

raison, présente malheureusement de si grandes difficultés que beaucoup de chirurgiens prudents n'ont point osé l'entreprendre. La plus grande difficulté est l'impossibilité d'enlever entièrement la parotide sans ouvrir l'artère carotide externe qui passe dans la substance même de cette glande et dans sa partie la plus profonde. Cependant il s'est trouvé des chirurgiens assez hardis pour courir les risques d'une pareille opération, et assez heureux pour la pratiquer avec succès. Mais les tumeurs qu'ils ont enlevées étaient-elles bien la parotide squirrheuse? C'est ce qui n'est pas à beaucoup près démontré. Nous pensons avec Richter que le silence de plusieurs d'entre eux sur les parties qui ont été intéressées doit faire présumer que souvent on a cru extirper la parotide, tandis qu'on n'enlevait que des glandes lymphatiques engorgées. C'est ce qu'on peut dire des opérations de Roonhuysen, Scultet, Kattschmid, Gott-Fied Behr, Palfin, Verduin, Gooch, etc. Quant à ceux qui passent pour avoir réellement extirpé la glande parotide, tels que Heister, Siebold, Souscrampes, Orth, Burgas, Hezel, Alix, leurs observations exigent un examen plus attentif, et ce n'est que par une analyse raisonnée et une critique sévère qu'on peut acquérir la conviction que ces chirurgiens, tout en croyant avoir emporté la parotide, n'ont le plus souvent enlevé qu'une tumeur squirrheuse développée sur cette glande. L'affaïssement que présente alors la parotide a dû favoriser cette erreur en faisant croire à ceux qui pratiquaient ou voyaient pratiquer l'opération, que le vide qu'ils apercevaient après l'extirpation de la tumeur avait été occupé par la parotide elle-même. Nous nous serions peut-être mépris aussi dans le cas ci-dessus rapporté, si nous n'eussions été en garde contre cette illusion. Une autre cause d'erreur est l'aspect granulé que présentent quelquefois dans leur tissu les tumeurs squirrheuses développées sur la parotide; aspect assez semblable à celui d'une glande conglomérée, pour en imposer facilement à tout homme préoccupé. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on enlève une tumeur squirrheuse située sur la parotide, ou qui paraît être la parotide elle-même, on doit apporter dans l'application des règles générales relatives à l'extirpation des tumeurs toute la circonspection qu'exige la présence de gros vaisseaux et de nerfs nombreux, et se servir de la ligature plutôt que de la compression pour arrêter l'hémorrhagie. Si la crainte d'ouvrir l'artère carotide externe empêchait le chirurgien d'entreprendre l'ablation totale de la tumeur, devrait-il, comme l'ont conseillé Chopart et Desault, en

retrancher d'abord une partie avec l'instrument tranchant, et détruire le reste peu à peu avec le caustique? Nous ne le pensons pas; nous croyons que, quelle que soit la prudence de ce conseil, il est plus sage encore de ne point tenter l'opération. Les inconvénients inévitables attachés à l'usage des caustiques sont si évidents ici, qu'il est inutile de nous y arrêter. C'est aussi la crainte d'une hémorrhagie dont il eût été impossible de se rendre maître, qui a déterminé Roonhuysen et Sabatier à comprendre dans une double ligature la base de la tumeur après l'avoir mise à nu. Ce procédé n'est pas meilleur que le premier: enlever partiellement une tumeur squirrheuse, c'est ajouter sans nulle utilité une opération douloureuse à une maladie très-grave, c'est accélérer les progrès du mal et en augmenter l'intensité (1).

§ 5. — Des fistules salivaires.

On distingue deux espèces de fistules salivaires de la glande parotide: celles qui proviennent d'une lésion de la glande elle-même, et celles qui résultent de la division de son conduit excréteur.

1° Des fistules de la glande parotide.

