

7

Extrait du  
« Recueil de Travaux de Sciences Médicales au Congo Belge »  
N° 6, Juillet 1947

---

ALEX FAIN

L'hypertrophie parotidienne chronique  
chez les indigènes du Congo Belge

---

# L'hypertrophie parotidienne chronique chez les indigènes du Congo Belge

ALEX FAIN

Au cours de nos quelques 7 années de pratique médicale de brousse congolaise, nous avons été frappés à maintes reprises par une anomalie bizarre, rencontrée très fréquemment chez l'indigène et qui, à notre connaissance n'a pas encore été signalée. Il s'agit du gonflement chronique des glandes parotides simulant les oreillons mais s'en différenciant par l'allure excessivement chronique et par l'absence de symptômes subjectifs et de complications.

A première vue il semble extraordinaire que cette anomalie, tellement répandue et aussi apparente, n'ait jamais tenté la sagacité du praticien ou du chercheur. Nous croyons pouvoir expliquer cette indifférence par l'absence totale de troubles subjectifs de la part de l'indigène qui, dès qu'on l'interroge sur ce gonflement, se défend énergiquement d'avoir jamais ressenti le moindre malaise en rapport avec cette curieuse affection.

Nos observations ont porté spécialement sur des indigènes de race *Bateke*, *Baboma*, *Bayenzi* et *Bambala* qui peuplent les territoires de Banningville, Mushie et Madimba. Ces 3 territoires, dont les frontières se touchent, s'étendent « grosso modo » entre le 3° et le 5° latitude sud, et entre le 15° et le 19° longitude est du méridien de Greenwich.

La découverte de cas isolés observés chez des indigènes d'origine très diverses (Bayakas, Bas-Congo, etc.) nous incite à croire que la distribution de cette affection (?) débord largement le cadre des limites indiquées ci-dessus.

## Aperçu clinique

On sait par l'anatomie, que la glande parotide, la plus grande des glandes salivaires, est située à la partie externe de la face. Elle affecte dans son ensemble une forme triangulaire à sommet supérieur. Elle est en rapport, du côté externe (le seul qui nous intéresse ici), avec l'apophyse mastoïde et le conduit auditif en arrière, l'articulation temporo-maxillaire en haut, et l'angle de la mandibule ainsi que le muscle sterno-cléido-mastoïdien en bas. Le bord antérieur est libre et repose sur la face externe du masséter. Ajoutons que chez l'individu normal, la glande ne forme pas de voussure extérieurement visible et qu'elle n'est pas palpable.

Chez les indigènes atteints d'hypertrophie de la glande nous remarquons une voussure très apparente de la région parotidienne (voir clichés), dans certains cas même *le lobule de l'oreille est soulevé* par la tuméfaction.

Le gonflement est presque toujours bilatéral et symétrique. Dans les rares cas où il est à prédominance unilatérale c'est, chose curieuse, le côté gauche qui est le plus intéressé.

La palpation découvre une tumeur de consistance ferme et élastique, plus rarement molle ou dure, occupant la région parotidienne. Sa forme générale est celle d'une parotide qui aurait subi une hypertrophie régulière suivant tous

ses diamètres. Le bord antérieur de la glande ainsi que son prolongement inférieur, sont très facilement mis en évidence, souvent même on peut les soulever et les détacher des masses musculaires sous jacentes.

Dans les cas très marqués le gonflement a une tendance à se développer en bas et en arrière, cela s'explique peut-être par l'existence, à cet endroit, de tissus environnants plus laches et se laissant plus facilement refouler.

Le gonflement des régions parotidiennes donne à la tête, vue de face, une déformation caractéristique en forme de poire.

Ajoutons que cette hypertrophie chronique est absolument indolore, elle est aussi isolée, en ce sens que les autres glandes salivaires et les glandes lacrymales n'y participent jamais.

L'examen d'un grand nombre de sujets nous montre immédiatement que l'hypertrophie parotidienne est beaucoup plus marquée et plus fréquente chez les enfants de plus de 5 ans et les adultes jeunes. Les grosses hypertrophies sont exceptionnelles avant 5 ans et après 40 ans.

