

## MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES ET DE LEURS CONDUITS EXCRÉTEURS

### I. — FISTULES SALIVAIRES.

Il y a fistule salivaire quand un orifice anormal et permanent met en communication les voies salivaires avec l'extérieur.

Seules les fistules qui s'ouvrent à la surface de la peau sont intéressantes pour le chirurgien. Il peut s'en trouver qui siègent sur la muqueuse de la cavité buccale, mais elles ne donnent lieu à aucun phénomène gênant et par là même sont négligeables. Bien plus, la création d'une fistule muqueuse est un traitement très répandu de la fistule externe — et l'on s'entend si bien sur la valeur de ce terme, que l'on décrit couramment la création d'une fistule interne comme procédé de guérison de la *fistule salivaire*, bien qu'au fond les deux fistules soient aussi salivaires l'une que l'autre. Seulement l'une est gênante et l'autre ne l'est pas. Un point quelconque des voies salivaires peut être, à un moment donné, l'origine d'une fistule salivaire. Cependant, en pratique, on n'observe pour ainsi dire jamais de fistule ni du canal de Wharton, ni de la glande sous-maxillaire. La parotide et son canal excréteur, bien moins protégés, en sont, au contraire, un siège relativement fréquent. L'orifice de communication peut siéger soit sur le canal de Sténon, soit sur un conduit excréteur de deuxième ordre. On donne à ces dernières fistules le nom de fistules de la glande parotide. On admet même qu'elles peuvent avoir éventuellement pour point de départ la glande parotide accessoire.

**Historique.** — Galien aurait eu l'occasion d'observer une fistule salivaire, survenue chez un jeune homme, après l'incision d'un abcès parotidien consécutif à une fièvre. Ambroise Paré cite l'observation d'un soldat, dont la figure avait été divisée par un coup d'épée, et qui conserva « un bien petit trou près la cononction de l'os maxillaire, d'où sortait grande quantité d'eau fort claire ».

F. d'Aquapendente aurait vu survenir, à l'occasion de plaies des joues, surtout quand les blessés mangent, un écoulement d'eau limpide, ressemblant un peu aux larmes qu'on verse en pleurant. « D'où et comment sort-elle, je n'en sais, dit-il, rien en vérité. » Mais on igno-

rait alors l'existence des voies salivaires, et bien qu'on eût constaté l'abondance particulière de l'écoulement au moment des repas, on était fort peu fixé sur la nature de l'affection. Ces observations, d'ailleurs isolées et fort brèves, ne pouvaient donc avoir une bien grande portée. En 1660, Sténon décrit le conduit excréteur de la glande parotide. Helvetius fait bientôt connaître un cas de fistule de ce canal, consécutive à une blessure par coup de sabre. Puis l'étude sérieuse de ces fistules et, en particulier, de leur traitement, commence avec les mémoires de Louis, Morand et Duphénix. Depuis l'Académie de chirurgie, la question a suscité nombre de travaux, parmi lesquels on peut citer ceux de Deguise, Percy, Delore, D. Mollière, Richelot, et la thèse toute récente de Delarue.

Les fistules de la glande parotide sont peut-être plus fréquentes que celles du canal de Sténon, mais elles guérissent souvent d'une façon spontanée, ou par un traitement fort simple, et sont par le fait bien moins intéressantes. Quel que soit leur siège, les fistules salivaires ont le plus souvent pour cause un traumatisme, coup de sabre, coup de couteau, blessure par arme à feu, par coup de corne, plaie chirurgicale, incision d'abcès, ou extirpation de tumeur, ou bien une brûlure, l'ulcération d'un néoplasme, l'ouverture d'un abcès de la joue ou d'une suppuration parotidienne. Parfois c'est un corps étranger (calcul, arête de poisson...), contenu dans la cavité du conduit salivaire qui a amené l'ulcération et la perforation de la paroi.

La fistule siège soit dans la région parotidienne, soit à la région massétérine, soit à la joue. On a vu des fistules salivaires s'ouvrant à distance des régions occupées par les glandes salivaires, mais c'est l'exception, et le trajet qui fait communiquer le conduit avec l'extérieur est presque toujours d'une grande brièveté.

