

canal, trouva de la résistance, en discerna de suite la cause, et y remédia en plaçant deux doigts sur la joue, dans la direction du canal, l'un en dessus, l'autre en dessous, afin de l'étendre en tirant sur la joue, de la commissure des lèvres vers l'oreille.

Ce n'est que d'après des indications particulières que la cautérisation peut convenir contre quelques fistules salivaires. Lorsque le canal est obstrué et que l'orifice fistuleux n'offre ni callosités, ni fongosités qui s'opposent à la réunion des bords de l'ouverture, les caustiques sont non-seulement inutiles, mais ils peuvent aggraver le mal si l'on s'obstine à les employer. Ce n'est donc que dans les cas où l'orifice de la fistule est calleux ou fongueux, et où le canal salivaire est resté libre, que l'usage des caustiques peut être utile. Cette distinction n'ayant pu être faite qu'après des tentatives multipliées, on doit peu s'étonner que parmi les chirurgiens qui ont usé des caustiques, les uns, tels que Diemerbroeck et Nuck, en aient obtenu des succès marqués; tandis que d'autres, tels que Roonhuysen et Monro, n'en ont observé que de mauvais effets. Louis, frappé de la différence de ces résultats, avait cherché à concilier les opinions opposées en admettant que les caustiques avaient réussi dans les cas où la fistule était due à une lésion du conduit salivaire. Mais Louis fut lui-même obligé de revenir sur cette conjecture quelque temps après, ayant vu guérir par la simple application de la pierre infernale une fistule du conduit de Stenon, qui durait depuis dix-neuf ans. De nouveaux faits recueillis par Ferrand de Beaune, Desormeaux de Tours, Jourdain, M. le professeur Lallement et d'autres praticiens, ont fait connaître l'efficacité des caustiques dans le traitement des fistules salivaires du conduit de Stenon, lorsque la maladie présente les conditions qui autorisent l'emploi de ce moyen.

Tous les caustiques ne doivent pas être employés indifféremment; il faut préférer ceux qui forment une eschare sèche et bornée. Louis pense que la pierre infernale, ou bien une pâte composée avec le muriate de mercure corrosif, la croûte de pain pulvérisée et un peu d'eau de guimauve peuvent suffire. Il veut qu'on apporte la plus grande circonspection dans l'usage des caustiques, dont l'action doit être bornée à l'ouverture fistuleuse. L'eschare solide que forment ces caustiques fait corps avec la peau; elle a besoin d'être soutenue par un moyen mécanique, afin de donner à la nature le temps d'achever la cicatrisation des parties sous-jacentes avant la chute de l'eschare.

Il est assez souvent nécessaire de revenir une ou plusieurs fois à la cautérisation pour rendre la guérison complète. Néanmoins, si au moment où l'eschare se détache, la plaie a diminué de largeur et que les bords en soient plus rapprochés l'un de l'autre, on peut essayer pendant quelques jours la compression sur le conduit entre la glande et la fistule. Un temps très-court pourrait alors être suffisant pour amener une cicatrice solide, sans qu'il fût nécessaire de recourir une seconde fois au caustique, dont l'application peut n'être plus indiquée, parce que les conditions de la maladie ne sont plus les mêmes.

Un chirurgien français, nommé de Roy, a conçu l'idée de former un conduit artificiel en perceant la joue, pour guérir les fistules salivaires du conduit de Stenon. Cette méthode convient lorsque les autres moyens ont été sans succès, que le conduit naturel est oblitéré ou considérablement rétréci, qu'il a été détruit par une brûlure, la gangrène, ou une plaie avec perte de substance. C'est Saviard qui nous a fait connaître le procédé qu'employa de Roy; la joue fut percée directement de dehors en dedans avec un fer rougi au feu, mince et long; le cautère actuel fut préféré à l'instrument tranchant pour produire une perte de substance « qui donnât lieu à ce nouvel émissaire de se perpétuer. »