Les fistules de la glande parotide sont la suite d'une plaie, d'un abcès essentiel ou d'un dépôt critique de cette glande. La sortie de la

(1) Malgré les travaux et les observations des praticiens modernes, nous sommes obligés d'admettre sans réserve les opinions émises par Boyer sur le cancer de la parotide et sur l'extirpation de cet organe. Les faits cités par les chirurgiens français ou étrangers contemporains les plus instruits et les plus consciencieux prouvent bien qu'ils ont enlevé des tumeurs situées dans l'espace triangulaire occupé par la parotide, mais ils ne démontrent pas d'une manière irrécusable que cette glande ait été réellement enlevée dans sa totalité, et que ces praticiens n'ont pas ôté des tumeurs squirrheuses indépendantes de la parotide, et qui avaient comprimé le tissu de cet organe. Tout en admettant la possibilité de l'extirpation de la parotide entière avec ses conséquences inévitables, la section de l'artère carotide et celle du nerf facial, j'ai appris par l'expérience qu'on peut très-aisément se tromper à cet égard. En effet, j'ai plusieurs fois extirpé des tumeurs formées par des ganglions lymphatiques squirrheux, qui étaient plongées dans le tissu même de la glande, car j'étais obligé d'inciser ce

salive est le signe pathognomonique de toute fistule salivaire. On connaît que la fistule est due à une lésion de la parotide, en s'assurant de l'état du conduit et de ses rapports avec la fistule, par l'introduction d'un stylet boutonné dans le canal, par la situation de la fistule et par la quantité de salive qu'elle rend dans un espace de temps donné. Ainsi, lorsque le stylet introduit dans le conduit de Stenon par son orifice naturel, et enfoncé aussi profondément que possible, ne fait reconnaître aucune lésion à ce conduit, l'ouverture extérieure ne correspond point au canal salivaire, mais à la glande; lorsque la quantité de salive qui en coule est peu considérable, nul doute que la lésion ne soit à la glande elle-même et à quelques-uns des petits conduits qui en naissent, et que le canal de Stenon n'en soit exempt.

Ces fistules offrent des variétés qui sont relatives au lieu qu'elles occupent, à leur forme, à leur grandeur. Elles peuvent être placées sur tous les points de la région parotidienne, ou même à une certaine distance du corps glanduleux qui fournit la matière de l'écoulement. On lit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* l'observation d'une fistule salivaire dont l'orifice extérieur était au-dessous et en arrière de l'oreille. La forme de cet orifice est très-variables : ici on voit une fongosité épaisse sortir de son centre; là, une pellicule mince à travers laquelle on aperçoit la salive qui suinte par gouttelettes. La largeur de l'orifice fistuleux est ordinairement très-peu

tissu, que les tumeurs avaient affaissé plus ou moins selon le volume qu'elles avaient acquis. J'ai une fois enlevé une masse énorme de ganglions lymphatiques tuberculeux, qui s'étendait derrière l'angle de la mâchoire et au-dessous de lui assez profondément pour me faire croire que la glande parotide était comprise dans la masse extraite; et cependant je suis convaincu que je n'ai pas extirpé cette glande, quoique dans l'opération j'aie coupé le nerf facial. Peut-être ai-je alors retranché une portion de la parotide, sans m'en apercevoir, parce que son tissu était confondu avec celui des organes voisins, mais certes je ne l'ai pas extirpée. Au surplus, dans ce cas, comme dans ceux où j'ai incisé la parotide pour en extraire des ganglions engorgés, je n'ai pas eu de fistule salivaire. Je crois donc que dans l'état actuel de la science, il faut n'admettre qu'avec une grande réserve les observations d'extirpation de la glande parotide, en reconnaissant toutefois que l'opération est praticable malgré le voisinage de vaisseaux et de nerfs importants.

considérable; quelquefois l'ouverture est presque imperceptible, et l'on ne reconnaît la fistule qu'à l'écoulement de la salive.

Les fistules de la glande parotide ont été observées par les anciens, sans néanmoins qu'ils en aient connu la nature. Galien, A. Paré, Fabrice de Hilden et Fabrice d'Aquapendente, en ont vu des exemples, et les ont décrits avec assez de détail pour qu'on ne puisse pas les méconnaître; ils ont même été conduits par analogie à employer des remèdes efficaces contre un mal dont ils ne distinguaient pas le caractère.

Les moyens dont on a fait usage avec succès dans le traitement de ces fistules sont assez nombreux. Les styptiques, les caustiques, la compression et les injections irritantes sont les principaux.

