

CLINIQUE
MÉDICALE

PAR LE DOCTEUR

NOËL GUENEAU DE MUSSY

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE, DE LA SOCIÉTÉ DES HOPITAUX
MEMBRE HONORAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE BELGIQUE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA *British medical Association*, DES ACADÉMIES D'ATHÈNES, DE MOSCOU
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BORDEAUX, ETC., ETC.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

TOME SECOND



BIBLIOTECA

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1875

Tous droits réservés.

000200

SH
RC 46
6784
t. 2



BIBLIOTHECA

PARIS
ADRIEN DELAUNAY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

000500

DEUXIÈME VOLUME

DISCIPULIS MEIS

qui mihi,
juventutis jucundi socii,
maturæ ætatis amici,
labentium annorum gaudium et solamen
fuerunt.

στ' ἐγὼ νέων ὁμίλων
ἐσορῶ πάρεστιν ἦθα.

CLINIQUE MÉDICALE

DU PHLEGMON PAROTIDIEN (1)

Sommaire. — Définition. — Conditions morbides dans lesquelles le phlegmon parotidien se développe. — Considérations anatomiques sur la loge parotidienne. — Terminaisons par suppuration, par délitescence. — Pronostic. — Gravité habituelle de cette affection. — Diagnostic différentiel, oreillons. — Traitement chirurgical. — Incision de la gaine parotidienne. — Procédé opératoire. — Soins consécutifs. — Traitement interne. — Observations cliniques suivies de réflexions.

MESSIEURS,

Je donne le nom de *phlegmon parotidien* à l'affection plus habituellement désignée sous le nom de *parotide*. Elle est caractérisée par la tuméfaction inflammatoire de la glande de ce nom; l'inflammation semble débiter par le tissu connectif interposé entre les acini, et envahit ensuite les éléments sécréteurs.

Le phlegmon parotidien ne saurait être confondu avec les oreillons, qui ont été également appelés *parotides* par quelques médecins. Les oreillons constituent une maladie contagieuse, épidémique, dont le gonflement de la parotide est la manifestation principale, mais qui peut envahir simultanément ou même exclusivement les autres glandes salivaires; le travail morbide peut même se porter sur d'autres organes sécréteurs, comme les testicules, les mamelles, les ovaires, etc.

Les oreillons, comme l'a si judicieusement remarqué Trousseau,

(1) Leçon publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (nos 40-43. — 1868).

offrent les plus grandes analogies avec les fièvres éruptives; et si mes observations personnelles ne m'ont pas fait illusion, ce rapprochement deviendrait plus étroit encore par la coexistence d'un état congestif, avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieure de la voûte palatine, et qui m'a paru constituer un véritable enanthème, et être sur le système tégumentaire la manifestation de cette maladie (1).

Le phlegmon parotidien se développe habituellement dans le cours d'autres maladies, et surtout des maladies graves à formes adynamiques: on l'observe dans le déclin des fièvres typhoïdes, des fièvres éruptives, des dysentéries, des pneumonies; quelquefois il se montre en même temps que les érysipèles, et se trouve imputable aux mêmes conditions pathogéniques. Quand il paraît primitif, je l'ai vu toujours précédé de troubles sérieux dans la santé; il se développe chez des sujets débilités, maladifs. Je ne connais pas une seule observation où il ait paru d'emblée au milieu d'une santé florissante. Cependant, à ces conditions générales de l'organisme, certaines causes occasionnelles peuvent servir d'auxiliaires, et déterminer l'action morbide dans la glande parotide: ainsi une de mes malades avait eu la joue exposée, pendant une soirée, à un courant d'air froid; elle en avait senti l'impression, et ce fut presque immédiatement après que des douleurs éclatèrent, bientôt suivies de tuméfaction dans cette région. — Une autre, atteinte de périmétrite puerpérale, avait été mercurialisée; les deux parotides s'étaient tuméfiées, puis l'action morbide s'était localisée dans celle du côté gauche; il n'est pas inadmissible que la fluxion produite par le mercure sur les glandes salivaires ait pu favoriser l'inflammation phlegmoneuse qui lui a succédé.

