

céreuse. Pour peu que la tumeur se soit étendue profondément dans l'excavation parotidienne, il faut redouter, dans le cours de la manœuvre opératoire, la lésion du nerf facial, de la carotide externe et de grosses veines.

DES FISTULES SALIVAIRES PAROTIDIENNES.

On appelle ainsi tout orifice anormal, placé sur un des points de la région parotidienne ou des régions avoisinant cette dernière, orifice qui livre habituellement passage à du pus et qui fournit, au moment de la mastication d'une substance sapide, une certaine quantité de salive provenant soit directement des granulations de la parotide, soit du conduit de Sténon. La nature de ces fistules est restée ignorée jusqu'à l'époque où l'on a reconnu les fonctions de la parotide et l'existence du canal de Sténon (1662). Galien, A. Paré, Fabrice de Hilden et Fabrice d'Aquapendente ont observé ces fistules sans se rendre compte de leur mode de production.

Division. Quelques-unes de ces fistules ont pour point de départ une lésion de quelques granulations de la glande parotide, ce sont les *fistules parotidiennes*; d'autres ont leur source dans une lésion du canal de Sténon; nous appelons ces dernières *fistules du conduit de Sténon*.

1^o FISTULES PAROTIDIENNES.

Causes. Ces fistules succèdent aux lésions physiques de la parotide : blessures par instruments piquants, tranchants ou contondants. Les opérations pratiquées sur la région parotidienne ou sur le voisinage amènent parfois le même résultat : ainsi l'ablation partielle de la mâchoire inférieure. D'autres fois c'est un abcès développé primitivement dans un des ganglions lymphatiques parotidiens, abcès communiquant avec les granulations de la glande, et ouvert soit spontanément, soit par le chirurgien. Une inflammation du périoste de la branche de la mâchoire, s'étendant à la parotide, peut amener le même résultat, comme je l'ai observé sur un enfant de cinq ans, présenté à ma clinique, en janvier 1867. Des concrétions solides développées dans l'épaisseur des granulations parotidiennes, en s'ouvrant un passage au dehors, après avoir déterminé une inflammation, en sont aussi le point de départ.

Siège. Tous les points de la région parotidienne, quelquefois une partie plus ou moins éloignée de cette région. Ainsi, dans un cas, on a observé la fistule au-dessous et en arrière de l'oreille.

Symptômes. Sur l'un des points qui viennent d'être indiqués, se trouvent un ou plusieurs orifices ou pertuis, quelquefois d'une petitesse excessive, d'autres fois surmontés d'une fongosité épaisse ou recouverts d'une mince pellicule, fournissant habituellement une suppuration insignifiante, et laissant écouler, au moment de la mastication d'une substance sapide, une quantité plus ou moins considérable d'un liquide clair qui n'est autre que la salive.

Marche. Terminaisons. Le plus souvent la fistule demeure stationnaire et l'écoulement de la salive au dehors, pendant le repas, amène des perturbations plus ou moins graves dans la digestion de certaines substances. On a signalé des cas de guérison spontanée. Lorsque l'orifice extérieur de la fistule se ferme seul et que le trajet lui-même subsiste, il en résulte des conséquences variables : tantôt la salive, accumulée entre la pellicule et l'endroit où les granulations sont intéressées, donne lieu à la formation d'une petite *tumeur salivaire*, ou à une tuméfaction œdémateuse de la parotide; d'autres fois le liquide sécrété par la parotide est exhalé, sous forme de rosée, à travers les pores de la peau qui recouvre la glande. Hévin rapporte, d'après Bassiuel, un cas de ce genre.

Diagnostic. L'écoulement de la salive par l'orifice anormal, pendant la mastication de substances sapides, est un signe pathognomonique.

Traitement. Il comprend cinq ordres de moyens : la cautérisation, la compression, les injections irritantes, l'avivement des bords de la fistule et l'établissement d'une voie de dérivation pour la salive dans l'intérieur de la bouche.

