

premiers jours, et peut être déplacée légèrement sur la masse tuméfiée. Mais bientôt elle rougit et adhère aux plans profonds. La pression à ce niveau détermine une douleur assez vive, moindre toutefois que dans les adéno-phlegmons. Habituellement on ne sent pas de fluctuation, mais une sensation de résistance plus ou moins dure selon la période où l'examen est pratiqué. La pression de la glande fait souder en général du pus par l'ostium ombilical.

Le cathétérisme du conduit fait reconnaître la présence d'un calcul ou d'un corps étranger quelconque, quand on suppose que telle peut être la cause des accidents. D'ailleurs l'exploration du canal de Wharton, à l'aide du doigt promené sur le plancher de la bouche, suffit quelquefois à donner à cet égard d'importantes indications, en permettant de reconnaître, sur le trajet de ce canal, une masse dure et allongée, qui ne peut guère être autre chose qu'un calcul.

Il y a des rétentions salivaires qui amènent la distension rapide de la glande, mais cette distension présente un caractère de soudaineté que n'ont pas les inflammations de la glande. En outre, dans ces cas, les phénomènes inflammatoires proprement dits font défaut. D'ailleurs ces accidents sont de courte durée. Quand ils sont liés à la présence de calculs, ils surviennent en général au moment des repas et se reproduisent à intervalles variables. En voilà plus qu'il n'en faut pour ne pas confondre, avec les sous-maxillites, les diverses rétentions salivaires, liées à une difficulté d'écoulement du côté du conduit de Wharton.

Ce qui a été dit plus haut du diagnostic des oreillons est applicable de tous points aux cas, d'ailleurs exceptionnels, où ils frappent la glande sous-maxillaire, à l'exclusion des parotides.

En réalité la sous-maxillite aiguë n'est guère confondue qu'avec les inflammations aiguës périmaxillaires, adéno-phlegmons, périostite, phlegmon du plancher. La limitation et la forme de la tuméfaction au début de la maladie, en même temps que l'intégrité des téguments dans la première période et surtout l'écoulement de pus par le canal de Wharton, sont les principaux éléments de ce diagnostic. L'exploration du conduit permettra au chirurgien de savoir s'il s'agit ou non d'une sous-maxillite calculeuse.

Traitement. — Le traitement comporte comme indication d'inciser toute sous-maxillite dont on peut espérer la terminaison par résolution.

L'opération ne présente ni difficultés ni dangers et sera pratiquée par la région sous-maxillaire. On fera une incision parallèle au bord inférieur de la mâchoire.

Inflammations limitées aux conduits excréteurs des glandes salivaires.

Sténonites. Les inflammations limitées au canal de Sténon ne sont pas fréquentes. C'est d'ailleurs, comme le dit l'auteur d'une

thèse récente, « un sujet peu étudié et étudié depuis peu de temps ». Enfin sous ce titre on groupe encore des faits assez disparates. Demarquay, en 1856, présenta à la Société de chirurgie, un malade atteint d'une dilatation du canal de Sténon et de quelques conduits excréteurs secondaires, avec écoulement de pus et présence de gaz dans les voies salivaires, comme l'attestait une crépitation facile à percevoir.

Chassaing cite deux cas de *parotidite canaliculaire purulente*, qui à la vérité n'étaient pas des parotidites, puisque l'inflammation et la suppuration étaient limitées aux conduits excréteurs.

Kusmaül en 1879 décrivit le catarrhe fibrino-purulent des voies salivaires parotidiennes.

En 1880 M. Terrier fit connaître une observation de rétention salivaire parotidienne liée à la présence d'un aphte à l'embouchure du canal de Sténon. A la vérité, cette intéressante observation, non plus que celle de Laurent (1), ne sont des cas de sténonite, mais elles peuvent être rapprochées, au point de vue de certains symptômes, des inflammations limitées au conduit excréteur parotidien.

Walther (2) a fait sur ce sujet une importante communication, et M. Fretier, dans un consciencieux travail, a rassemblé les documents qui pourraient servir à l'étude de cette question (3).

Les cas ne sont pas tous comparables. Dans quelques-uns l'affection prend un caractère aigu, le conduit est obturé par l'épaississement des parois et la production de bouchons muqueux, et les phénomènes de rétention salivaire sont assez marqués.

Dans d'autres la maladie est chronique, lentement développée, sans douleurs, comme sur le malade de Trélat, dont Walther cite l'observation, parfois sans qu'on puisse invoquer aucune cause plausible. Il y a dilatation du conduit, écoulement de muco-pus parfois mêlé de gaz.

Dans les cas aigus, le cathétérisme du conduit et quelques lavages de la bouche constituent tout le traitement.

Les sténonites chroniques sont au contraire assez rebelles. On a essayé contre elles, avec succès, la compression et les injections d'eau iodée poussées dans l'intérieur du canal.

Whartonites. — Ce que Fretier avait fait pour les inflammations du canal de Sténon, M. Viaud l'a fait pour celles du conduit de Wharton. Il a rassemblé les cas de whartonites proprement dites et de rétentions salivaires liées aux whartonites. Bien entendu, il ne saurait être question ici des inflammations qui sont en rapport avec la présence de calculs dans le conduit excréteur de la sous-maxillaire. Celles-ci sont banales et bien connues.

(1) LAURENT, thèse de Paris, 1880.

(2) WALTHER, *Soc. anat.*, 1892.

(3) FRETIER, thèse de Paris, 1892.