Remarquons aussi que l'anomalie est plus souvent rencontrée chez la femme que chez l'homme.

Autre fait digne de remarque, il existe une réelle incidence familiale, en voici un exemple choisi dans le village de Mase (rive gauche du fleuve Congo à environ 100 km. en amont de Léopoldville) :

Homme de 35 ans : hypertrophie du type A (voir plus bas).

Sa 1ère femme 35 ans : hypert. du type B.

3 garçons de 8 à 13 ans : type D.

1 fille de 5 ans : type C.

Sa 2ème femme 30 ans : type D..

1 fille de 12 ans : type B.

1 fille de 8 ans : type B.

1 nourrisson de 1 ½ an : type B.

Voici l'explication des lettres conventionnelles employées ci-dessus :

**Hypert. type A** : Glande légèrement palpable, pas de déformation visible.

**Hypert. type B** : Glande bien palpable, légère voussure externe.

**Hypert. type C** : Glande bien palpable voussure bien marquée.

**Hypert. type D** : Forte déformation, tête en forme de poire.

**Type O** : Glande non palpable, pas de déformation externe.

### Etiologie.

Du point de vue étiologie nous en sommes réduits aux conjectures.

L'anamnèse ne nous apprend quasi rien. Aux dires de l'indigène la déformation apparaîtrait très tôt, au moment où l'enfant commence à marcher, elle irait alors en augmentant jusqu'à la puberté pour disparaître ensuite progressivement dans les cas légers ou moyens. Jamais le moindre symptôme subjectif ne serait ressenti au cours de cette longue évolution.

Les Bateke distingueraient une forme résolutive, celle de l'enfant, qu'ils appellent « Bimbero » et une forme définitive, celle des adultes dont la glande n'aurait pas régressé après la puberté, qui porte le nom de « Matono ».

Les *Bayenzi* et les *Bambala* appellent tout simplement « Matama » — ce qui en langue indigène signifie « les joues » — toutes les formes d'hypertrophie.

Remarquons que tous les indigènes examinés sont des mangeurs de manioc. Celui-ci est consommé soit sous la forme de farine (*Bambala*) soit sous la forme de pain de chickwangue (*Batake, Bayenzi, Baboma*).

Il serait intéressant de vérifier, pensons-nous, si les indigènes dont la base de l'alimentation n'est pas le manioc, présentent également cette propension à l'hypertrophie chronique de la glande parotide.

Une autre constatation, également d'ordre « alimentaire », mérite d'être signalée : le pourcentage des cas d'hypertrophie est nettement en faveur des collectivités les plus déshéritées du point de vue économique. Les petits centres où l'indigène peut se procurer une nourriture plus variée, sont généralement épargnés ou du moins peu touchés par l'affection.

Mentionnons aussi, comme coïncidence peut-être, que la coexistence du goître et de l'hypertrophie parotidienne a été rencontrée une seule fois chez une femme adulte. Nous signalons ce cas comme exceptionnel car des observations faites dans un petit foyer de goître nous ont montré que l'hypertrophie parotidienne y est très rare, et qu'à part l'exception ci-dessus, aucun cas n'a été trouvé chez les goitreux.

#### Examen histopathologique de la glande hypertrophiée.

4 biopsies ont été pratiquées sur des indigènes, du sexe féminin et d'âges différents :

1. *Kabwo* : fille de 9 ans de race *Bayenzi*, village Nteta.

Hypertrophie parotidienne bilatérale du type D.

2. *Yeye* : fille de 13 ans de race *Bayenzi*, village Kwaya. Hyp. type D.

3. *Femme de Kinswe* : 25 ans de race *Bateke*. Hypertrophie du type D. (photo n° 2).

4. *Nsewo* : Femme de 35 ans de race *Bayenzi*, village Wubu.

Hypert. du type D. (photo n° 1).

Le matériel prélevé a été envoyé au laboratoire de bactériologie de Léopoldville.

