

qui ont été considérés comme étant propres à en expliquer la formation. Une opinion qui a eu cours pendant longtemps, et qu'on rapporte à Sabatier, est que la grenouillette résulte d'une dilatation du conduit de Warthon, suite d'un obstacle à l'issue de la salive par l'orifice buccal de ce canal. La nature de l'obstacle était variable : *calcul* ou *corps étranger* engagé dans le conduit ; compression de ce dernier par une tumeur extérieure ; inflammation aiguë ou même simple spasme de l'ouverture buccale ; épaissement de la salive. Il est incontestable que certaines grenouillettes se forment par le mécanisme que nous venons d'indiquer, mais c'est le cas le plus rare. On a même proposé d'appeler ce genre de tumeur *grenouillette salivaire*, parce qu'elle est formée par une accumulation de *salive* dans le canal de Warthon ; tandis qu'on réserve le nom de *grenouillette kystique* à la variété la plus commune, celle dans laquelle la tumeur est indépendante du conduit. Lafaye, Louis, et plus récemment Lelièvre et Tillaux, ont localisé l'affection dans les conduits excréteurs de la glande sublinguale distendus par la salive, qui, par suite d'un obstacle au niveau de l'orifice des canaux de Rivinus, ne s'écoule plus dans la bouche. Une variante des deux opinions précédentes appartient à Malcomson : d'après ce chirurgien, il y a primitivement une dilatation du conduit de Warthon, et plus tard rupture de ce conduit, ce qui a pour effet de répandre la salive dans le tissu cellulaire ambiant aux dépens duquel il se forme un kyste. Aucune dissection n'ayant démontré l'un des modes de formation de la grenouillette que nous venons d'indiquer, il nous semble plus rationnel d'admettre, avec Fabrice d'Aquapendente, Dionis, que la grenouillette est un KISTE MUQUEUX formé aux dépens d'un des *follicules mucipares* si nombreux dans cette région. Peut-être y a-t-il lieu d'admettre aussi avec Dupuytren et Breschet que quelques-uns de ces kystes sont *séreux*, c'est-à-dire renferment un liquide transparent, au lieu d'un liquide analogue à du blanc d'œuf. Pour se rendre compte du mode de formation de cette dernière variété, on pourrait invoquer, à l'instar de quelques pathologistes, une hydropisie de la *bourse muqueuse de Fleischmann*.

Diagnostic. Il est généralement facile, en raison du siège et de la transparence de la tumeur. On ne confondra pas la grenouillette avec une tumeur sanguine qui occupe le même siège et qui est une sorte de tumeur érectile veineuse, décrite par Dolbeau sous le nom de *grenouillette sanguine*, parce que cette dernière n'offre ni la circonscription exacte, ni la rénitence, ni la couleur de la vraie grenouillette. Il est bon aussi de se rappeler que Denonvilliers et Richet ont rencontré sous la langue des *kystes dermoïdes congénitaux*, constitués par une poche épaisse renfermant de la graisse mélangée à des débris épithéliaux et à des poils. Ces kystes n'offrent pas la transparence de la grenouillette.

Traitement. Les chirurgiens qui ont cru devoir rapporter l'origine de la grenouillette à une rétention de la salive, par suite d'obstruction du canal de Warthon, ont proposé de désobstruer ce canal, en introduisant par l'orifice extérieur un stilet d'un calibre approprié. Ce mode de traitement est basé sur une doctrine que nous avons déjà appréciée. La grenouil-