Les styptiques, pour agir efficacement, doivent être employés en injections, ou bien on doit y joindre la compression.

L'action des caustiques est plus immédiate. Un grand nombre d'observations attestent leurs bons effets. Galien a guéri une fistule de la parotide, survenue à la suite d'un abcès critique, au moyen d'un emplâtre cathérétique. Paré s'est servi avec succès de l'eau-forte; il a fait usage de poudre de vitriol brûlé dans le traitement d'une fistule salivaire, dont l'orifice, situé près de la jointure des mâchoires, aurait à peine admis la tête d'une épingle, et qui versait beaucoup d'eau claire lorsque le malade parlait ou mangeait; cette fistule était la suite d'un coup d'épée. Fabrice d'Aquapendente a observé et décrit des fistules salivaires, et il les a guéries avec les caustiques. Fabricius Hildanus parle d'un étudiant, âgé d'environ douze ans, qui eut la parotide droite ulcérée, puis fistuleuse; après plusieurs remèdes infructueux on recourut à un caustique qui fit disparaître la fistule en six semaines. Diemberbroeck a employé deux fois avec succès le cautère actuel. Nous n'en finirions pas si nous voulions citer tous les exemples connus de fistules salivaires guéries par les caustiques. Nous ajouterons seulement que nous avons cicatrisé une fistule de cette espèce survenue à la suite d'un coup de sabre, et qui avait été traitée par le cautère actuel, en la touchant deux ou trois fois avec le nitrate d'argent.

La compression a pour but d'oblitérer les petits conduits et d'atrophier la portion de glande dont la lésion produit et entretient la fistule. Beaupré, Le Dran, Ruffin et plusieurs autres ont employé ce moyen avec succès. J'ai connu un horloger qui s'est guéri d'une fis-

tule salivaire, suite d'un abcès de la parotide, au moyen d'un bandage compressif à peu près semblable à celui dont on trouve la description dans le cinquième volume in-4^o des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. J'ai guéri, mais fort lentement, trois malades par le même procédé; et tout récemment je viens d'en traiter un quatrième chez lequel la guérison a été très-prompte, parce qu'il a eu le courage de supporter une compression assez forte pour déterminer une inflammation considérable. Pour que la compression soit efficace, il faut non-seulement qu'elle soit forte et invariable, mais encore qu'elle agisse sur le point de la glande d'où sort la salive. Ce point correspond quelquefois à l'orifice fistuleux, et alors la compression doit être exercée sur cet orifice; d'autres fois il en est éloigné, et, dans ce cas, c'est sur le point caché de la lésion de la glande que doit porter la compression. On parvient à connaître le lieu où la compression doit être faite, en introduisant un stylet dans l'ouverture extérieure de la fistule et en l'enfonçant avec précaution jusqu'au foyer du mal.

Les injections irritantes sont employées ici dans les mêmes vues que pour la cure radicale de l'hydrocèle; c'est-à-dire qu'on se propose d'irriter les parois du trajet fistuleux et les orifices des petits conduits excréteurs divisés, et de produire le degré d'inflammation nécessaire pour en déterminer l'adhérence réciproque et par conséquent l'occlusion. Louis est le premier qui ait imaginé d'employer ce moyen. Il s'en est servi deux fois avec succès. La première fois, il s'agissait d'une fistule salivaire dont l'orifice extérieur était placé sur l'angle de la mâchoire inférieure, et qui était la suite d'une plaie dans laquelle les téguments de la joue et la glande parotide avaient été déchirés. Louis s'assura de l'étendue de la maladie par l'introduction d'un stylet qui pénétra jusqu'au bord de l'arcade zygomatique, à la hauteur du conduit auditif, le long de la branche de la mâchoire inférieure; comme, dans un cas à peu près semblable, ce célèbre chirurgien avait employé heureusement la compression, il crut devoir y recourir dans celui-ci; mais le malade ne put la supporter. La profondeur de la fistule et la quantité de salive qu'elle fournissait ayant convaincu Louis qu'une compression moins gênante et plus méthodique ne pourrait amener qu'une guérison très-lente et très-difficile, il eut recours aux injections. Il injecta d'abord une décoction de roses de Provins dans du vin rouge; la totalité de la glande se tuméfia. Au bout de vingt-quatre heures, pendant lesquelles la salive ne coula pas, il sortit par l'orifice

