations qui font porter le maximum des lésions bacillaires au voisinage des canaux d'excrétion. Il est cependant difficile d'admettre que le bacille de Koch puisse remonter le cours de la salive, dans le canal de Stenon, d'autant plus que celle-ci, en plus de son action mécanique, jouit d'un certain pouvoir bactéricide. Nous savons bien que pour Legueu et Marien, le bacille ne remontrait pas le courant des sécrétions salivaires dans la lumière même du canal de Sténon, mais « en disséminant

leurs lésions dans la paroi même de ces canaux ». Mais alors, pourquoi n'y a-t-il jamais de localisation tuberculeuse à l'intérieur de la cavité buccale, pourquoi l'orifice du canal de Stenon est-il toujours normal, même dans l'observation de Legueu et Marien, et pourquoi, dans le seul cas (publié par Claude et Bloch), de tuberculose du canal de Stenon, n'existe-t-il pas de tuberculose parotidienne ? Enfin, il est piquant de constater que chez les tuberculeux cavitaires, dans la bouche desquels il existe constamment des bacilles de Koch, on ne constate jamais de tuberculose de la parotide.

C'est donc le mode d'infection par voie lymphatique qui nous semble le plus probable. En effet, presque tous les malades ont une hygiène buccale défectueuse et une très mauvaise dentition. Il est donc logique d'admettre que le bacille pénètre par une érosion de la gencive ou par la cavité pulpaire d'une dent cariée et, de là, gagne les lymphatiques efférents de la muqueuse gingivo-buccale pour envahir bientôt les ganglions lymphatiques intraglandulaires. Au surplus, un certain nombre de malades ont présenté, avant leur infection parotidienne, une tuberculose ganglionnaire de la région. Et cela explique aussi l'extrême rareté de la tuberculose de la parotide en regard de la grande fréquence de l'adénite cervicale. Cette glande, en effet, est entourée par un riche réseau lymphatique à mailles extrêmement serrées. Le plus souvent, cette barrière suffit à la protéger, il est possible cependant que cette défense soit débordée et que le bacille pé-

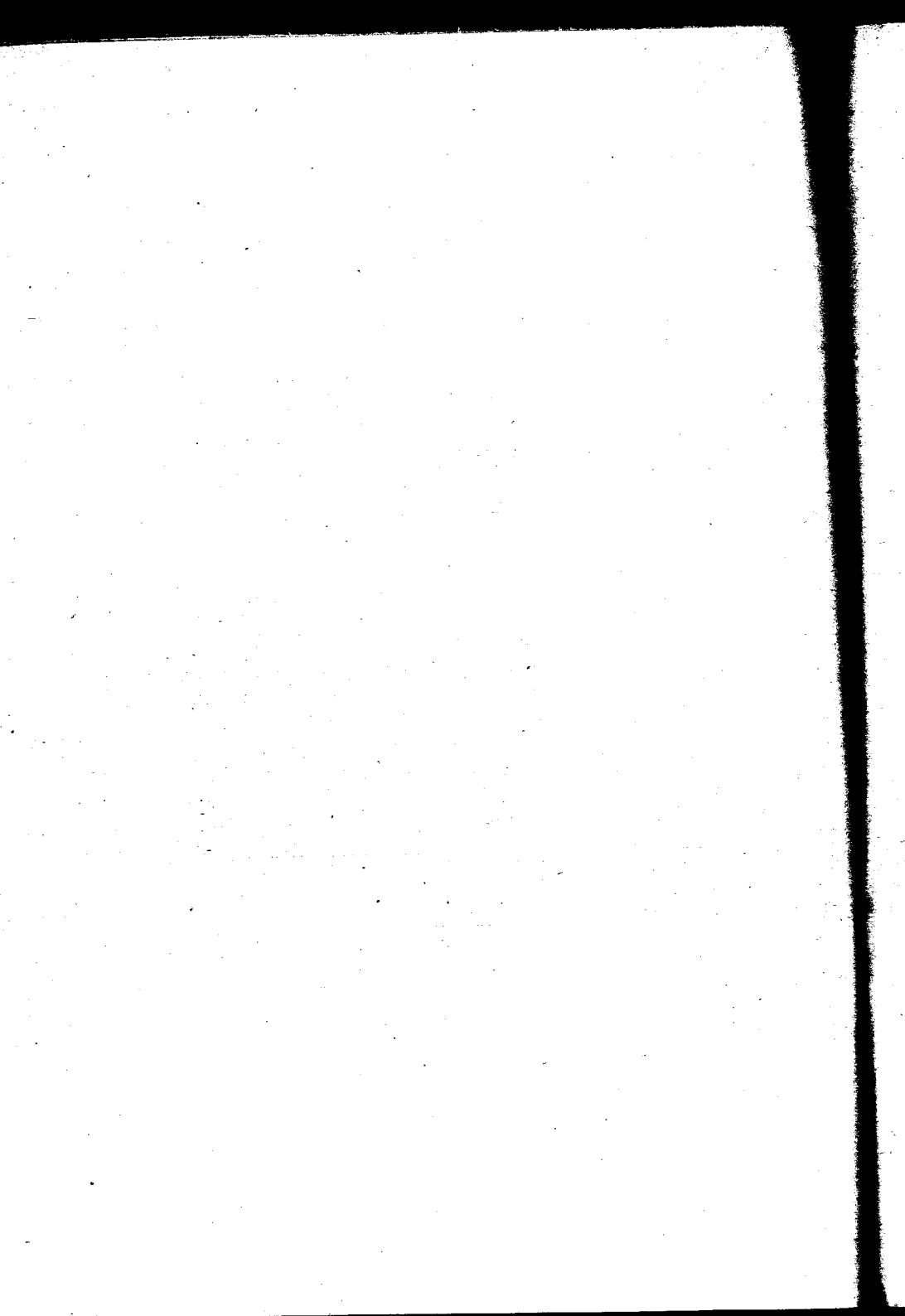
nètre dans les lymphatiques intra-parotidiens et secondairement envahisse le parenchyme glandulaire.