**Signes.** — L'écoulement de la salive par l'orifice anormal est le signe pathognomonique et même le seul signe important de l'affection.

Dans l'intervalle des repas, l'écoulement est médiocre, ou cesse même complètement. Au contraire, la salive coule en abondance sous l'influence des excitations gustatives et des mouvements de la mastication. La quantité de liquide que peut fournir une de ces fistules est considérable, et dépasse beaucoup tout ce qu'on pourrait imaginer *à priori*. Les malades en sont inondés; ils sont obligés de se garnir de linges et de serviettes, qui sont rapidement imbibés et traversés. Quelques observateurs ont eu la curiosité de recueillir la salive qui s'écoulait par l'orifice, et ils ont trouvé que, pendant la durée d'un repas, il s'en écoulait de 50 à 200 grammes. Mais ce chiffre varie beaucoup. Le siège de la fistule est la principale cause des variations. Quand elle occupe un conduit secondaire, la salive qui s'en écoule provient exclusivement d'un département très limité de la glande. Partant la quantité de salive qui coule au dehors est peu consi-

dérable, et se réduit parfois à quelques gouttes. Au contraire, une fistule du canal de Sténon donne issue à la salive venant de toute la glande; l'écoulement est habituellement très abondant. Il l'est d'autant plus que la perforation est plus large, ou le bout terminal du conduit excréteur moins perméable. L'orifice fistuleux s'ouvre au sommet d'un petit mamelon fongueux, ou au fond d'une ulcération fort minime. Parfois c'est un pertuis presque imperceptible, dissimulé sous une petite croûte. Dans les fistules du canal de Sténon, le siège d'élection de cet orifice est au-devant du bord antérieur du masséter. Ce sont aussi les plus favorables pour le traitement. Mais elles peuvent occuper la région massétérière, ou même la partie antérieure de la région parotidienne, siégeant alors sur la partie du canal de Sténon qui est comprise dans l'épaisseur de la glande. D'après leur siège, on peut donc diviser les fistules du canal de Sténon en trois groupes : 1° les fistules antérieures, géniennes, buccinatriques ou pré-massétérières; 2° les fistules massétérières; 3° les rétro-maxillaires.

D'autre part, les fistules dites de la glande, qui siègent sur les conduits secondaires, peuvent s'ouvrir un peu partout, même à la joue, quand par un hasard, bien exceptionnel à la vérité, elles ont pour point de départ une parotide accessoire.

Un stylet, introduit par l'orifice fistuleux, s'enfonce plus ou moins profondément. Le trajet fistuleux est, en général, fort court et très simple. Dans certains cas, il existe, entre l'ouverture à la peau et l'ouverture dans le conduit salivaire, une poche, où s'accumule la salive. D'après Boyer, cette disposition serait subordonnée à la situation respective des deux orifices de la peau et du conduit. Quand ils sont à la même hauteur, ou que le pertuis cutané est plus déclive, la salive, s'écoulant sans difficulté, ne séjourne, ni ne s'accumule, et il ne se forme point de poche salivaire. Au contraire, quand l'orifice cutané est placé à un niveau plus élevé que l'autre, les conditions sont renversées, et il se forme rapidement une tumeur salivaire. Il arrive fréquemment qu'on puisse introduire directement le stylet dans le canal de Sténon et cathétériser ce conduit dans la direction de son extrémité buccale et dans celle de son origine parotidienne. Mais il faut que l'instrument employé soit très grêle, car l'orifice, généralement fort étroit, ne livre point passage à un stylet ordinaire. Cette exploration, pratiquée sur le segment buccal du conduit, est souvent infructueuse, cette partie du canal étant, dans beaucoup de cas, revenue sur elle-même, diminuée de calibre, et parfois même complètement oblitérée.

L'écoulement considérable et perpétuel de la salive est un grand ennui et une grande gêne, et rend la vie sociale bien difficile. L'affection est indolente et dépourvue de danger par elle-même, mais la soustraction quotidienne d'une notable quantité de salive devient à la longue une cause d'affaiblissement.

