

pendant les efforts. Leur marche est fort lente; elles peuvent s'enflammer et se transformer en un kyste séro-sanguin isolé.

Dolbeau, par crainte de l'infection purulente survenue après une ponction dans un cas de Nélaton, voulait qu'on s'abstint de tout traitement. On a eu recours aux injections de perchlorure de fer, aux cautérisations, à l'électrolyse; mieux vaudrait, si l'on se décide à intervenir, recourir franchement à l'extirpation, la forcipressure mettant aujourd'hui à l'abri de l'hémorragie.

E. — LIPOMES DU PLANCHER BUCCAL

Signalées au niveau du plancher buccal par Marjolin, Dupuytren, J.-B. de Landeta, ces tumeurs ont été improprement décrites sous le nom de *grenouillettes graisseuses*.

DE LANDETA (J.-B.), *Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales*. Thèse de Paris, 1865, n° 4.
— CHURCHILL, Fatty tumour simulating ranula. *Transact. of the path. Soc.*, London, 1872, t. XXIII, p. 255. — MONOD (Ch.), Lipome du plancher de la bouche. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1881, nouv. série, t. VII, p. 365.

Les lipomes du plancher buccal se rapprochent beaucoup des kystes dermoïdes, mais sont beaucoup plus rares, ont une marche lente et continue, tendent à se développer du côté du cou plutôt que vers la bouche. De Landeta signale à leur niveau une teinte jaunâtre de la muqueuse, qui manquait dans un cas de Ch. Monod. La sensation perçue par le palper est une sensation de fausse fluctuation, de tumeur liquide très distendue.

Le seul traitement est l'extirpation au bistouri qu'on fera lorsque la tumeur deviendra gênante par son volume.

F. — TUMEURS MALIGNES DU PLANCHER BUCCAL

Le plancher buccal peut être envahi par des tumeurs malignes nées dans les organes voisins (langue, maxillaire inférieur); il peut être le point de départ des lésions. Seuls les néoplasmes, nés dans la région, nous arrêteront.

DE LANDETA (J.-B.), *Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales*. Thèse de Paris, 1865, n° 4.
— BRADY, On a case of sublingual tumour, etc. *Medical Times and Gaz.*, London, 1867, t. I, p. 386. — VERNEUIL, Épithélioma des glandes sublinguales. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1871, 2^e série, t. XII, p. 225. — SPENCE, Sublingual canceroid ulcer; operation; recovery. *The Lancet*, London, 1875, t. I, p. 858. — MARGNAT (A.-F.), *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale considéré surtout au point de vue du traitement*. Thèse de Paris, 1877, n° 152. — BRYANT, Two cases of epith. of the tongue and one of epith. of the floor of the mouth. *The Lancet*, London, 1878, t. I, p. 827. — LARRIEU (L.), *Contribution à l'étude de l'épithélioma du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1879, n° 506. — ZEISSL, Eine noch nicht beschriebene Geschwulst der Sublingualdrüse. *Stricker's med. Jahrb.*, Vienne, 1882, t. II, p. 497. — FAURE, *De l'épithélioma du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1885-1884, n° 245. — FEUILLETAUD, *Du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1885-1886, n° 152. — RICHEL, Cancroïde ulcéré du plancher buccal. *France méd.*, Paris, 1886, t. II, p. 1515.

Étiologie. — L'épithélioma du plancher buccal se montre surtout de cinquante à soixante ans et presque exclusivement chez l'homme : 15 fois sur 16 (P. Faure). Les diverses irritations locales, invoquées à propos du cancroïde de la langue, trouvent ici leur place comme causes prédisposantes.

Anatomie pathologique. — La maladie débute par la muqueuse de la région, peut-être quelquefois, ce serait même la règle pour Verneuil, par les glandes sublinguales.

En tout cas, très rapidement l'affection envahit les glandes sublinguales; elle s'étend même plus loin, dans les ganglions, dans la glande sous-maxillaire, et se propage, d'autre part, au maxillaire inférieur.