Dans la plupart des cas que j'ai observés, l'intervention de causes occasionnelles n'a pu être constatée, et les conditions morbides très-graves dans lesquelles cette affection s'est développée dominaient et effaçaient toutes les causes banales auxquelles on aurait pu l'attribuer; ces conditions morbides impriment certainement un cachet propre aux

(1) Dernièrement encore, je retrouvais ces caractères dans trois cas d'oreillons, dans l'un desquels la tuméfaction des glandes sous-maxillaires et des glandes sublinguales remplaçait la tumeur parotidienne; la muqueuse palatine était boursoufflée, blafarde, comme si elle avait été macérée; les rides qu'elle présente en avant étaient exagérées, très-saillantes; les bords de la langue festonnés, conservaient l'impression des dents.

symptômes qui accompagnent le phlegmon parotidien; elles peuvent en modifier la marche et les symptômes, qui peuvent varier suivant les caractères, la période d'évolution de la maladie à laquelle vient s'ajouter cette complication, suivant aussi les dispositions individuelles. Ainsi, chez deux malades dont J. L. Petit nous a rapporté l'histoire, et qui étaient affectés de fièvres malignes, le phlegmon parotidien fut accompagné, dans un cas, de phénomènes convulsifs, de délire, de grincements de dents, et dans l'autre, d'un état comateux; et ces accidents ne disparurent qu'après l'ouverture de l'abcès. Mais, outre ces manifestations, qui varient, je le répète, suivant la maladie dont le phlegmon parotidien est un épiphénomène, il en est qui dépendent des conditions anatomiques de la glande, qui sont constantes et deviennent une source d'indications.

La parotide est renfermée dans une gaine aponévrotique à peu près inextensible comme tous les tissus fibreux, et dans cette gaine, en rapport avec les acini de cette glande, se trouvent des vaisseaux et des nerfs importants, tels que la carotide interne et le nerf facial; au devant de l'aponévrose passent la veine jugulaire et des rameaux du plexus cervical; en avant, la parotide embrasse la branche verticale du maxillaire inférieur; en arrière, elle appuie sur le conduit auditif; en dedans, elle s'enfonce vers le pharynx et les muscles styliens; dans ce point, au niveau de l'apophyse styloïde, la cage aponévrotique est interrompue, et la glande se trouve en rapport médiat avec les muscles pharyngiens, dont la sépare un peloton de tissu connectif.

La disposition anatomique que nous venons d'indiquer est importante à connaître, car elle nous fait prévoir l'extrême gravité du phlegmon parotidien, et elle fournit à la thérapeutique des indications précieuses. On comprend que la tuméfaction inflammatoire amène rapidement des accidents d'étranglement dans cette glande, dont l'expansion est limitée par la résistance de son enveloppe fibreuse. Les nerfs et les vaisseaux renfermés dans cette gaine aponévrotique subissent une compression considérable, cause de violentes douleurs et de troubles circulatoires manifestés par la congestion des parties auxquelles se distribuent les vaisseaux comprimés.

La tumeur phlegmoneuse tend à se porter vers le pharynx, au défaut de la gaine aponévrotique; elle en repousse la paroi, fait saillie dans la bouche et gêne la déglutition; les mouvements de la mâchoire sont très-douloureux et très-limités; les malades peuvent à peine écarter les arcades dentaires; le conduit auditif comprimé s'enflamme par voisi-