De Roy obtint de cette opération le succès qu'il en attendait: la salive ne tarda pas à couler dans la bouche par ce nouveau conduit, et cessa de tomber sur la joue. Une opération à peu près semblable a été pratiquée par Duphœnix avec le même succès. Au lieu d'employer le cautère actuel, comme de Roy, il se servit d'un bistouri pour percer la joue, et le dirigea de haut en bas et de derrière en devant; il plaça dans la moitié interne de la plaie une canule destinée à prévenir sa réunion en dedans et à porter la salive dans la bouche, jusqu'à ce que la plaie extérieure fût cicatrisée. Les bords de cette dernière furent mis en contact au moyen de plusieurs points de suture qui servirent en même temps à maintenir la canule: celle-ci fut ôtée le seizième jour. La fistule ne reparut point. Alexandre Monro, pour former un nouveau conduit à la salive, employa un moyen différent: il souleva et tendit la joue avec deux doigts introduits dans la bouche; de l'autre main, il prit une grosse alène de cordonnier, en plaça la pointe sur l'orifice naturel du canal de Stenon, et perça la joue obliquement, en suivant à peu près la direction connue de ce canal; il introduisit dans la plaie un cordon de soie, et en lia les

deux bouts d'une manière lâche vers la commissure des lèvres. Ce séton fut changé à chaque pansement ; et quand la nouvelle route fut bien établie, ce qu'on reconnut à la facilité avec laquelle on y faisait glisser un séton, celui-ci fut supprimé. La plaie extérieure guérit en très-peu de temps. Cheselden, Bell et Siebold ont conseillé la même opération avec de légers changements dans la forme de l'instrument. Desault s'est servi d'un trois-quarts à hydrocèle pour guérir une fistule dans laquelle le conduit de Stenon était si rétréci que le stylet le plus mince ne pouvait y pénétrer. On avait tenté d'affaïsser la glande parotide par la compression, mais l'appareil avait causé des douleurs si vives qu'on avait été obligé d'y renoncer. Après avoir percé la joue avec le trois-quarts, Desault se servit de la canule de cet instrument pour passer un fil dans l'intérieur de la bouche ; par le moyen de ce fil, il entraîna dans l'ouverture de la joue une mèche de charpie qui fut tirée de dedans en dehors jusqu'auprès du bord extérieur de la plaie. Le fil fut fixé sur la joue par un emplâtre agglutinatif. On couvrit la petite ouverture d'un peu de charpie et de quelques compresses imbibées d'eau végéto-minérale. Chaque matin on avait soin de changer le séton en le grossissant un peu, avec la précaution de ne jamais le conduire entre les bords de la plaie extérieure, qui n'était traversée que par le fil et qui était elle-même couverte d'un emplâtre agglutinatif pour empêcher l'écoulement de la salive. Le quarante-quatrième jour, le séton fut supprimé ; on laissa le fil jusqu'au cinquantième, époque à laquelle on l'enleva, avec la précaution de cautériser la petite ouverture extérieure restée pour son passage. Bientôt elle fut cicatrisée, et trois mois après l'opération le malade quitta Paris très-bien guéri.

M. Deguise a fait part à la Société de la Faculté de médecine d'un procédé particulier qu'il a mis en usage avec succès dans le traitement d'une fistule du conduit de Stenon. Ce procédé consiste à établir une double route artificielle à la salive pour tomber dans la bouche. M. Deguise a été conduit à imaginer cette opération dans un cas où les autres moyens de guérison avaient été employés en vain un grand nombre de fois : il s'agissait (1) d'une jeune personne de quinze ans, affectée depuis la cinquième année de sa vie d'une fistule sali-

(1) *Journal de médecine* continué, t. XXI.