1^o **Cautérisation.** Elle a réussi dans bon nombre de cas. Galien s'est servi d'un emplâtre cathérétique; A. Paré et Fabrice de Hilden, de la poudre de vitriol brûlé; Diemerbroeck, du cautère actuel. Il est préférable, à l'instar de Boyer, d'avoir recours à la cautérisation avec la pierre infernale. Lorsqu'on peut introduire cette dernière dans toute la profondeur du trajet fistuleux, jusqu'aux granulations altérées, on détermine la formation d'une petite escarre, suivie d'une oblitération des granulations, qui cessent de laisser écouler la salive au dehors.

2^o Les *injections irritantes* portées dans le trajet fistuleux conduisent parfois au même résultat. Elles ont été imaginées par Louis, qui s'est servi d'abord d'une décoction de roses de Provins dans du vin rouge, et plus tard d'alcool pur. Dans quelques cas, ces topiques ont amené une inflammation suppurative de la glande. Chez l'enfant dont il a été question précédemment (p. 394), les injections de teinture d'iode ne m'ont pas réussi.

3^o La *compression* sur la fistule a donné des succès à Beaupré, Ledran, Ruffin, Ph. Boyer. Non-seulement elle s'oppose à l'issue de la salive à travers la fistule, mais quand elle est faite à un certain degré, elle détermine l'atrophie des granulations parotidiennes sur lesquelles elle porte. Toutefois ce moyen est le plus souvent insuffisant, parce que l'application en est pénible pour le malade, et qu'il n'amène qu'à la longue l'atrophie des granulations atteintes. Il mérite, au contraire, de rester dans la pratique à titre d'adjuvant.

4^o L'*avivement des bords de la fistule*, avec réunion immédiate des lèvres cruentes par la suture simple ou entortillée, ne procure qu'une guérison temporaire, la salive s'accumulant bientôt derrière la cicatrice.

5^o *Conversion de la fistule borgne externe en fistule borgne interne.* Lorsque la cautérisation et les injections irritantes, aidées d'une compression méthodique, ont échoué, il convient de détourner momentanément la salive du trajet anormal, en permettant au liquide de s'écouler dans la

bouche par une voie artificielle creusée dans l'épaisseur de la joue. C'est ainsi que je me suis comporté dans le cas déjà cité : avec un trocart explorateur porté au fond de la fistule, j'ai perforé la joue d'arrière en avant et de dehors en dedans. Un stylet aiguillé, ayant été substitué à la canule du trocart, a entraîné dans la voie artificielle un double fil ciré, qui est demeuré en place pendant quinze jours, et qu'on renouvelait facilement quand les dents l'avaient coupé, pendant les efforts répétés de mastication ; au bout de ce temps, le fil ayant été définitivement retiré, la fistule extérieure s'est cicatrisée. La fistule buccale n'a pas tardé à s'oblitérer aussi.

2^e FISTULES DU CONDUIT DE STÉNON.

Causés. Ce sont des lésions traumatiques de tout genre analogues à celles qui ont été indiquées pour les fistules parotidiennes. Bien plus rarement, l'affection est la conséquence d'un rétrécissement du conduit, de l'obstruction de ce dernier par un corps étranger développé dans son intérieur ou ayant pénétré accidentellement par l'orifice buccal. A. Dubois a signalé un cas dans lequel une arête de poisson s'était engagée dans ce dernier et avait amené la formation d'une fistule. Celle-ci s'est aussi développée, au rapport de Nuck et Ferrand, à la suite de la carie d'une ou de plusieurs dents.

Symptômes. Il existe sur un des points de la région parotidienne, de la région massétérine ou de la joue, un ou plusieurs orifices par lesquels la salive s'écoule généralement en abondance pendant la mastication de substances sapes. Lorsque l'orifice externe et l'orifice interne de la fistule sont placés à peu de distance l'un de l'autre et sur une même ligne horizontale, cet écoulement se fait directement au dehors. Mais si les deux orifices sont éloignés l'un de l'autre, si l'interne occupe un plan plus déclive que l'externe, la salive s'accumule quelquefois entre les deux et forme une sorte de sac appelé *tumeur salivaire*.