lette ordinaire doit être traitée comme un kyste, et à ce titre on lui a opposé divers expédients opératoires. La *ponction simple* ou l'*incision* sont des procédés palliatifs ; les bords de la solution de continuité une fois agglutinés, la poche se reproduit. On a pensé que la ponction suivie d'une *injection irritante*, de *teinture d'iode* (Velpeau) ou de vin chaud (Denonvilliers), donnerait de meilleurs résultats. On a oublié que ces topiques, qui agissent si bien dans les kystes *séreux*, ne produisent pas le même bénéfice dans les kystes *muqueux*. La *cautérisation* de la paroi superficielle de la poche, de manière à en détruire une petite portion dans toute l'épaisseur, est passible des mêmes objections que l'incision simple ; après l'élimination de l'escarre, la plaie se cicatrise et la tumeur se reproduit. Il est plus rationnel, après avoir fait une perte de substance au kyste, d'en *cautériser* tous les jours la face interne avec un crayon de pierre infernale (Gosselin). L'*excision* partielle de la paroi supérieure de la poche est à elle seule insuffisante, la portion restante du kyste continuant à sécréter le liquide propre à la grenouillette et les bords de la perte de substance se resserrant graduellement de façon à refermer la poche. C'est pour obvier à ce dernier inconvénient que Jobert (de Lamballe) a exécuté un procédé opératoire qui consiste à faire du kyste un prolongement de la grande cavité buccale, espérant par cet artifice faciliter l'écoulement dans la bouche du liquide sécrété par la face interne du kyste. Pour arriver au résultat, il commence par exciser, sur la face supérieure de la tumeur, un large lambeau de la muqueuse buccale qui glisse sur le kyste. Celui-ci est ensuite ouvert dans toute son étendue et vidé. Puis il renverse, à droite et à gauche, les bords de l'incision faite à la paroi supérieure du kyste, et réunit ces bords à ceux de la perte de substance de la muqueuse buccale par un point de suture de chaque côté. On forme ainsi un *infundibulum* au fond duquel existe un orifice par lequel s'écoule le liquide sécrété par le kyste. Dans les premiers temps, les choses vont bien ; mais à mesure que l'orifice de communication du kyste et de la cavité buccale se rétrécit, l'écoulement du liquide du kyste devient moins facile, et il arrive un moment où l'orifice est tellement étroit, que la tumeur se reproduit. La modification imaginée par A. Forget au procédé de Jobert ne met pas non plus à l'abri de la récurrence ; au lieu de faire au kyste une simple incision, on pratique une division *cruciale* de sa paroi supérieure, après avoir fait une perte de substance à la muqueuse, comme il a été dit. On renverse les quatre lambeaux de la paroi du kyste et on les fixe par autant de points de suture aux lèvres de la muqueuse.

C'est en raison des difficultés qu'on rencontre pour maintenir les dimensions de l'ouverture de communication du kyste avec la cavité buccale, que Dupuytren avait imaginé d'introduire de prime abord, dans la poche, un petit instrument de métal en forme de *bouton double de chemise*, afin d'obtenir un écoulement permanent dans la bouche du liquide du kyste. On conçoit combien doit être pénible pour le malade un corps étranger placé à demeure dans la bouche, et l'insuffisance même de ce procédé, la consistance du liquide du kyste s'opposant à son issue au dehors.

Physick a employé le *séton*, avec lequel il traverse la tumeur. En admettant que la présence du fil enflamme la poche, il est nécessaire d'en pratiquer consécutivement l'ouverture. D'autres chirurgiens ont proposé l'*extirpation* de la tumeur, opération longue, douloureuse et qui expose à des hémorragies graves.

Procédé de l'auteur. Dans divers modes de traitement indiqués plus haut, on a souvent perdu de vue que, pour obtenir la guérison, il faut modifier la nature de la membrane propre du kyste. Tant que la face interne de la poche conserve ses caractères, elle continue à sécréter le liquide épais, gommeux, qu'on rencontre dans les grenouillettes. Ce liquide ne peut s'écouler par l'orifice de plus en plus rétréci qui existe au point de communication du kyste avec la cavité buccale. Il convient donc de changer la nature de la face interne du kyste, d'en faire une membrane semblable à celle qui tapisse la cavité buccale. On arrive à ce résultat par un artifice très-simple : en remplissant de charpie la cavité du kyste, après avoir fait une perte de substance à la paroi supérieure de ce dernier. La charpie est renouvelée tous les jours, pendant deux septénaires environ. Dans les premières vingt-quatre heures, la présence du corps étranger provoque une phlegmasie assez vive, que l'on combat par des collutoires émollients et par des cataplasmes de même nature sur la région sus-hyoïdienne. A chaque pansement journalier, la cavité du kyste est lavée à grande eau. Bientôt la face interne de la poche se recouvre d'un exsudat grisâtre qui fait place graduellement à une coloration rosée, indice de la conversion de la membrane du kyste en muqueuse semblable à celle de la bouche.