Un dernier argument en faveur de cette théorie lymphatique est ce fait que d'abord interstitielle, la tuberculose parotidienne devient ensuite lobulaire.

Il n'en serait pas ainsi si l'infection était canaliculaire. On peut également se demander, et notre cas est en faveur de cette hypothèse, si une tuberculose de ganglions intraparotidiens n'est pas le fait initial, cette tuberculose parotidienne s'étendant secondairement au parenchyme glandulaire.

PRONOSTIC

Le pronostic de la tuberculose primitive de la parotide semble relativement bénin. D'après ce que nous avons dit c'est, le plus souvent, une localisation unique et, après ablation de la glande, la guérison est définitive. On enregistre un seul décès, c'est celui du cas décrit par Scheib, mais il semble bien que l'infection de la glande n'ait été qu'un épisode de second plan au cours d'une granie. Ce cas n'entre donc pas dans notre sujet. Dans toutes les autres observations on trouve une complète guérison après le traitement chirurgical.



TRAITEMENT

En présence d'une tumeur parotidienne dont les symptômes sont ceux que nous avons décrits précédemment, quelle est la conduite à tenir ? Après s'être assuré, par les examens spéciaux et au besoin par l'épreuve du traitement spécifique, que l'on n'a pas affaire à une affection syphilitique ou actinomycosique, le seul traitement efficace sera l'ablation. En effet, dans l'ensemble des cas publiés, l'extirpation totale ou partielle (suivant le degré des lésions), a toujours donné d'excellents résultats, et la plupart des malades ont été définitivement guéris. Nous n'insisterons pas sur la technique opératoire. Il faudra autant que possible respecter les filets du nerf facial. Nous signalerons ici la méthode suivie par Rocher (dont nous reproduisons plus haut l'observation). Cet auteur a disséqué, aussi soigneusement que possible, les branches du nerf facial puis il a sectionné le tronc nerveux quelques millimètres avant sa division, et après l'avoir recliné et extirpé la glande malade, il l'a suturé. Au bout de deux années, la

paralysie faciale, constatée après l'opération, était complètement disparue.

Dans les formes circonscrites, il sera le plus souvent possible d'enlever la partie malade en respectant la majeure partie du tissu glandulaire sain.

Après l'intervention chirurgicale, nous conseillons d'instituer un traitement radiothérapique. Nous l'avons essayé nous-mêmes et il semblait donner d'excellents résultats mais, pour des raisons indépendantes de notre volonté, il fut interrompu, et nous avons conseillé à la malade de le remplacer par l'héliothérapie.

A côté de ce traitement local, il convient de ne pas négliger le traitement général de la tuberculose (suralimentation, cure d'altitude...), car bien que la bacillose de la parotide soit une affection strictement localisée, on a toujours intérêt à mettre l'organisme en état de défense contre une généralisation possible.

CONCLUSIONS

1° Affection rare, la tuberculose parotidienne est primitive et locale. Elle frappe surtout l'adulte des deux sexes avec une égale proportion. La mauvaise dentition, une tuberculose ganglionnaire antérieure nous paraissent être des causes prédisposantes.