nage, et cette complication ajoute encore aux souffrances déjà si cruelles qu'éprouve le malade. Dès le début des accidents, le tissu cellulaire de la joue et des paupières s'infiltré de sérosité; la conjonctive est injectée; la peau est d'un rouge vineux, violâtre; les lèvres sont turgescents, renversées en dehors; la bouche reste entr'ouverte, et le malade n'avale qu'avec une extrême difficulté et au prix de vives douleurs. Si l'on parvient à écarter les mâchoires, ce qui est quelquefois impossible, on aperçoit la saillie latérale du pharynx qui rétrécit l'isthme du gosier; toute la région parotidienne est tuméfiée, et donne au toucher la sensation d'un œdème superficiel et d'une élasticité profonde; elle est le siège de douleurs lancinantes qui arrachent au malade des plaintes continues; ces douleurs sont accompagnées de jactitation, d'insomnie, d'inappétence, quelquefois de désordres cérébraux. En général, un frisson accompagné de céphalalgie ouvre la scène morbide; il est suivi de réaction fébrile, qui, si la parotide survient dans le cours d'une maladie aiguë, ranime ou augmente la fièvre qui l'avait précédée; l'appétit est, ordinairement, nul; la soif est vive, et ne peut être satisfaite qu'au prix d'un redoublement de souffrances; des frissonnements erratiques ou des frissons plus intenses accusent le travail phlegmoneux, qui, au bout de deux ou trois jours, a envahi tout le tissu glandulaire; l'œdème, la rougeur, les élancements, l'accentuent davantage. Souvent la fluctuation demeure obscure, alors que le pus est déjà collectionné. Arrivée à cette période, ainsi que l'a observé J. L. Petit, la tumeur peut, en quelques heures, faire une saillie considérable sous la peau, et la fluctuation se prononcer alors avec une grande netteté; l'aponévrose s'est éraillée, et le pus s'est répandu sous les téguments. Le plus souvent, au lieu de suivre cette voie, le pus se crée une issue au dehors par le conduit auditif: soit qu'il éraille le tissu cellulo-fibreux qui unit au rocher le cartilage du conduit auditif, soit qu'il pénètre par les fissures de Santorini. Il est rare, si je dois m'en rapporter à mes observations personnelles, que cette ouverture soit suivie de guérison: le foyer mis en contact par sa partie supérieure avec l'air extérieur ne se vide qu'incomplètement et avec peine; le pus que les lois de la pesanteur entraîne dans une autre direction fuse vers le pharynx, vers la fosse ptéridienne, ou bien, détruisant en bas l'enveloppe aponévrotique de la glande, il pénètre derrière le sterno-cléidomastoïdien, et peut descendre dans la poitrine, comme on en a cité des exemples.

Il peut encore, suivant la branche horizontale de la mâchoire, se di-

riger vers le menton, et former des collections multiples sous le *fascia superficialis*. Mis en contact avec l'air, il peut s'altérer, devenir fétide, et donner lieu à des accidents d'infection putride. J'ai vu à la suite de pneumonies et de fièvres typhoïdes succomber plusieurs malades chez lesquels le foyer s'était ouvert dans l'oreille, et ces observations m'ont conduit à adopter la méthode des incisions prématurées ou hâtives.

En général, l'inflammation paraît, avons-nous dit, débiter par le tissu connectif interglandulaire, mais elle finit par envahir les éléments sécréteurs; et alors en comprimant la tumeur on fait sourdre du pus par l'orifice du canal de Sténon. Dans des cas plus heureux, l'inflammation phlegmoneuse se termine par résolution. Chez la malade dont j'ai parlé, qui avait été mercurialisée, le phlegmon parotidien a avorté d'un côté, dans la parotide droite, qui avait été affectée la première, et puis la gauche fut envahie à son tour et suppura.

Les anciens auteurs ont beaucoup parlé de la terminaison par délitescence, dans laquelle la tumeur s'affaisse tout à coup, et bientôt surviennent des accidents très-graves et ordinairement mortels. On a le droit de se demander si l'on n'a pas pris l'effet pour la cause, si cet affaissement de la tumeur inflammatoire n'a pas été, comme celui qui survient dans les varioles malignes, le signe d'une dépression profonde des forces, de l'anéantissement de cette faculté réactionnelle, qui est l'expression de la résistance vitale, bien plutôt que la cause des troubles fonctionnels graves dont ce phénomène a été l'avant-coureur.