fistuleux quelques gouttes de matière puriforme assez épaisse; mais le malade ayant remué la mâchoire, il s'écoula par la fistule une liqueur limpide. Louis fit une seconde injection, et le résultat en fut le même. Il prit alors le parti de faire l'injection avec de l'esprit-de-vin, ce qui excita sur-le-champ une sensation assez vive et un gonflement considérable: tant que le gonflement dura, il n'y eut aucun écoulement. Au bout de trois ou quatre jours, il sortit un peu de matière purulente et la salive coula de nouveau; mais en moindre quantité. Louis fit successivement six injections avec l'aleool; chaque fois la salive devenait moins abondante; après la sixième, l'écoulement cessa, et le malade fut guéri.

Quelquefois l'orifice extérieur de la fistule se cicatrise avant que les conduits salivaires qui entretiennent la maladie soient eux-mêmes oblitérés: tantôt alors la salive s'accumule entre l'endroit où les conduits sont déchirés et la pellicule qui forme la cicatrice, et il en résulte une tuméfaction œdémateuse de la parotide; tantôt le liquide est exhalé sous forme de rosée à travers les pores de la peau qui couvre la glande, comme Bassuel l'a observé, au rapport d'Hévin (1).

2^o Des fistules du conduit de Stenon.

Les fistules salivaires du conduit de Stenon résultent de sa section totale ou partielle. La lésion de ce conduit est produite le plus souvent par un instrument tranchant; quelquefois elle est l'effet d'un engorgement scrofuleux des joues, qui s'est terminé par suppuration;

(1) Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de traiter une fistule de la glande parotide, et j'ai été assez heureux pour la guérir en treize jours par une compression méthodique. Au mois d'octobre de l'année 1840, il entra à l'hôpital Saint-Louis un ouvrier qui, dans une chute, s'était fait, entre autres blessures, une plaie de la région parotidienne, à peu près entre le col du condyle de la mâchoire inférieure et l'apophyse coronoïde du même os. Cette plaie fut pansée par l'élève de garde avec un linge cératé et un cataplasme. Il survint un engorgement inflammatoire comme dans toute plaie contuse. Mais le quatrième jour après l'accident, cet engorgement étant dissipé, le malade s'aperçut qu'il s'écoulait par la plaie une grande quantité de liquide, et il me fit observer que non-seulement l'appareil en était inondé, mais qu'encore l'oreiller, sur lequel le côté blessé était ap-

d'autres fois elle a pour cause la carie d'une ou de plusieurs dents, la présence d'un corps étranger. M. Dubois, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a vu une tumeur inflammatoire de la joue s'ouvrir, s'ulcérer à trois reprises différentes; à la troisième fois il sortit de la salive du fond du petit ulcère. Un stylet introduit dans le canal de Stenon pénétra facilement jusqu'à l'orifice fistuleux où il rencontra de la résistance; cette résistance était due à une petite arrête de poisson qui obstruait le canal. M. Dubois en fit l'extraction, et la fistule fut promptement guérie. Nuck et Ferrand ont vu des fistules salivaires du conduit de Stenon survenir à la suite d'un abcès produit par la carie des dents.

En traitant des fistules de la parotide, nous avons indiqué les circonstances qui font juger qu'une fistule salivaire dépend d'une lésion du canal parotidien et non de la glande parotide elle-même. Là, comme ici, l'orifice varie et dans sa forme et dans sa largeur, mais moins dans sa situation. Quand l'orifice interne de la fistule est plus bas que l'orifice externe, la salive s'accumule, forme une tumeur qu'on vide en la comprimant, mais qui ne tarde pas à reparaître. Lorsque, au contraire, l'orifice interne est plus élevé, ou seulement lorsqu'il se trouve à la même hauteur que l'orifice externe, il n'y a pas de tumeur et la salive s'écoule librement au dehors.

Parmi les moyens qu'on a proposés pour guérir les fistules du conduit salivaire, les principaux sont la compression, la désobstruction, la cautérisation, et la formation d'un conduit artificiel.