2° Une tumeur de caractères variés, suivant le stade d'évolution, un accroissement lent, peu ou pas de signes fonctionnels, tels en sont les principaux symptômes. On conçoit donc combien délicat en est le diagnostic, notamment avec la syphilis parotidienne, les tumeurs mixtes et l'adénite bacillaire.

3° Seul l'examen histologique permet d'affirmer la lésion. On trouve toujours les modifications spécifiques de la tuberculose (cellules embryonnaires, épithélioïdes et géantes formant le tubercule typique), l'examen bactériologique permet presque toujours de déceler le bacille de Koch. En outre, cette tuberculose nous paraît nettement être, d'abord, in-

terstitielle, puis parenchymateuse, envahissant le lobule par sa périphérie.

4° Ceci nous conduit à admettre comme voie d'introduction du bacille, la voie lymphatique, la porte d'entrée étant une dent cariée ou une érosion de la muqueuse gingivale.

5° Découverte à temps, l'affection, de pronostic relativement bénin, est essentiellement curable. Le traitement applicable est l'extirpation de la tumeur, aussi complète que possible. Dans les cas où le malade refuse l'intervention, et dans ceux où celle-ci aura paru insuffisante, on complètera le traitement par la radiothérapie et l'héliothérapie.

Vu, bon à imprimer :

Le Doyen,

Professeur ROGER.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de thèse,

Prof. LECENE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- VALUDE. — Congrès de la Tuberculose, Paris 1888.
- LEGUEU et MARIEN. — *Presse Médicale*, 1896.
- PARENT. — *Thèse de Paris*, 1896 (N° 416).
- PINOY. — *Thèse de Paris*, 1899.
- LECÈNE. — *Revue de Chirurgie*, 1901.
- FAURE-DARMET. — Etude sur la Tuberculose de la glande parotidite. *Thèse de Lyon*, 1901.
- SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE BORDEAUX, 27 novembre 1911. — Tuberculose parotidienne (Rocher).
- SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE POITIERS, mars 1912. — Tuberculose parotidienne (Latronche).
- LOUMAIGNE. — *Thèse de Bordeaux*. — Décembre 1911. — Tuberculose parotidienne.
- SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, 23 mai 1913, page 1149. — Letulle et Vuillet. — Syphilome parotidien.
- VUILLET. — La Syphilis des glandes salivaires, *Thèse de Paris*, 1913.
- Journal de Chirurgie* 1913. Tome I, page 584. — Actinomycose des glandes salivaires et particulièrement des glandes sublinguales. — Résumé d'un article de Guttman (Berlin).
- Pierre NADAL ET POUGET. — Deux cas de tuberculose primitive de la parotidite. — *Revue d'oto-rhino-laryngologie*, août 1911.
- LEMEÏRE. — Parotidite syphilitique bilatérale. — *Société Médicale des Hôpitaux*, Paris 1919.
- AREVOLI. — Su un caso affatto raro di tubercolosi della glandosa sottomassillare. — *Policlinico* 1895, p. 6.

- Aevol* DERSELBE. — Studio sulla tubercolosi della ghiandole salivari. — *Giorn. intermas. Scienze Médicale*, Napoli 1899, n° 3, 21-B-49.
- DERSELBE. — Les enquêtes cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales dans le domaine de la tuberculose des glandes salivaires. — *Archives générales de Médecine*, 1906. p. 2260.
- ARCOLEO. — Tuberculosi della parotide. — Morgagni 1900.
- BREUCKE. — Parotis tuberculose. — *Munchner Medi. Wöckenschn.*
- BOCKHORN. — Ein Fall von tuberculose des Parotis. — *Arch. f. Klein. Chir.* 1897; Bd 56. p. 188. Berlin 1898.
- CLAUDE ET BLOCH. — Sténonite à bacilles de Koch au cours d'une tuberculose pulmonaire. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1903, p. 297.
- DREW. — Tuberculosis of the parotid salivary gland. — *Transact. of the chir. Soc. of London*, 1904-05.
- HOMUTH. — Parotis tuberkulose. .. *Beitz Kl. Chir.* 1911.
- SCHEIB. — Über einen Fall. von chronischer tuberculose du Parotis. — *Fehr, d. Deutschen path. Gesellch.* — Berlin, 1900.
- STUBEURAUCH. — Über einen Fall von tuberkullorer parot. — *Arch. f. Klein Chir.*, 1897. Bd 47.
- WILLET. — Chirurgische Betendung der parotide tuberkulose. *Din. Freibouarg*, 1910.
- WOOD. — Tuberculosis of the parotid. — *Univers. of Pensylvania Méd. Bull.*, 19003-04-16, p. 368.
- TRENDLENBOURG. — Tuberkulose der Speichen drüsen, 1914.



Imprimerie LE GALL
5, Rue Erard, Paris