SECTION XXIX.

MALADIES DE LA GLANDE PAROTIDE ET DU CANAL DE STÉNON.

1^o BLESSURES. Ces blessures sont accidentelles, ou bien volontaires, c'est-à-dire produites par le chirurgien dans les opérations pratiquées sur la glande. La gravité de la lésion est subordonnée à l'étendue et à la profondeur de cette dernière, à cause des rapports de la carotide externe et du nerf facial avec la parotide. Il y a de plus à redouter la formation d'une fistule salivaire consécutive, ce qui est plus commun après les blessures du canal de Sténon qu'après celles de la glande.

Le traitement ne diffère pas de celui des blessures des autres régions du corps, et malgré la juste autorité de Boyer, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de se préoccuper, dans les premiers instants qui suivent la plaie, de prévenir une fistule salivaire. Si, après la cicatrisation, il subsiste une fistule, on se conduira comme nous le dirons ultérieurement (voy. p. 395).

2^o INFLAMMATION AIGUE DE LA PAROTIDE. On la désigne sous le nom de *parotidite*. Elle consiste dans une phlegmasie des lobules de la glande. Toutefois on rattache à la même affection l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre la parotide.

Causes. La parotidite se montre communément au déclin de maladies générales graves : la dothiéntérie, la fièvre puerpérale, la période de réaction du choléra ; et comme cette manifestation locale coïncide communément avec une amélioration de l'état général, on l'appelle *parotidite critique*. Dans d'autres cas, la phlegmasie se développe chez un sujet sain d'ailleurs, sans cause appréciable : c'est la *parotidite spontanée*.

Symptômes. Ils varient en raison de la cause du mal :

(a) La *parotidite critique* est caractérisée par de la tuméfaction et de la rougeur de la région parotidienne. La pression sur la partie gonflée, les mouvements de mastication, déterminent une douleur vive. Au bout de trois ou quatre jours, la tumeur se ramollit et devient fluctuante ; lorsqu'on l'incise, il s'en écoule un pus phlegmoneux, parfois d'odeur désagréable, ainsi que cela arrive pour la plupart des collections qui s'établissent au voisinage de cavités muqueuses. Dans quelques cas, le passage de gaz dans le foyer purulent est reconnaissable à la sensation de gargouillement perçue par les doigts qui explorent la tumeur. L'abcès se cicatrise en général promptement après avoir été incisé ; rarement on observe à la suite de cette ouverture des phénomènes d'infection putride. On voit que la *parotidite critique* ressemble au phlegmon sous-cutané de la même région.

(b) La *parotidite spontanée* est plutôt une phlegmasie du tissu propre de la glande. Tantôt elle se développe lentement, sans phénomènes réactionnels, ce qui est dû probablement à ce que la phlegmasie occupe les couches superficielles de la glande et peut-être seulement le tissu cellulaire sous-cutané de la région ; tantôt elle est caractérisée par des douleurs violentes qui se propagent aux régions voisines ; quelques sujets sont pris de fièvre, de délire et de convulsions ; l'inflammation ne se termine que lentement par suppuration, et il n'est pas rare que la collection se fraye un passage dans le conduit auditif externe. On attribue la gravité de cette dernière forme à ce que, l'inflammation occupant les couches profondes de la glande, le tissu gonflé est étranglé par les parties saines de la parotide et par les parties osseuses qui forment les limites de la région.

Accidents consécutifs. Il est rare qu'après l'ouverture à l'extérieur des abcès parotidiens, il s'établisse une fistule parotidienne ; plus rare encore, qu'en cas de phlegmasie parenchymateuse, le nerf facial qui traverse la glande soit détruit et qu'il en résulte une hémiplégie faciale. On a signalé des cas d'ulcération consécutive de la veine jugulaire interne et une hémorragie mortelle ; une oblitération du canal de Sténon et consécutivement la transsudation de la salive à travers la peau de la région parotidienne.

Diagnostic. Il est facile quand l'inflammation occupe la partie profonde de la glande, parce que dans cette portion de la région, le tissu glandulaire forme l'élément principal ; la marche relativement rapide de la tuméfac-