Histologiquement, on trouve soit un épithélioma pavimenteux lobulé, soit un épithélioma tubulé, soit même un épithélioma à la fois tubulé et lobulé, comme le fait a été observé par Suchard dans une autopsie.

Symptômes. — Le début a lieu généralement par une petite tumeur verruqueuse, de la grosseur d'un pois, dure, indolente, ne révélant sa présence que par un peu de gêne dans les mouvements de la langue; dans quelques cas, la maladie commence par une petite fissure linéaire à base indurée.

Rarement le chirurgien est appelé à cette période; le plus souvent, lorsque le malade se présente à lui, il existe déjà un ulcère linéaire, en forme de tranchée, reposant sur une base dure qui constitue la tumeur; l'induration s'étend souvent au loin et comprend le périoste du maxillaire inférieur dans une étendue variable, les ganglions et même la glande sous-maxillaire.

La *marche* est beaucoup plus rapide que celle de l'épithélioma lingual et la récurrence presque constante (A. Verneuil).

Aussi faut-il, lorsqu'on intervient, faire des opérations larges et même réséquer une étendue plus ou moins grande du maxillaire inférieur.

CHAPITRE II

MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques des glandes salivaires ne présentent d'intérêt qu'au niveau de la région parotidienne; elles atteignent, suivant les cas, la glande ou son canal excréteur.

PERCY, *Bull. de la Faculté de méd.*, 1811, n° 3. — DENONVILLIERS et GOSSELIN, *Compendium de chir. prat.*, Paris, 1861, t. III, p. 799. — BOYER, *Traité des maladies chir.*, 4^e édit., Paris, 1851, t. VI, p. 252. — THORNLEY STOCKER, On the re-establishment of a divided salivary duct. *Dublin Journ. of med. sc.*, 1882, t. LXXIII, p. 8. — LEGUEST, *Traité de chir. d'armée*, 1^{re} édit., Paris, 1865, p. 582; 2^e éd., 1872, p. 280.

A. — PLAIES DE LA GLANDE PAROTIDE

Les plaies de la parotide sont importantes non seulement parce qu'elles inté-

ressent la glande, mais aussi parce que souvent elles atteignent, en même temps, des organes importants, vasculaires ou nerveux, qui la traversent.

A part certains cas où la plaie large et béante permet de constater *de visu* les lésions, il n'est le plus souvent pas facile de dire, en présence d'une plaie de la région parotidienne, si la glande est intéressée ou non. L'absence de notion sur la profondeur à laquelle a pénétré l'instrument vulnérant, l'existence d'une hémorragie qui empêche la constatation de l'écoulement salivaire, puis celle de la suppuration qui se mélange aux produits de sécrétion de la glande, lorsque la plaie n'est pas restée aseptique, sont autant d'obstacles au diagnostic. Aussi doit-on souvent se fonder, pour y arriver, sur des signes secondaires, tels qu'une plus grande abondance des liquides de la plaie au moment des repas.

Les lésions nerveuses du facial, de l'auriculo-temporal, des branches du plexus cervical superficiel, s'accompagnent de paralysies motrices ou sensitives qui permettent de les préciser très exactement. Celles des vaisseaux sont graves, les plaies de la région parotidienne pouvant atteindre des artères volumineuses et profondes (carotides, maxillaire interne, temporale superficielle, etc.). L'instrument vulnérant pouvant, en même temps qu'il lèse une artère, atteindre un des nombreux rameaux veineux qui vont soit à la jugulaire interne, soit à l'externe, on comprend que ces plaies aient été quelquefois suivies du développement d'anévrysmes artério-veineux.

Afin d'éviter la formation d'une fistule salivaire, on devra, toutes les fois qu'on soupçonnera une lésion de la glande, fermer la plaie par une suture, aussi exactement que possible, et imposer au malade le repos et le silence.

On excisera les bords de la plaie lorsqu'ils seront contus et l'on en pratiquera ensuite de même la réunion. Cette conduite a permis d'obtenir, dans bien des cas, la guérison complète sans fistule.