vaire du conduit de Stenon : cette fistule était la suite d'une blessure faite à la joue par un coup de corne de vache. Deux chirurgiens instruits avaient l'un après l'autre échoué dans le traitement de cette fistule en employant successivement la perforation de la joue, le séton, la compression et les caustiques. A l'âge de quinze ans, la malade fut amenée à Paris, où, de l'avis de M. Pelletan, M. Deguise tenta des moyens analogues, mais tellement modifiés, qu'ils semblaient promettre un meilleur résultat. La joue fut encore une fois percée avec un trois-quarts, et une autre fois avec le cautère actuel ; on employa le séton ; on revint aux caustiques, et à peine put-on obtenir une apparence de succès qui ne tarda pas à s'évanouir. Cependant la jeune malade, qui désirait ardemment de guérir, sollicitait elle-même de nouvelles tentatives, quelque douloureuses qu'elles pussent être. M. Deguise imagina alors de percer la joue en deux endroits et de passer dans cette double ouverture un fil de plomb recourbé, dont les deux extrémités fussent dans la bouche, et dont la partie moyenne et convexe placée dans le conduit naturel de la salive correspondit à l'endroit même de l'ouverture fistuleuse. Il exécuta cette première partie de l'opération à l'aide d'un petit trois-quarts porté dans l'orifice fistuleux et enfoncé dans la bouche, en traversant l'épaisseur de la joue de devant en arrière, puis de derrière en devant. La canule servit à conduire dans la bouche le fil de plomb dont les extrémités furent recourbées sur elles-mêmes pour éviter tout déplacement. Il fut nécessaire de réunir ensuite les bords de l'ouverture extérieure par la suture entortillée. Au bout de quelques jours, la cicatrisation de ce point fut achevée, et la salive commença à couler par les deux canaux artificiels. Le plomb fut retiré avec précaution, et la guérison, jusque-là si imparfaite et si peu durable, ne laissa rien à désirer. Dans son rapport sur cette observation, M. Percy conseille d'apporter à ce procédé opératoire une modification importante. Des deux canaux artificiels que pratique M. Deguise, l'un a la direction naturelle du canal salivaire, et l'autre est dirigé dans un sens opposé au cours naturel de la salive. Il résulte de cette disposition, que le premier doit être fort utile à la guérison, tandis que l'utilité du second reste au moins problématique. Néanmoins celui-ci a un avantage qu'on ne peut contester, c'est celui d'assujettir le fil de plomb sans qu'il reste de corps étranger dans l'orifice fistuleux dont la cicatrisation est si importante. M. Percy a imaginé un moyen de conserver cet avantage sans qu'il soit néces-

saire de percer la joue de devant en arrière; voici comment il propose d'opérer : « On ferait entrer d'abord par l'ouverture fistuleuse une certaine longueur de fil de plomb dans la portion du canal qui repose sur le muscle masséter, tandis que l'autre extrémité, passant sous l'orifice fistuleux, traverserait la joue par l'unique ouverture artificielle, et serait repliée en dedans de la bouche, où une médiocre compression extérieure, la serrant entre la membrane buccale et les dents, suffirait pour la rendre invariable. Ce moyen, ajoute M. Percy, m'a réussi plusieurs fois, et je n'ai pas eu besoin de recourir aux caustiques, ni à la suture entortillée. Plusieurs feuilles d'or appliquées sur l'orifice fistuleux l'avaient si exactement fermé, que la salive avait aussitôt cessé d'y passer, et qu'il ne fallut que quelques jours pour le cicatriser très-solidement. » (a)

(a) — J'ai guéri une fistule salivaire produite par la section incomplète du conduit de Stenon, en formant à ce conduit un orifice interne artificiel. Voici le fait :

Le 29 mars 1841, il entra à l'hôpital Saint-Louis un homme âgé de vingt-quatre ans, qui avait reçu des coups de couteau dans la joue gauche. L'instrument vulnérant avait fait plusieurs plaies : 1° une plaie s'étendant obliquement de l'angle externe de l'œil gauche au milieu de la moitié gauche de la lèvre supérieure, et comprenant dans toute son étendue l'épaisseur de la joue, et supérieurement, dans l'endroit où la pointe du couteau a pénétré, le périoste de l'os de la pommette et une partie de l'épaisseur de cet os; 2° une plaie partant du milieu de celle-ci, se portant en dehors et un peu en haut dans la direction du conduit de Stenon, et comprenant toute l'épaisseur de la joue; 3° une plaie naissant de cette seconde près de sa jonction avec la première, dirigée en dehors et en bas, et comprenant aussi toute l'épaisseur de la joue. La disposition de ces trois plaies est telle qu'elles forment la lettre K. L'élève de garde, M. Fiaux, qui était un de mes internes, applique onze points de suture, dont huit de suture entortillée et trois de suture simple. Le 30 mars, à la visite du matin, je trouve un pansement si bien fait tant sous le rapport de l'application des points de suture que sous celui de l'affrontement des lèvres de la plaie, que je n'y touche en rien. Je m'informe si le conduit de Stenon