Ces fistules, une fois établies, n'ont aucune tendance à la guérison spontanée, du moins celles du conduit excréteur, car celles de la glande se ferment parfois sans aucun secours, ou par des moyens si simples que l'on peut à bon droit admettre que leur cicatrisation s'est effectuée spontanément. On a vu des fistules du canal qui évoluaient depuis dix, quinze, vingt ans, sans déterminer aucune complication. Parfois, il se produit des abcès autour de la fistule. Un malade de Richelot voyait survenir un abcès toutes les fois que sa fistule se fermait.

**Diagnostic.** — Il est impossible de confondre une fistule salivaire avec aucune autre. La nature de l'écoulement est trop particulière pour qu'on puisse demeurer longtemps dans le doute; l'augmentation de l'écoulement au moment des repas est surtout très caractéristique. Le liquide qui s'écoule est de la salive, de la salive parotidienne, claire, limpide, moins dense et moins riche en mucus que la salive contenue dans la bouche. Il est parfois un peu délicat de se prononcer, quand la fistule vient s'ouvrir en dehors de la région occupée par l'appareil salivaire. Rien extérieurement ne différencie cet orifice d'une fistule consécutive à un abcès. Mais l'examen du liquide qui en découle suffit pour en affirmer la nature salivaire.

Il est important de savoir si l'on a affaire à une fistule de la glande ou du conduit de Sténon. Dans le premier cas, la fistule peut, à la rigueur, occuper la région massétérière ou même la joue, mais elle est presque toujours située dans la région parotidienne. Elle est souvent consécutive à un abcès. La salive s'écoule en quantité peu abondante par l'orifice anormal. En explorant l'embouchure du canal de Sténon, on peut constater que ce conduit livre encore passage à la salive. Le cathétérisme, soit de la fistule, soit du canal, ne montre pas de communication entre le conduit et la fistule. Dans le second cas, au contraire, l'orifice fistuleux occupe en général une situation plus antérieure, il donne issue à une quantité de salive beaucoup plus abondante. On peut cathétériser le conduit de Sténon par la fistule. Ces constatations ne sont pas sans importance, car la fistule du conduit est souvent fort difficile à guérir, au lieu qu'on obtient presque toujours d'une façon assez simple la cicatrisation d'une fistule de la glande.

**Traitement.** — A. Paré et F. d'Aquapendente avaient guéri leurs malades par la simple application de caustiques. Ces succès passèrent longtemps pour inexplicables, les mêmes moyens n'ayant donné entre les mains de la plupart de ceux qui les mirent en usage que des résultats médiocres ou nuls.

Ainsi les mêmes traitements, qui avaient procuré des cures magnifiques entre les mains des maîtres anciens, ne réussissaient plus à des chirurgiens pourtant soigneux, zélés et habiles.

Louis, cherchant à interpréter ces différences, admit, en apparence avec beaucoup de logique, que si des malades, paraissant atteints

de la même affection, et traités par les mêmes procédés, ne guérissaient point d'une manière pareille, c'est que les cas n'étaient pas identiques. Comparant les cas cités par les auteurs de son temps à ceux dont il était question dans les anciens, il arrive à conclure que Paré et Fabrice avaient vu des fistules de la glande, et que les observations modernes avaient eu pour objet les fistules du conduit de Sténon. Cette explication paraissait satisfaisante, et était généralement acceptée, quand Louis, dans un second mémoire, reprit la question et arriva à une conclusion toute différente. Un cas nouveau l'avait éclairé. Une fistule datant de dix-neuf ans, et qui sans aucune espèce de doute siégeait bien sur le conduit excréteur principal, avait guéri en quelques jours, sous la seule influence d'une petite cautérisation au nitrate d'argent (1).