La compression peut être exercée entre la fistule et la glande pa-

puyé, avait été mouillé considérablement, et que le drap qui recouvre la couverture présentait une tache de la grandeur de la forme d'un chapeau, produite par l'écoulement de liquide qui se faisait pendant les repas. J'examinai la plaie, et je reconnus un décollement de la peau en avant de la plaie, et en écartant ses bords, je vis très-distinctement la glande parotide déchirée; j'exerçai de suite une compression directe, qui n'arrêta que très-peu l'écoulement de la salive pendant deux jours. Je cherchai alors à la rendre plus méthodique et plus forte, et je parvins progressivement à diminuer l'écoulement de la salive, de sorte qu'au treizième jour de l'accident, la plaie était complètement guérie. Je gardai encore le malade pendant deux jours pour m'assurer de la solidité de la cicatrice, et il sortit le quinzième jour sans qu'aucun symptôme de fistule salivaire eût reparu.

rotide, ou sur la glande même. Dans le premier cas, on se propose de suspendre seulement pour un temps le passage de la salive par le canal et de favoriser la réunion des bords de la fistule. Ce mode de compression a été employé avec succès par Maisonneuve. Ce chirurgien, ayant à traiter une fistule du canal salivaire déterminée par un coup de sabre à la joue, imagina d'employer la compression, non sur l'ouverture de la fistule, comme quelques autres l'avaient tenté sans succès, mais sur la partie saine du canal, entre son ouverture accidentelle et la glande. C'était, comme le fait remarquer Louis (1), une digue qu'il opposait au cours de la salive pour en tarir la source dans la plaie, afin qu'étant ainsi à sec, on pût cicatrifier solidement le petit trou par lequel la salive s'échappait. On continua cette compression pendant vingt jours, qu'on jugea nécessaires à la consolidation de la cicatrice. Ce procédé a l'inconvénient de produire un gonflement considérable de la glande parotide par l'accumulation de la salive dans ses conduits; mais on parvient à en diminuer les mauvais effets par des topiques émollients. Il est à peine nécessaire de dire que cette méthode ne peut convenir que dans les cas où le canal est libre, et qu'il faut toujours s'en assurer au moyen d'un stylet avant d'entreprendre la cure de la fistule par la compression.

Cette compression, lorsqu'on l'exerce sur la glande même, a pour but d'atrophier cet organe, de détruire ses fonctions, et surtout d'empêcher la sécrétion de la salive. Desault est le premier et peut-être le seul qui ait employé la compression dans cette intention. Il est parvenu par ce moyen à guérir dans l'espace d'un mois une fistule salivaire du conduit de Stenon, qui pendant trente jours avait résisté à une compression exercée entre l'orifice fistuleux et la glande. Mais Desault ne s'est-il pas fait illusion sur la manière d'agir du moyen dont il s'est servi? N'aurait-il pas attribué à l'affaissement de la glande et à l'oblitération de ses conduits excréteurs une guérison qui probablement n'aura été due qu'à la suspension de la sécrétion salivaire pendant un temps suffisant pour la consolidation du trajet fistuleux? On ne peut guère admettre que la compression que recommande Desault puisse être assez forte et assez invariable pour produire l'effet que ce célèbre chirurgien lui a attribué. L'affaissement ou la dépression

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. ix, in-12, p. 75.

que l'on remarquait trois mois après la guérison de la fistule, dans l'endroit qu'occupe la parotide, ne me paraît pas prouver suffisamment que les fonctions de cette glande fussent abolies et sa sécrétion supprimée. Je ne croirais à cette atrophie de l'organe, qu'autant qu'elle serait constatée par l'ouverture du cadavre. L'observation de Desault est d'ailleurs loin de réunir toutes les circonstances propres à établir son opinion et à démontrer l'explication qu'il en donne. Au reste, quel que soit le lieu où l'on exerce la compression pour guérir une fistule salivaire du conduit de Stenon, on peut se servir des bandages mécaniques décrits et gravés dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. XIV et XV, ou couvrir la glande parotide de compresses graduées, maintenues par une bande.