Une première biopsie effectuée en 1940 fut examinée par le Dr Brutsaert, Médecin Directeur du Laboratoire à cette époque. Aucune lésion ne fut découverte (Femme de Kinswe).

Les 3 autres pièces furent soumises au Dr Neujean, Directeur actuel de cet Institut, avec les résultats suivants :

*Nsewo* : Inflammation chronique discrète des canalicules engorgés par des bouchons microbiens et hémorragiques. Etiologie microbienne impossible à préciser. Cellules glandulaires en bon état.

*Kabwo* : Glande normale à part une légère congestion.

*Yeye* : Glande normale.

Qu'il nous soit permis de remercier ici les Drs Brutsaert et Neujean pour leur grande obligeance à nous fournir leur précieux concours.

# HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE DANS QUELQUES VILLAGES DU CHENAL

(fleuve Congo, rive gauche, à 100 km. en amont de Léopoldville environ)

Ages	0 à 3		3 à 6		6 à 10		10 à 15		15 à 40		40		
Sexe	g	f	g	f	g	f	g	f	H	F	H	F	
<b>Village MASE</b>													
Type O	1	4	—	—	2	—	1	—	5	9	4	2	28
Type A	—	1	2	1	3	1	2	—	4	6	6	3	29
Type B	1	1	3	—	1	4	6	2	1	3	—	1	23
Type C	—	—	1	2	4	2	—	—	1	—	—	—	10
Type D	—	—	1	—	3	1	1	1	—	1	—	—	8
<b>Village EBALI</b>													
Type O	2	8	—	—	1	1	—	1	6	5	5	11	40
Type A	—	—	1	—	—	—	—	—	7	5	2	6	21
Type B	—	—	1	5	5	5	—	1	3	7	1	1	29
Type C	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	5
Type D	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	2
<b>Village KABA (poste à bois)</b>													
Type O	2	6	—	—	—	—	—	—	10	5	2	—	25
Type A	2	—	2	—	—	—	1	1	30	10	—	1	47
Type B	—	—	2	2	—	3	6	3	8	8	1	—	33
Type C	—	—	1	2	1	3	2	5	6	3	—	—	23
Type D	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2
<b>Village NKANA</b>													
Type O	4	2	—	2	—	—	1	—	4	3	2	3	21
Type A	—	—	—	2	1	1	1	—	4	7	—	4	20
Type B	1	—	1	—	2	1	—	1	2	2	—	—	10
Type C	—	—	—	2	—	1	1	—	3	—	—	—	7
Type D	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	3

## DISCUSSION ET CONCLUSIONS

L'hypertrophie parotidienne est une anomalie très fréquente chez les indigènes du Congo Belge. A notre connaissance elle n'a pas encore été signalée dans le bassin du Congo.

Une affection semblable a été décrite à Madagascar par Fontoyront (1911), et en Egypte par Kenawy (1937).

Nos observations montrent que les milieux déshérités sont les plus atteints par cette anomalie. Kenawy fait des constatations indentiques en Egypte et il note la fréquence de la pellagre associée à l'hypertrophie parotidienne chronique.

Des examens nécropsiques ont montré à Kenawy que la glande pouvait atteindre jusqu'à 4 fois son poids normal, du point de vue microscopique il ne découvre que des signes d'une hyperplasie sécrétoire.

Nos constatations histo-pathologiques, basées sur 4 biopsies, ne fournissent guère plus de renseignements capables d'éclairer la pathogénie de cette étrange anomalie.

## BIBLIOGRAPHIE

FONTOYRONT (1911) : Pr. Méd. 19, 455.

KENAWY M. R. (1937) : Endemic enlargement of the parotid gland in Egypt. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. XXXI N° 3 1937 -339.



*Photo n° 1.*

Vue de côté : les contours de la glande hypertrophiée apparaissent nettement.



*Photo n° 2.*

Aspect de face : tête en forme de poire (femme de Kinswe).



*Photo n° 3.*

Aspect des régions parotidiennes hypertrophiées vues par derrière.