Au moment où parut le premier travail de Louis, les cas étaient encore fort peu nombreux, et en présence des insuccès des simples applications d'emplâtres, de poudres, de caustiques, etc., on avait été conduit à une importante méthode de traitement de ces fistules. Cette méthode consistait à transposer l'orifice fistuleux, à établir sur la face interne de la joue une autre fistule, constituant pour la salive une voie dérivative qui permettrait à l'orifice cutané de s'oblitérer. Cette indication, De Roy, dont l'observation a été rapportée par Saviard, l'avait remplie le premier. Il s'était inspiré d'une méthode de traitement alors en vogue pour la fistule lacrymale, et qui consistait à percer la paroi interne du sac et l'os unguis. L'orifice ainsi créé constituait une véritable fistule interne, qui permettait aux larmes de passer directement dans les fosses nasales. A la faveur de cette communication, la fistule externe n'était plus constamment traversée par les liquides venant du sac et, en théorie du moins, devait se fermer rapidement. De Roy s'inspira de cette méthode pour guérir une fistule salivaire, jusque-là rebelle à tous les traitements. Il créa une fistule buccale, pour permettre à l'orifice externe de se fermer. Il fallait pour cela traverser la joue, à l'endroit de la fistule, et tâcher de rendre permanente la communication ainsi pratiquée entre le vestibule de la bouche et le conduit salivaire. Il obtint ce résultat en se servant d'un cautère étroit et mince. Son malade guérit rapidement et d'une façon parfaite. Monro, plus simplement, pratiqua la perforation de la joue à l'aide d'une alène de cordonnier et introduisit dans la plaie un cordon de soie qui servit de séton. Quand la nouvelle voie parut suffisamment organisée, il ôta ce cordon, et le trajet s'oblitéra du côté de la peau.

Duphénix traversa la joue avec la pointe d'un bistouri et obtint aussi un bon résultat, après avoir laissé pendant quelque temps dans la plaie une canule de plomb.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1757, t. III; 1774, t. IV.

Au dire de Morand, telle était aussi la pratique de J.-L. Petit, et, d'après Louis, Cheselden aurait formulé la même proposition.

Or c'est précisément contre cette méthode que s'élève Louis, dans ses deux célèbres mémoires. Pour lui la perforation de la joue était un procédé très imparfait, qui n'était pas applicable à tous les cas et « dont le succès devait être douteux dans ceux mêmes où il serait possible de pratiquer cette opération ».

« C'est, dit-il, une grande erreur d'imaginer qu'on fabriquera ainsi des canaux artificiels : la nature, qui tend toujours à la consolidation, oblitère facilement ces nouveaux conduits... Il faudrait des années pour durcir et rendre calleuses sans ulcération les parois d'un conduit artificiel ; s'il n'a pas cette disposition, dès que le corps étranger qui le tient ouvert sera supprimé, les chairs qui se boursou-

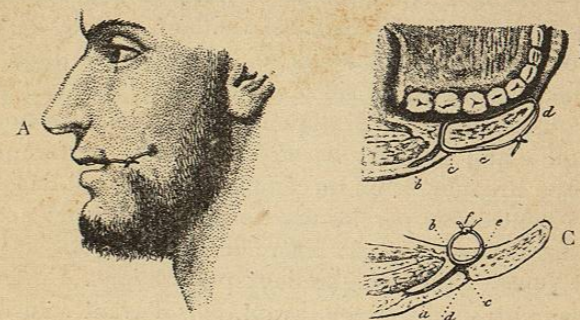


Fig. 39. — A et B, Procédé de Louis et de Morand. — C, Procédé de Deguise.

fleront dans ce conduit le boucheront, ou l'action naturelle des parties en resserrera les parois. » Pour lui, il y a mieux à faire, et l'indication consiste, non pas à dévier le cours de la salive, mais à rétablir « la voie naturelle de la liqueur ».

Il faut pour cela assurer la perméabilité du bout terminal du conduit de Sténon. Ce conduit est revenu sur lui-même ; on doit, par une dilatation bien comprise, lui rendre son calibre.

Un stylet, introduit par la fistule, et ressortant par la bouche, entraîne quelques brins de fil qui constituent un séton.

Ces fils traversent ainsi toute la longueur du canal comprise entre l'orifice fistuleux et sa terminaison.

Leur extrémité buccale est ramenée hors de la bouche et nouée sur la joue avec le bout qui sort par la fistule (fig. 39, A et B). Le cathétérisme est un peu délicat, mais Louis enseigne comment on peut tourner la difficulté, en étalant la joue, puis en la tendant par une traction antéro-postérieure, en facilitant la progression de l'instrument à l'aide des doigts introduits dans la bouche.