Lors d'hémorragie abondante, le traitement présente plus de difficultés. La recherche des deux bouts du vaisseau au fond d'une plaie profonde, dans un tissu dense, serré et vasculaire, est, comme l'a fait observer Marjolin, des plus délicates. Aussi comprend-on qu'un certain nombre de chirurgiens, en présence d'hémorragies inquiétantes, aient eu recours d'emblée à la ligature de la carotide primitive. Cette ligature a même été insuffisante entre les mains de Marjolin, de Giroux, dont les malades sont morts d'hémorragie. Pour éviter le retour du sang par les anastomoses intra-crâniennes de la carotide interne, P.-H. Bérard conseille de lier la carotide primitive au voisinage de sa bifurcation, puis de jeter un fil sur une des carotides, interne ou externe, principe qu'adopte Richet dans les cas où la ligature de la carotide externe est impossible⁽¹⁾. Avant de recourir à ces moyens, il faudra, dans l'impossibilité de lier les deux bouts dans la plaie, chercher à arrêter l'hémorragie par la forcipressure à demeure, ce qui sera, croyons-nous, possible dans la majorité des cas.

B. — PLAIES DU CANAL DE STÉNON

Les plaies du canal de Sténon sont plus rares que celles de la parotide, le canal étant, dans une certaine mesure, protégé contre les traumatismes par la

⁽¹⁾ RICHET, *Anatomie médico-chirurgicale*, Paris, 5^e éd., 1877, p. 555.

saillie de la pommette. Elles sont le plus souvent produites par des instruments tranchants, quelquefois par des armes à feu. Vu le peu de volume du canal, la division est presque toujours complète.

Lorsque la plaie est large et profonde, que la joue est divisée dans toute son épaisseur, la plaie du canal est facile à reconnaître; mais ces conditions sont rarement remplies et, chez beaucoup de malades, la lésion passe tout d'abord inaperçue. Au bout de quelques jours seulement, l'écoulement de la salive par la plaie, — si celle-ci est restée ouverte, — ou, — si elle a été fermée, — la formation d'une tumeur salivaire permet le diagnostic.

La salive peut reprendre son cours normal par suite de l'abouchement du bout postérieur du canal dans la bouche (*fistule muqueuse*) ou par suite de la *cicatrisation du canal*. Celle-ci, regardée comme facile par Percy qui croyait fréquentes les plaies du canal de Sténon, semble au contraire rare, d'après la majorité des auteurs.

Les autres modes de terminaison sont : la formation d'une *fistule cutanée*⁽¹⁾, surtout fréquente dans les plaies qui n'ont intéressé qu'une partie de l'épaisseur de la joue; celle d'une *tumeur salivaire*, sorte de sac intermédiaire aux deux bouts du canal divisé, se remplissant à chaque repas et se vidant facilement par la pression du doigt; l'*oblitération du canal* qui a été suivie, dans un cas de Borel⁽²⁾, de quelques phénomènes inflammatoires subaigus, puis de l'*atrophie de la glande*, dans un autre de Baillarger, de la transsudation pendant les repas, de la sécrétion parotidienne à travers la peau (*éphidrose*)⁽³⁾.

Le traitement varie suivant les cas : dans les *plaies récentes* et nettes, telles que celles que produit un instrument tranchant, on réunira aussi exactement que possible les parties divisées, ayant soin d'éviter de prendre le canal dans une anse de fil. Si la plaie est irrégulière, contuse, et si l'on craint de voir manquer la réunion immédiate, on aura une autre ligne de conduite. Les plaies qui pénètrent dans la cavité buccale, exposant moins à la désunion de la suture et à la fistule cutanée, on complétera d'abord la perforation des plaies incomplètes et l'on ne suturera que le côté cutané de la joue. Cela n'est possible qu'à la région génienne; dans les plaies de la région massétérine on pourra, comme le conseille Kœnig, introduire dans les deux bouts du canal sectionné une sonde, sur laquelle on fera la suture. Il va sans dire que, dans tous les cas, la parole et la mastication seront défendues pendant les cinq premiers jours.