est blessé, mais M. Fiaux ne peut me donner aucun renseignement à cet égard. Il survient un léger gonflement de la joue, et le 31 mars, craignant le développement d'un érysipèle, j'ordonne soixante grammes d'huile de ricin et un litre de bouillon de veau. Le 1^{er} avril, la tuméfaction de la joue me fait craindre la formation d'un abcès; un peu de sérosité purulente s'écoule par le point correspondant à l'union des trois plaies, et j'émet mes craintes sur la formation d'une fistule salivaire. Le 2 avril, quatrième jour après l'accident, je ne crois pas devoir encore enlever les fils de suture, et je remets cette opération au lendemain. Le 3 avril, je les ôte, et leur ablation me fait voir que les trois plaies sont réunies dans toute leur longueur, et que le point de leur jonction est le seul endroit où la cicatrice n'existe pas. La pression de la joue fait sortir de nouveau une assez grande quantité de matière purulente, et fait renouveler mes craintes sur l'existence d'une fistule salivaire. Le 4 avril, la matière est plus séreuse, et elle le devient encore plus le lendemain. Enfin, le 6 avril, huitième jour après l'accident, il ne me reste plus aucun doute sur la nature de la sérosité, et par conséquent sur l'existence d'une fistule salivaire du conduit de Stenon. Je songe dès lors au moyen de la guérir, et je pense que, pour arriver à ce but, il faut sonder le conduit de Stenon, y introduire un fil, et le faire ressortir dans la bouche par un orifice artificiel, afin d'avoir ainsi, dans cette cavité, deux orifices que peut-être je devrai réunir. Le 8 avril, j'introduis dans le conduit de Stenon un stylet très-fin en argent; j'en introduis un plus gros en fer dans la fistule de la joue, et les deux stylets se rencontrent au fond de la plaie. Après m'être ainsi assuré de la communication de la fistule et du conduit de Stenon, j'introduis dans ce dernier une aiguille à séton en argent, très-fine et très-flexible, et j'introduis dans la fistule une aiguille à séton en acier, grosse et très-forte; que je fais entrer par le côté du chas, afin d'accrocher l'autre aiguille. En effet, quand elles se sont rencontrées, je pousse le bout de l'aiguille d'argent dans le chas de l'aiguille d'acier, et dès que j'ai reconnu que la première est saisie, je tire l'aiguille d'acier, et je sens celle d'argent se recourber. Elle s'échappe une fois de l'aiguille d'acier; mais je la saisis de nouveau sans peine, et je la fais sortir par la fistule. Cette sortie assez difficile occasionne une petite rupture dans la cicatrice, et au lieu d'un orifice de quatre à cinq millimètres, j'ai une plaie d'un centimètre. Je passe un fil ciré double dans le chas de l'aiguille d'argent,