Quand Louis fit connaître sa méthode, Morand affirma que depuis longtemps il l'avait mise en pratique, et cita à ce propos un très

remarquable succès. Cette revendication était peut-être fondée.

Mais, ainsi que le fait observer Boyer, « comme les inventions appartiennent plus à ceux qui les montrent qu'à ceux qui les trouvent, celle-ci appartient à Louis ».

D'ailleurs, malgré l'autorité si considérable de ces deux hommes éminents, cette méthode ne fut jamais très répandue. Louis le constate avec un peu d'aigreur. « L'amour de l'art montre avec regret que des moyens utiles ne soient pas accueillis dans des ouvrages postérieurs, et qu'on leur préfère des opérations défectueuses, prosrites avec raison. Feu M. Le Dran, dans un *Traité de consultations*, publié en 1770, préconise encore la perforation artificielle, dans l'intention de convertir la fistule externe de la joue en fistule interne; et il ne fait aucune mention du rétablissement du conduit naturel, beaucoup plus simple et dont le succès lui était connu. C'est peut-être moins la faute de cet honorable vieillard, que de ceux qui par déférence ont été les approbateurs de ses anciennes productions. »

Au commencement de ce siècle apparut une nouvelle méthode. Jusque-là, quand on voulait pratiquer une fistule interne pour guérir l'externe, on s'était toujours borné à une seule perforation de la joue. Le corps étranger, séton ou canule, qu'on laissait dans ce trajet devait forcément sortir par les deux orifices interne et externe. La méthode imaginée par Deguise diffère de tous les procédés de l'ancienne par ce fait qu'il pratique deux perforations. Un trocart est plongé dans la fistule d'arrière en avant, puis d'avant en arrière.

Les deux trajets se réunissent donc en dehors, au niveau de l'orifice fistuleux, et du côté de la muqueuse, s'ouvrent par des orifices distincts, séparés l'un de l'autre par une étendue d'un centimètre. Un fil de plomb passe par ce double trajet, et les deux extrémités de ce fil sont rapprochées l'une de l'autre, si bien qu'il forme comme un anneau suspendu à la joue (fig. 39, C).

Percy, rapporteur de l'observation de Deguise, proposa d'introduire le fil de plomb dans la partie postérieure du canal de Sténon, puis de lui faire traverser la joue par une seule perforation. L'extrémité de ce fil repliée en avant et logée entre les dents et la joue suffirait à le maintenir en place.

Le procédé de Deguise a été pratiqué de bien des façons; on a remplacé le fil de plomb par un séton de chanvre qu'on enfilait de deux aiguilles et qui était de cette façon placé avec une grande facilité (Malgaigne), par du crin de Florence, du crin de cheval (Moty), etc. Gosselin, pour rendre plus certain et plus rapide l'établissement de la fistule interne, eut l'idée de sectionner à l'écraseur toute la partie comprise entre les deux fistules. Le Fort l'étreignit à l'aide d'un fil élastique, Trélat dans l'anse d'un serre-nœud.

Actuellement, le procédé de Louis et Morand semble être de plus en plus abandonné. Cependant je me souviens de l'avoir encore

entendu défendre par Verneuil dans une de ses cliniques. Les procédés dérivés de celui de Deguise ont au contraire beaucoup de partisans. Mais l'antique méthode de De Roy semble jouir d'une faveur de plus en plus grande.

La perforation de la joue est effectuée soit au bistouri, soit au trocart.

Un drain en caoutchouc est laissé dans le trajet, affleurant à l'orifice cutané. C'est la pratique de Pozzi, Campenon, Kauffmann, Tillaux, etc.

M. Reynier (1) fait la ponction au passant par le bout postérieur du canal de Sténon, pour que la voie dérivative soit située au-dessus de la fistule externe.

Comme M. Hartmann, je pense que le procédé de Richelot doit être rapproché des précédents, et rangé dans la catégorie des procédés à simple ponction, car il ne comporte qu'une seule perforation de la joue faite à l'endroit de la fistule (2).