La désobstruction du canal de Stenon pour la guérison des fistules salivaires n'a été imaginée que vers le milieu du dernier siècle. Louis et Morand se sont disputé l'honneur d'avoir inventé cette méthode. Louis est le premier qui l'ait fait connaître. Ayant été consulté pour une personne qui perdait une partie de sa salive par une ouverture fistuleuse à l'une des joues, il fut d'avis que, au lieu de pratiquer une route artificielle à cette liqueur, on cherchât à rétablir celle que la nature lui a destinée. Il n'eut aucune nouvelle de cette personne et ne sut pas si son conseil avait été suivi. Mais il trouva bientôt l'occasion d'employer lui-même ce moyen curatif. Il s'assura d'abord de la disposition du conduit salivaire au moyen d'un stylet, qui y pénétra aisément. Quelques jours après il introduisit dans le canal, avec un autre stylet percé à son extrémité, un fil auquel était attachée une mèche composée de quelques brins de soie. Dès le même jour la salive passa presque en totalité par la bouche. Une fluxion qui survint le onzième jour força de supprimer le séton; la salive cessa de couler sur la joue et dès lors la guérison fut complète. Lorsque Louis fit part de cette observation à l'Académie, Morand déclara que le même moyen lui avait réussi plusieurs fois, et cita un fait à l'appui de cette assertion. Mais ce fait était inconnu à Louis quand il lut son mémoire à l'Académie, et comme les inventions appartiennent plus à ceux qui les montrent qu'à ceux qui les trouvent, celle-ci appartient à Louis. Il s'en faut de beaucoup pourtant que cette méthode réussisse toujours: il arrive quelquefois qu'elle diminue seulement la quantité de salive qui coule à l'extérieur; quelquefois encore la guérison n'est pas durable.

Voici, au reste, de quelle manière il faut employer cette méthode, soit que le diamètre du canal permette encore d'y introduire facilement un stylet, soit que cette introduction présente des difficultés.

Dans le premier cas, on renverse un peu la joue en dehors; on porte dans le conduit de Stenon un stylet d'Anel qu'on tâche de faire sortir par l'ouverture fistuleuse; lorsqu'il paraît au dehors, on le saisit et on l'entraîne ainsi que le fil qu'on y a préalablement attaché. On noue les deux bouts de ce fil sur la joue. Le lendemain on fixe à l'extrémité du fil qui correspond à l'orifice accidentel un petit séton composé de deux brins de soie seulement, et on l'entraîne dans le conduit en tirant l'autre extrémité du fil. Chaque jour on renouvelle le séton, et on en augmente la grosseur afin de dilater par degrés le canal rétréci. On en continue l'usage jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré. On pourrait, comme Louis le conseille (1), conserver le séton jusqu'au moment où la cicatrice est parvenue près de la mèche. Alors, après l'avoir coupé au niveau de la joue, on tirerait de quelques lignes seulement le bout qui est dans la bouche; en conservant la mèche dans le canal, on assurerait la filtration de la salive, pendant que l'ulcère extérieur achèverait de se consolider.

Si l'introduction du stylet par l'orifice naturel du conduit de Stenon présentait beaucoup de difficultés, il faudrait tenter de le faire passer par l'ouverture fistuleuse, qui pourrait être agrandie, s'il était nécessaire, par une légère application de caustique. Le coude que fait le conduit salivaire à l'endroit où il traverse le muscle buccinateur pour s'ouvrir dans la bouche, arrête à la vérité la pointe mousse du stylet, mais on parvient aisément à faire disparaître ce coude en portant, à l'exemple de Louis, le doigt indicateur et celui du milieu dans la bouche, et en soulevant la joue sur les côtés de l'extrémité du stylet, de manière à donner aux parties une direction plus favorable. Une autre précaution est nécessaire lorsqu'on veut introduire un séton un peu gros dans le conduit salivaire: ce conduit présente dans l'état naturel une laxité que rendent nécessaire les mouvements et l'extensibilité des joues; cette laxité permet aux parois du canal de se replier sur elles-mêmes lorsqu'on exerce sur elles une traction un peu forte avec le séton. Louis ayant introduit une partie de la mèche dans le

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IX, in-12, p. 86.