Dans les *plaies anciennes*, on place, si la joue est complètement perforée, un drain du côté muqueux pour déterminer la formation d'une fistule buccale permanente et l'on réunit le plan cutané. On a conseillé, dans les cas où la plaie n'intéresse qu'une partie de la joue, de commencer par compléter la division, puis d'agir comme dans le cas précédent.

Nous croyons que l'on se trouvera mieux de tenter tout d'abord le traitement suivi par H. Morris⁽⁴⁾ : ce chirurgien, cinq jours après une plaie de la joue, introduisit par la bouche un catgut dans le bout périphérique du canal de Sténon et le fit sortir par la plaie : pressant la parotide, il put, en faisant sortir

⁽¹⁾ Voy. plus loin : *Fistules salivaires*, p. 262.

⁽²⁾ BOREL, Plaie par arme à feu de la joue. Lésion du canal de Sténon. Fistule salivaire guérie par l'oblitération de ce conduit. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1859, p. 18.

⁽³⁾ Voy. plus loin : *Éphidrose parotidienne*, p. 315.

⁽⁴⁾ MORRIS (H.), Case of traumatic salivary fistula cured by passing a fine catgut bougie from the mouth along Stenon's duct. *Brit. med. Journal*, London, 21 février 1880, t. I, p. 282.

un peu de salive, découvrir le bout postérieur et y insinuer l'extrémité de son catgut; ayant ainsi régularisé le cours de la salive, il fit une suture entortillée par-dessus le tout et guérit son malade.

Le traitement des fistules salivaires définitivement constituées, des poches salivaires, de l'éphidrose, sera étudié plus loin. Disons toutefois que, dans certains cas, à la suite de plaies, il se produit des fistulettes passagères qui guérissent par quelques cautérisations légères faites avec le nitrate d'argent⁽¹⁾.

II

FISTULES SALIVAIRES

On désigne sous le nom de *fistules salivaires* des fistules cutanées communiquant avec l'appareil salivaire et laissant écouler la salive au dehors.

Ces fistules peuvent exister au niveau de la parotide ou au niveau du canal de Sténon.

DUPHOENIX, MORAND et LOUIS, Observations sur les fistules du canal salivaire. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, éd. in-4°. Paris, 1757, t. III, p. 451. — LOUIS, Nouvelles observations sur les fistules salivaires. *Ibid.*, éd. in-4°. Paris, 1774, t. V, p. 265. — DEGUISE, Nouveau procédé de traitement de fistules salivaires. *Bull. de la Faculté de médecine*, Paris, 1811, n° 2, p. 40. — Observation sur une fistule salivaire du canal de la glande parotide, etc. *Journal de méd.*, Paris, 1811, t. XXI, p. 271. — PERCY, Rapport sur une observation relative à un procédé particulier, etc., par M. Deguise. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1811, n° 1, p. 44. — DELHEZ, *Dissertation sur les fistules salivaires*. Thèse de Paris, 1811, n° 58. — ATTI, Del metodo di trattare le fistole salivari. *Op. scient. di Bol.*, 1818, t. III. — DUPONS (J.-A.), *Histoire du canal de Sténon et de ses fistules*. Thèse de Strasbourg, 1825. — CAPELLE, *Causes et symptômes des fistules salivaires*. Thèse de Paris, 1859, n° 524. — SCHMIDT, *Quelles sont les causes et les symptômes des fistules salivaires?* Thèse de Paris, 1845, n° 101. — CADOT (L.-F.), *Des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1872, n° 485. — LEBON, *Des fistules de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1879, n° 45. — MARTIN (E.), *Étude clinique sur le traitement des fistules du canal de Sténon*. *Revue de la Suisse rom.*, Genève, 1885, p. 449 et 497. — KAUFMANN, *Zur Behandlung der Speichelfistel*. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1885, t. XVIII, p. 286. — TUSSAN, *Fistules de la parotide*, etc. Thèse de Lyon, 1884-1885, n° 251. — PRIS, *Considérations sur les fistules du canal de Sténon et de leur traitement*. Thèse de Paris, 1885, n° 127. — MOLLIÈRE (D.), *Note sur la chirurgie des voies salivaires*. *Lyon médical*, 1887, t. LIV, p. 59. — DELARUE (E.), *Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires*. Thèse de Paris, 1895-1896, n° 88.