M. Richelot avait eu affaire à un cas particulièrement difficile. Un homme, à la suite d'un ancien traumatisme, avait conservé une ankylose de la mâchoire et une fistule salivaire. De temps à autre se produisaient des abcès de la joue, et l'abcès ouvert, la salive coulait pendant quelque temps par l'orifice.

M. Richelot traversa la joue avec un drain de caoutchouc, dont un des bouts arrivait ainsi jusque dans la bouche. Mais au lieu de laisser l'autre extrémité sortir par la fistule salivaire, il lui fit traverser la cavité de l'abcès, et sortir à travers l'orifice par lequel ce dernier s'était vidé. La guérison fut obtenue, et ce succès engagea M. Richelot à conseiller, dans le cas de fistule du canal de Sténon, de traverser la joue obliquement à l'aide d'un drain dont une des extrémités sortirait par le vestibule buccal, dont l'autre s'ouvrirait à la peau en arrière de la fistule, et dont la partie moyenne passerait par la fistule.

On peut encore arriver à transposer l'orifice fistuleux, par une méthode un peu différente de toutes celles que nous venons de passer en revue. Elle consiste à faire une greffe vestibulaire du bout postérieur du canal de Sténon. Cette méthode, qui est due à Langenbeck, comporte au moins deux procédés. On peut, comme Langenbeck et Ribéri, sectionner et isoler le canal de Sténon, puis l'aboucher dans le vestibule à l'aide d'une incision pratiquée à la muqueuse en arrière de la fistule. On peut aussi, comme Delore, greffer l'orifice fistuleux cutané lui-même, en le détachant et en le retournant vers la bouche. Ce dernier et ingénieux procédé est très séduisant. Mais pour utiliser cette méthode, il faut que la fistule soit située très en avant; d'autre part, il s'agit d'opérations délicates et complexes,

(1) DELARUE, thèse de Paris, 1895.

(2) HARTMANN, *Traité de chirurgie*, t. V. — RICHELOT, *Soc. de chir.*, 1882. Rapp. de Delens.

qui ne sont comparables en aucune façon avec les procédés simples, bénins et sûrs que nous avons exposés plus haut, et dont l'efficacité n'est pas contestable. Aussi la méthode de Langenbeck n'est guère pratiquée.

Il en est de même de celles qu'il nous reste à étudier.

Nous avons vu qu'après des tentatives généralement stériles pour oblitérer les fistules à l'aide de topiques appliqués à l'extérieur, on avait tenté de dévier le cours de la salive, ou d'en rétablir le cours naturel. Que pouvait-on tenter encore ?

L'arrêt temporaire de l'excrétion de ce fluide, ou la suppression définitive de sa production ?

Empêcher la salive de couler pendant quelques jours a été tenté, paraît-il, avec succès par Maisonneuve (1) à l'aide de la compression dans un cas de fistule du canal. Ce résultat est assez extraordinaire — mais on conçoit plus facilement que la compression puisse donner des résultats satisfaisants quand la fistule a pour point de départ la glande. Desault avait admis que la compression de la glande parotide pouvait suffire pour en détruire les fonctions. C'est une illusion qu'il n'est plus nécessaire de discuter.

La ligature du canal excréteur d'une glande amène l'atrophie de cette glande. C'est un fait de physiologie générale, affirmé par une multitude d'expériences portant sur les glandes les plus diverses. Or on a proposé de lier le canal de Sténon, pour amener l'atrophie de la parotide dans le cas de fistule de ce conduit excréteur. Cette proposition est déjà ancienne. Elle a été formulée au siècle dernier par Viborg et Callisen. Elle a été acceptée par Zang et Velpeau. Mais elle paraît être restée jusqu'à présent à l'état de conseil purement platonique. Cependant, d'après Delarue, Pelchinsky (2) en aurait cité un cas favorable.