Les anciens distinguaient encore, depuis Hippocrate, les parotides en *symptomatiques* et en *critiques*.

La *parotide symptomatique* est très-fâcheuse, dit Baglivi, *car tous ceux qui en sont affectés succombent*. Les *parotides critiques* sont favorables; mais il explique ensuite naïvement qu'il appelle symptomatiques toutes celles dans lesquelles les symptômes persistent et s'aggravent après le développement du phlegmon parotidien, de sorte que cette distinction n'est pas fondée sur les conditions pathogéniques de la maladie, mais sur son issue.

Tous les auteurs sont d'ailleurs d'accord sur la gravité habituelle de cette affection, et cette gravité du pronostic serait plus absolue, si beaucoup n'avaient pas confondu les oreillons et le phlegmon parotidien, comme il appert de ce passage d'Hippocrate: « *Parotis epidemica benigna, laza, alba, magna, fusa, citra inflammationem.* »

La diffusion, le volume rapidement considérable de la tumeur, l'absence des phénomènes inflammatoires très-accentués, sont caractéristi-

ques des oreillons ; il les distingue par là des phlegmons parotidiens, qu'il appellera ailleurs : *parotides rubrae et nimium dolorosae sive participes sive expertes suppurationis periculosae* ; voilà bien les traits distinctifs de la maladie qui nous occupe. La suppuration, malgré ses dangers, et Hippocrate cite dans les *Épidémies* deux malades qui y ont succombé, en offre moins que la gangrène, et c'est à celle-ci que s'applique probablement cette prognose : *Si les parotides ne suppurent pas, la mort survient, à moins qu'elles ne se jugent par de la diarrhée bilieuse, par de la dysentérie, par des urines sédimenteuses ou par des abcès dans d'autres parties du corps*. Ceci est beaucoup plus éloigné des idées modernes, mais ne doit peut-être pas être condamné sans appel : l'urologie a montré, pendant la solution de certaines maladies, l'apparition dans l'urine de dépôts uriques ou albumineux, qui témoignaient d'une élimination de matières protéiques produites ou altérées par la maladie ; et l'apparition d'une diacrise intestinale peut très-bien faire dérivation à une fluxion inflammatoire développée dans un autre appareil organique. Les modernes sont plus explicites sur le pronostic de la parotide quand elle survient dans le cours des fièvres graves, des dysentéries, des fièvres éruptives, des pneumonies. La CLINIQUE de Trousseau affirme en plusieurs passages l'extrême gravité de cette complication. Cette gravité, dont j'avais été témoin, m'a porté à modifier la médication généralement adoptée : admettant comme des faits établis par l'observation que le travail de suppuration marche avec une extrême rapidité dans le phlegmon parotidien, que le pus est déjà infiltré, et quelquefois même en partie collectionné dans la glande avant qu'on s'aperçoive une fluctuation très-caractérisée ; sachant d'ailleurs que l'ouverture spontanée par le conduit auditif était très-fâcheuse, et que la gangrène pouvait être la conséquence fatale de la temporisation, je pris la résolution d'inciser la gaine parotidienne dès que les phénomènes généraux, l'empâtement œdémateux, la rougeur des téguments, l'extrême violence des douleurs, et cette élasticité particulière qui est comme le premier degré de la fluctuation, m'auraient averti que la suppuration se formait. J'eus le bonheur de voir cette opération couronnée de succès chez une première malade, dont je rapporterai plus loin l'observation, et qui était placée dans les conditions les moins favorables ; depuis lors, je l'ai vue quatre fois réussir chez des malades confiés à mes soins ; deux ont été opérés par moi, et deux autres par mon ami le docteur Richet, qui m'a dit avoir, de son côté, et déterminé par les mêmes motifs, depuis longtemps déjà adopté la même méthode. Ces cinq succès, comparés aux désastreux effets de l'expectation, m'ont con-

vaincu que cette expectation était une très-mauvaise pratique, et que le pronostic des phlegmons parotidiens eût été formulé dans des termes moins désespérants si l'on avait eu plus souvent recours au débridement hâtif.