et la poussant par la bouche à mesure que je la tire par la fistule, je la fais sortir sans peine. Je fixe ensemble les deux bouts du fil par un nœud, et un morceau de sparadrap de diachylon gommé le maintient sur la joue. Je dis au malade que je terminerai l'opération le lendemain, 9 avril; mais ce jour-là, ayant trouvé un peu de gonflement à la joue, je remets l'opération au 10 avril. Ce jour, j'introduis par la fistule la canule d'un trois-quarts d'un diamètre de deux millimètres, et je le pousse contre la paroi interne de la joue, vis-à-vis l'intervalle des dents molaires, directement au-dessous de l'orifice du conduit de Stenon. Je le maintiens avec la main gauche, et introduisant dans son intérieur son poinçon, je perce la paroi interne de la joue. J'ôte alors le poinçon, et je conduis dans la canule un fil ciré qui sort et par la fistule et par le conduit artificiel. Je retire la canule, et j'attache au bout externe de ce fil le bout externe du fil qui est dans le conduit de Stenon. Tirant alors dans la bouche le fil qui passe par l'orifice artificiel, j'amène dans cette cavité, par cet orifice, le fil du conduit de Stenon. Je coupe le premier fil, je noue ensemble les deux bouts du second, et je le fixe en dehors de la commissure labiale sur la joue au moyen d'un morceau de sparadrap de diachylon gommé. Cette seconde opération, que je croyais devoir présenter des difficultés, a été d'une simplicité et d'une facilité remarquables; elle n'a point causé la moindre douleur, tandis que la première avait fait souffrir le malade assez pour qu'il manquât de perdre connaissance. Le lendemain, le malade me dit qu'il y a eu par la fistule un écoulement de salive aussi abondant qu'à l'ordinaire. Le 12 avril, je change le fil, et j'en mets un composé de quatre brins réunis; j'espère ainsi agrandir le trou fistuleux et favoriser le passage de la salive dans la bouche. Le 13, voyant que je n'ai pas réussi, je pense qu'il faut, pour obtenir un heureux résultat, détruire toute la portion de la paroi buccale qui existe entre l'orifice naturel du conduit de Stenon et l'orifice artificiel que j'ai pratiqué. En conséquence, j'applique un serre-nœud, et je serre médiocrement. Le lendemain, 14, craignant que le fil, qui est déjà dans la bouche depuis trois jours, ne se pourrisse, je le remplace par un fil double, et je mets le serre-nœud que je serre fortement. Le 15, le malade me dit que l'écoulement de salive par la fistule est moindre. Alors je fais exercer le soir, après le dernier repas, une compression sur la fistule au moyen d'un peu de charpie et d'une bande étroite passant sur la lèvre supérieure. Le 16,

l'appareil n'étant pas mouillé, je le laisse en place. Le 17 au matin, en examinant le malade, le serre-nœud me reste dans la main. Je pense que le fil ciré s'est pourri et cassé; mais je vois en l'ôtant de l'instrument qu'il est entier, et en regardant dans la bouche, j'aperçois que la portion de la paroi buccale qui était comprise dans l'anse est détruite, de sorte que le conduit de Stenon s'ouvre dans cette cavité par un large orifice. Alors je coupe avec des ciseaux la fongosité qui existe à l'orifice fistuleux; je cautérise cet orifice avec le nitrate d'argent, et je fais la compression. Je la laisse en place jusqu'au 20 avril, parce qu'aucun fluide ne s'est écoulé. Ce jour-là je la supprime complètement, et je me contente de cautériser de nouveau avec le nitrate d'argent. Le 21, rien n'est sorti par la petite plaie qui subsiste, quoique ses lèvres se soient écartées. Je sonde avec un stylet qui pénètre à peine. Je fais une nouvelle compression, que je supprime encore le 22, me contentant d'appliquer un morceau de sparadrap de diachylon gommé. Pendant la journée, il est sorti par la fistule une quantité de salive assez abondante pour couler sur la joue et former des gouttes. En conséquence, je reviens à la compression, quoiqu'un stylet introduit dans la plaie ne pénètre pas profondément. Le 24, quoique la plaie soit presque sèche et ne donne plus qu'un peu de suppuration, je continue la compression. Le malade veut sortir le 26 avril sans être complètement guéri. Je le revois le 9 mai; la plaie fistuleuse est complètement cicatrisée depuis sept ou huit jours, et il est aisé de reconnaître à son aspect que la cicatrice est parfaite depuis cet espace de temps. Je mets le doigt dans la bouche pour reconnaître les traces de l'opération que j'ai pratiquée, et je trouve un orifice moins grand que dans les premiers jours, mais très-appréciable au toucher. La peau, froncée au niveau du point fistuleux, présente quatre plis; c'est dans cet endroit qu'au dire du blessé, le couteau a été tourné et retourné dans la plaie. Les cicatrices sont linéaires, ainsi que les onze points de suture. J'ai revu le malade le 30 novembre 1841, sept mois après son accident. Les cicatrices sont très-solides et de bonne nature. Le muscle orbiculaire de l'œil a été coupé, car dans ses mouvements la cicatrice correspondante se plisse. Il y a dans l'endroit où existait la fistule salivaire un enfoncement comme en présentent les cicatrices adhérentes aux os. Depuis sa guérison, le malade n'a rien éprouvé de ce côté.