Les expériences de Cl. Bernard sur le pancréas ont montré qu'une injection, poussée dans le conduit de Wirsung, amenait l'atrophie de la glande. On a pensé qu'à l'aide d'injections dans son canal excréteur, on pourrait obtenir l'atrophie et la suppression physiologique de la parotide. Les injections de teinture d'iode ont, paraît-il, amené ce résultat chez le cheval (Lafosse, Delamotte, Labat). Chez l'homme, D. Mollière (3) a essayé les injections d'huile d'olive phéniquée qui lui procura des succès, mais surtout dans les fistules glandulaires.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que des deux grandes catégories de fistules salivaires, fistules d'un canal excréteur secondaire, et fistules du conduit excréteur principal, les premières guérissent volontiers par des moyens très simples, compression, injections irri-

(1) MAISONNEUVE, chirurgien major du régiment de Sassenage, cité par Louis.

(2) PELCHINSKY, thèse de Saint-Petersbourg, 1876.

(3) D. MOLLIÈRE, *Lyon méd.*, 1888.

tantes, applications caustiques, pansements occlusifs, et que les secondes, bien qu'on puisse citer d'heureuses exceptions, présentent au contraire de grandes difficultés de traitement, que ce traitement, indépendamment des méthodes qui ont pour but, soit de rétablir, soit de supprimer le cours de la salive, méthodes dont l'une est tombée en désuétude, et dont l'autre, bien qu'ancienne, n'a pas encore fait ses preuves, consiste essentiellement, aujourd'hui encore, dans la déviation du courant salivaire, et que pour atteindre ce résultat, le plus simple paraît être de transfixer la joue avec le bistouri, à l'endroit de la fistule, et de drainer ce trajet pendant quelques jours à l'aide d'un tube de caoutchouc.

## II. — CALCULS SALIVAIRES (1).

**Historique.** — Thomas de Closmadeuc en 1855, s'est livré à des recherches bibliographiques très étendues et très complètes au sujet des calculs salivaires. Depuis on s'est toujours reporté à cet excellent travail pour étudier l'histoire de cette question, et en cela j'imiterai l'exemple de mes prédécesseurs. Une note d'Avenzoar, dans le Theisir, semble indiquer que cet auteur aurait observé un calcul développé dans le plancher buccal. A. Paré cite deux curieuses observations de « pierres sous la langue ». L'une d'elles est particulièrement intéressante. Un malade avait « une grande apostème sous la langue ». « Il me pria, dit Paré, à jointes mains, la lui ouvrir, s'il se pouvait faire sans péril de sa personne, ce que je fis promptement, et trouvai sous ma lancette un corps solide qui était cinq pierres semblables à celles qu'on tire de la vessie. »

Les auteurs du XVI<sup>e</sup> siècle citent un certain nombre de cas du même genre, mais « aucun d'eux, dit Closmadeuc, n'a essayé d'expliquer la formation de ces calculs sublinguaux, si ce n'est pour les rattacher à la ranule comme A. Paré, ou pour les placer dans les veines ramines comme L. Joubert ».

À la vérité, ces auteurs ignoraient encore l'existence des voies salivaires.

Cependant, longtemps après la découverte des conduits excréteurs de la sous-maxillaire, et de la parotide par Wharton et Sténon, on ne songea point à placer dans ces canaux le siège des pierres du plancher de la bouche. Drelincourt le premier, au rapport de Manget aurait, sur deux malades, recueilli des calculs dont il aurait reconnu

(1) LANCELOT, thèse de Paris, 1861. — MAREAU, thèse de Paris, 1876. — TERDJANIANTZ, thèse de Paris, 1878. — KLECKOWSKI, thèse de Paris, 1880. — GOUAS, thèse de Paris, 1879. — GRAILLE, thèse de Paris, 1895. — DESPRÈS, *Soc. de chir.*, 1877. — HORTELOUP, *Soc. de chir.*, 1877. — BERGER, *Soc. de chir.*, 1890. — RICHEL, *France méd.*, 1876. — DUPLAY, *Conf. clin.*, 1877. — GALIPPE, *Journ. des Conn. méd.*, 1894. — PÉAN, *Clinique*, t. I, 1876. — WAGNER, *New-York med. Journ.*, 1893. — LOYSON, *Soc. chir.*, 1897.