Tout d'abord certains faits de rétention liés à une petite lésion de l'ostium peuvent être rapprochés des whartonites, comme ce cas de Desprès, tout à fait comparable à celui de Terrier, ou un aphte, développé juste au niveau de l'embouchure du canal de Wharton, avait amené le rétrécissement de cet orifice et une tuméfaction temporaire de la glande sous-maxillaire par difficulté d'écoulement de la salive.

Une whartonite simple peut déterminer aussi de la rétention salivaire. C'est ce qui arriva chez la malade, dont l'observation a été le point de départ de la thèse de Viaud. Un bouchon, formé de cellules épithéliales et de mucus, avait obstrué l'orifice du conduit, et amené par suite des accidents de rétention assez alarmants. L'issue de ce bouchon amena la cessation extrêmement rapide des phénomènes de distension de la glande.

IV. — TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES.

Nous étudierons séparément les *tumeurs de la parotide*, et celles de la *glande sous-maxillaire*. Celles des *glandes sublinguales*, pour éviter des redites, et pour la commodité de l'exposition, ont été décrites avec les autres tumeurs du plancher de la bouche.

Tumeurs de la parotide (1). — Les tumeurs de la parotide sont très variées dans leur structure. L'étude microscopique de ces néoplasmes présente certaines difficultés d'interprétation, et quelques-uns même sont assez difficiles à classer.

Nous laisserons de côté, non seulement les tumeurs superficielles, cutanées et sous-cutanées, mais encore celles qui, incluses, à la vérité, dans la région parotidienne, n'ont pas pris naissance aux dépens de la glande, telles que les fibro-chondromes branchiaux, les kystes dermoïdes, les tumeurs des ganglions parotidiens, les lipomes périparotidiens.

Dans l'épaisseur de la glande, des tumeurs peuvent se développer, aux dépens des vaisseaux, du tissu conjonctif d'une part, de l'élément glandulaire d'autre part. Dans la première catégorie, se rangeront des angiomes, des lymphangiomes, des fibromes, lipomes, myxomes (Th. Minelle), et sarcomes purs (Rodriguez); dans l'autre, des kystes, des adénomes, des épithéliomes. Mais toutes ces tumeurs sont rares,

(1) AUG. BÉRARD, thèse de concours, 1841. — DOLBEAU, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1858. — KAUFMANN, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1881. — PEROCHAUD, thèse de Paris, 1884. — MICHAUX, thèse de Paris, 1883. — TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1891, t. I, p. 750. — RODRIGUEZ, thèse de Paris, 1890. — LE DENTU, *Etudes de clinique chirurgicale*. Paris, 1892. — MASSE, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1892. — VERGELY, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895. — J.-L. FAURE, *Gaz. des hôp.*, 1895. — R. VOLKMANN, *Deutsche Zeitschr. für chir. medicin.*, 1895. — MINELLE, thèse de Paris, 1896. — MIXTER, *Boston Med. Journ.*, 1896. — HARTMANN, *Soc. anat.*, 1895. — COYNE, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894. — MERMET, *Soc. anat.*, 1896.

très rares même; celles qu'on observe, et qui présentent une physionomie clinique à peu près toujours la même, sont des tumeurs complexes, où l'on trouve des éléments glandulaires plus ou moins typiques, et aussi du tissu conjonctif embryonnaire ou adulte, du cartilage, des fibres musculaires, de l'os, etc.

Ces tumeurs mixtes sont les tumeurs par excellence des glandes salivaires. En particulier, ce sont celles qu'on rencontre fréquemment à la parotide, si fréquemment même, qu'en pratique, c'est à elles qu'on aura affaire presque toujours.

On ne sera donc pas surpris, dans un traité élémentaire et pratique, de nous voir consacrer à ces néoplasmes la plus grande partie de cet article.

Nous dirons en outre quelques mots des *kystes salivaires*, des *angiomes glandulaires* et du *cancer de la parotide*.

I. Kystes salivaires. — Certaines glandes salivaires sont beaucoup plus exposées que les autres à devenir kystiques. Les lèvres, le plancher buccal, sont les sièges d'élection des kystes salivaires. Ils sont beaucoup plus rares au niveau du palais, du voile et des joues. Malgré son volume, la parotide leur donne rarement naissance. D'ailleurs ils sont absolument semblables à ceux qu'on observe dans les autres organes similaires. Ils contiennent un liquide filant, limpide, incolore, qui est d'origine salivaire, bien que sa composition ne soit pas identique à celle de la salive. Ils peuvent prendre naissance en tous les points de l'organe et acquérir des proportions assez considérables, devenir par exemple gros comme une noix ou un œuf. Dans certains cas, on aurait constaté une légère augmentation de volume au moment des repas, mais ce fait me paraît difficile à accepter, car il est contraire à tout ce que nous savons des autres kystes du même genre. Par contre, il n'a rien que de fort naturel, quand il est noté à propos de poches salivaires, consécutives à la division ou à l'oblitération du canal de Sténon.

L'évolution de ces kystes est là, comme ailleurs, parfaitement indolente, et s'effectue avec lenteur, sans incommoder le malade, autrement que par la saillie disgracieuse qu'ils font quand leur volume est assez considérable.

Dans les régions où le kyste, couvert par une simple muqueuse, se laisse explorer facilement, on reconnaît sans peine sa nature liquide à la fluctuation qu'on y perçoit. En outre une teinte spéciale due à la transparence des enveloppes, laisse peu de doute sur son origine salivaire. Il n'en est pas de même ici. La fluctuation est sans doute facile à percevoir quand le kyste est superficiel. Il n'en est pas de même quand il est profond et couvert d'une couche glandulaire assez épaisse. La présence de l'aponévrose parotidienne, épaisse et tendue, augmente les difficultés, et cette exploration peut être complètement négative, malgré la nature liquide de la tumeur. Quant à la