Du reste, cette méthode n'est pas nouvelle ; je lisais ces jours-ci un passage de Celse, qui s'exprime ainsi : « *Modo in secunda valetudine inflammatio orta (ceci s'applique probablement aux oreillons) modo in adversa valetudine post longas febres, illuc impetu morbi converso ; illud inimicum est ; maturarique et quam primum aperiri commodius est* » ; et Baglivi, longtemps après, répétait le même précepte dans des termes plus explicites encore : « *Ob metum graviorum malorum expectari non potest suppuratio ; candenti ferro statim urenda, et ita procuranda statim suppuratio et exitus maligno humori, ne morâ raptum faciat ad caput et vicinas partes ac suffocet.* »

Quelle que soit la valeur du procédé opératoire, l'indication est nettement posée ; la solution de cette question pratique a occupé plusieurs médecins du XVIII^e siècle ; ainsi, parmi les thèses de la Faculté de Paris, nous en voyons une de Baron en 1744, qui a pour titre : « *An omnes ante maturitatem parotides aperiendæ ?* » En 1768, Lebègue de Presle prenait pour sujet de dissertation : « *Ergo omnes ante maturitatem parotides aperiendæ.* »

Pour pratiquer cette opération, il faut faire une grande incision parallèle à la branche de la mâchoire et n'intéressant que la peau, en évitant les grosses veines et les branches transverses du plexus cervical ; on gratte ensuite l'aponévrose avec la pointe du bistouri au-dessous de la partie moyenne de la glande, et par conséquent au-dessous de la branche terminale du nerf facial ; on glisse alors la sonde cannelée de haut en bas sous l'aponévrose, qu'on coupe lentement sur cette sonde ; on peut, avec le bec de celle-ci écarter doucement les acini superficiels pour favoriser l'issue du pus, mais je crois inopportun de les déchirer profondément. Pour moi, je m'abstiens ordinairement de toucher à la glande ; si le pus ne sort pas en nappe, on en voit toujours quelques gouttelettes mêlées au sang qui s'écoule ; il faut introduire dans la plaie une mèche épaisse pour prévenir l'adhésion prématurée de ses lèvres, et on la recouvre de cataplasmes laudanisés ; le malade doit garder le lit, la tête presque horizontale et inclinée du côté affecté. Chez deux malades qui restèrent assis dans leur lit, qui se levèrent prématurément, j'ai vu survenir des fusées purulentes qui se sont étendues jusqu'aux attaches inférieures du sterno-cléidomastoïdien, ont menacé la poitrine,

et ont exigé chez l'un d'eux, en se reproduisant, quarante contre-ouvertures, tandis que deux ont suffi, chez l'autre, pour remédier à ces accidents; il ne s'est pas produit chez trois malades qui ont été soumis à mes prescriptions, et qui sont restés dans le décubitus horizontal jusqu'à la période de réparation.

Quand la parotide tuméfiée s'affaisse et se rétracte, l'ouverture cutanée peut être séparée du foyer par une épaisseur considérable de tissus infiltrés de sérosité et de matières plastiques; obéissant aux lois de la pesanteur, le pus presse sur le fond du foyer et le déprime; il pèse sur la membrane pyogénique, qui le limite inférieurement; il peut finir par la perforer; il fuse alors dans des directions diverses, et vient former sous les téguments des collections à trajets sinueux dans les points où le *fascia superficialis* a cédé à ses efforts. Ces collections peuvent s'ouvrir spontanément à travers la peau amincie, quelquefois par des ouvertures multiples. Il faut, avons-nous dit, après le débridement, maintenir les lèvres de la plaie écartées pendant plusieurs jours à l'aide de mèches de charpie; on reviendrait plus tard à leur emploi si le travail cicatriciel menaçait de rendre trop étroite la voie laissée à l'écoulement du pus.

Dans le cas où une contre-ouverture devient nécessaire, il est utile de la réunir à la première incision par un séton ou par un drain quand la distance qui les sépare n'est pas trop considérable, et quand la direction du trajet fistuleux permet d'opérer cette réunion sans violence.