Diagnostic. On a donné comme signes différentiels des fistules de la glande et des fistules du conduit de Sténon la situation de l'ouverture et la quantité de salive qui s'échappe par cette dernière pendant le repas. Ces signes sont illusoires. En effet, une fistule du conduit peut occuper la région parotidienne, tout comme une fistule de la parotide peut se trouver sur la joue. Une fistule parotidienne peut laisser échapper une grande quantité de salive, comme nous l'avons observé sur le petit malade dont il a été question. Par contre, si l'ouverture du canal de Sténon est très-petite, si le conduit a conservé son calibre, il ne s'écoulera par la fistule qu'une médiocre quantité de salive. Un moyen propre à s'assurer du véritable siège de la fistule est le mode d'exploration suivant : on commence par introduire dans le conduit de Sténon, par l'orifice buccal, un stylet très-fin ; un autre stylet d'une dimension appropriée est conduit jusqu'au fond du trajet fistuleux. Si les extrémités des deux instruments se rencontrent, il n'y a pas de doute sur l'existence d'une fistule du conduit. Si elles ne se rencontrent pas, il est probable qu'il s'agit d'une fistule de la glande ;

nous disons *probable*, parce que parfois le trajet fistuleux est assez sinueux pour s'opposer à la pénétration de l'instrument jusqu'au fond de la fistule.

Traitement. Il comprend quatre ordres de moyens : l'oblitération directe du trajet fistuleux, la dilatation du conduit de Sténon, l'établissement d'une voie de dérivation pour la salive dans l'intérieur de la bouche, l'atrophie de la glande parotide.

1^o OBLITÉRATION DIRECTE DU TRAJET FISTULEUX. Plusieurs expédients ont été imaginés pour arriver à ce but : la cautérisation, les injections irritantes, la compression. Par cela seul qu'ils ont donné des succès, il est convenable de les essayer tout d'abord. La compression a été pratiquée non-seulement sur l'orifice même de la fistule, mais entre celle-ci et la glande. Ce dernier mode a donné un succès à Maisonneuve (année 1737) ; il a l'inconvénient de produire un gonflement de la parotide par l'accumulation de la salive. Dans un cas rapporté par Duphénix, il se produisit une transsudation de la salive par la peau de la région parotidienne, pendant la mastication.

L'avivement des bords de la fistule avec réunion immédiate des surfaces cruentes est un moyen de guérison temporaire, par les raisons indiquées plus haut (p. 395).

2^o DILATATION DU CONDUIT DE STÉNON. Ce moyen ne convient que dans les cas où la fistule est entretenue par une obstruction du conduit. Morand et Louis en ont retiré des succès. On introduit, au moyen d'un stylet fin percé d'un chas, un fil dont l'un des bouts pend en dehors de la fistule et l'autre en dehors de la bouche. L'introduction se fait par la fistule ou par l'orifice buccal du conduit de Sténon. Au chef buccal du fil on attache un séton composé de brins de charpie dont on augmente graduellement le nombre et qu'on entraîne dans le canal de Sténon, jusque près de la fistule. Quand on suppose, au bout d'un certain nombre de jours, que la dilatation est suffisante, on retire le séton ; la plaie extérieure se cicatrise. Cette méthode est d'une exécution plus facile que la suivante.

3^o ÉTABLISSEMENT D'UNE VOIE DE DÉRIVATION POUR LA SALIVE DANS L'INTÉRIEUR DE LA BOUCHE. En perforant la joue de dehors en dedans, au niveau de la fistule, on permet à la salive qui arrive dans celle-ci de s'écouler dans la cavité buccale. On convertit une fistule borgne externe en fistule borgne interne. Les procédés sont nombreux, et pour mettre de l'ordre dans l'énumération, nous les diviserons en deux catégories : tantôt on établit un seul canal de dérivation, tantôt on en fait deux.

(a) UN SEUL CANAL DE DÉRIVATION. Deroy traversait la joue de part en part, au niveau de la fistule, avec une *tige de fer rouge*. Monro, Cheselden, Bell et Siebold perforèrent la joue avec une *alène de cordonnier* dans l'ouverture de laquelle ils ont passé un cordon de soie, qui est ainsi entraîné à travers le trajet de nouvelle formation. Les extrémités du cordon sont nouées ensemble vers la commissure buccale. On laisse cette espèce de séton en place pendant trois semaines environ. Duphénix a imaginé un procédé d'une exécution moins facile : il traverse la joue obliquement avec un bistouri, introduit dans la plaie une *canule*, et réunit les lèvres de la