Le traitement interne sera subordonné aux indications fournies par l'état morbide, dont le phlegmon parotidien est un épiphénomène; les toniques seront souvent indiqués, car, en général, ce phlegmon se développe dans des organismes débilités et dans des maladies à formes adynamiques. Il sera nécessaire de soutenir et de réveiller, au besoin, l'activité des organes digestifs. Les calmants seront opposés aux douleurs et à l'insomnie; on en restreindra l'usage interne dans les limites du strict nécessaire, pour ne pas affaiblir l'activité de l'estomac.

Après la cicatrisation reste une induration des tissus enflammés qui peut gêner les mouvements du cou, s'il y a eu des trajets fistuleux; des onctions avec une pommade faiblement iodurée, de légers massages, des bains alcalins hâtent la résolution et assouplissent les muscles rigides.

Après avoir indiqué les principes généraux qui doivent régler le traitement du malade après l'incision, nous dirons quelques mots des accidents auxquels cette opération peut donner lieu.

Je ne parlerai pas de la lésion de la carotide et de ses divisions, qu'on peut toujours éviter.

On peut également éviter le nerf facial, dont la section entraînerait la paralysie de la face; mais l'inflammation peut envahir le névrilème de ce nerf, et déterminer une contraction des muscles de la face, que Jean-Louis Petit a vu persister pendant plusieurs mois. Cet illustre chirurgien s'était demandé si cette contraction ne dépendrait pas de la section de petits rameaux du nerf facial, quoique, ajoute-t-il, il semble que cette section devrait produire une paralysie.

En parlant des phénomènes consécutifs à la suppuration, nous avons dit que le pus se dirigeait très-souvent vers le conduit auditif, quelquefois vers le tissu connectif sous-cutané, c'est-à-dire vers la périphérie, tandis que l'interruption de l'aponévrose parotidienne semblerait devoir favoriser la communication du foyer avec la cavité pharyngienne; mais la structure musculeuse du pharynx, la disposition des artères qui l'alimentent, lui donnent des conditions de résistance supérieures à celles de l'aponévrose et de la peau. On trouve là, d'ailleurs, l'expression d'une loi générale en vertu de laquelle la suppuration développée dans la profondeur des tissus tend à se porter au dehors, soit directement à travers la peau, soit indirectement par l'intermédiaire des organes creux qui communiquent avec l'extérieur. Plus rarement les foyers purulents s'ouvrent dans les cavités séreuses qui se ferment au devant d'eux par adhérence de leurs parois opposées (1).

(1) Cette migration du pus et des corps étrangers vers l'extérieur a frappé les anciens observateurs. Hunter s'est contenté de la signaler comme une manifestation des causes finales et des efforts conservateurs de l'organisme. Je suis convaincu que l'organisme a en lui la puissance non-seulement de former et de renouveler les organes pour une génération incessante, mais de lutter contre les causes qui peuvent troubler ses harmonies fonctionnelles, de tendre à éliminer les substances qui lui sont nuisibles et à limiter le mal par ses produits mêmes. Mais la physiologie ne s'arrête pas à une stérile contemplation des faits vitaux; elle doit rechercher par quels moyens la nature réalise ses fins et s'efforcer d'arriver aux formules générales ou aux lois qui régissent ces faits. Ainsi Hunter, en proclamant les causes finales, n'a fait que poser le problème sans le résoudre.

Le docteur Palmer, son commentateur, fait remarquer avec raison que les parties centrales, constituées par des os et par des plans musculaires, offrent une résistance supérieure à celle des parties périphériques. La collection purulente exerce sur les parois de son foyer une pression qu'augmentent par intervalles les contractions des muscles voisins. Elle doit se porter du côté le moins résistant, c'est-à-dire vers la périphérie. Les battements des artères situées au-dessous d'elles agissent dans le même sens: l'effort diastolique, qui se brise contre les plans profonds, se porte vers la surface. Je