A. — FISTULES SALIVAIRES PAROTIDIENNES

Étiologie. — Les fistules salivaires parotidiennes sont souvent déterminées par les plaies accidentelles ou chirurgicales de la glande (ablation de tumeurs parotidiennes, opérations sur la branche de la mâchoire, etc.).

Rarement il s'agit d'une lésion superficielle telle qu'un abcès cutané ou sous-cutané, une ulcération syphilitique ou tuberculeuse qui envahit la glande.

Quelquefois ces fistules sont consécutives à l'ouverture d'abcès parotidiens, en particulier de ceux qui se développent autour de concrétions calculeuses contenues dans les granulations glandulaires. Pour D. Mollière⁽²⁾, il s'agirait

⁽¹⁾ MICHALSKI, Plaie de la joue, fistule salivaire du canal de Sténon, guérison sans fistule. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1882, nouv. série, t. VIII, p. 91.

⁽²⁾ MOLLIÈRE (D.), *Note sur la chirurgie des voies salivaires*. *Lyon médical*, 9 janvier 1887, t. LIV, p. 59.

souvent d'infections microbiennes ascendantes par le canal de Sténon. Au point où ce canal se divise se développeraient quelques phénomènes inflammatoires, de la oblitération momentanée de quelques canalicules, production de tumeurs salivaires par rétention, inflammation, puis ouverture à l'extérieur de ces tumeurs.

Symptômes. — Ces fistules se rencontrent dans tous les points de la région parotidienne; on les a même observées en dehors des limites de celle-ci, au niveau d'une fusée d'abcès parotidien, ou encore à la joue, par suite d'une lésion de la glande parotide accessoire. Elles sont, d'après D. Mollière, précédées par une tumeur salivaire à marche lente, à volume variable d'un jour à l'autre, tumeur très fluctuante et peu douloureuse. Pendant la période qui précède immédiatement l'ulcération, la tumeur est recouverte par une peau rouge et amincie, si bien que l'on peut croire à de petits abcès tuberculeux ou à des kystes sébacés enflammés. La tumeur ouverte spontanément ou par le chirurgien, la fistule est créée.

Pendant les premiers temps elle donne un liquide séro-purulent; plus tard le liquide devient transparent et s'écoule sous forme de petites gouttes transparentes; il est peu abondant lorsque le malade ne mange pas, sa quantité augmente pendant la mastication sans cependant jamais atteindre celle du liquide qui s'écoule des fistules du canal de Sténon. L'écoulement peut être temporairement arrêté par une tuméfaction inflammatoire des bords de la fistule, par un accès de fièvre. La fistule est le plus souvent unique, à orifice très petit, généralement au centre d'une fongosité ulcéreuse⁽¹⁾. Il n'y a pas de douleur, la peau avoisinante est ordinairement saine; on l'a vue exceptionnellement décollée, offrant une teinte rouge vineux.

Terminaisons. — Pronostic. — Ces fistules, si l'on en croit les auteurs du *Compendium*⁽²⁾, se terminent habituellement par l'occlusion spontanée. Après quelques semaines et, dans certains cas, après quelques mois de durée, l'orifice se resserre, fournit de moins en moins de liquide, puis disparaît; on l'a vu se rouvrir une ou deux fois, avant de se fermer définitivement. Le pronostic est donc beaucoup moins grave que dans les fistules du canal de Sténon.

Diagnostic. — Le diagnostic sera fait plus loin en même temps que celui des fistules du canal de Sténon.

Traitement. — L'excision des deux lèvres de la fistule et la réunion immédiate des bords de la solution de continuité, une autoplastie, sont des moyens auxquels on n'a guère recours dans les fistules glandulaires de la parotide.

La compression très vantée par Jobert, pour lequel c'était le seul moyen curatif⁽³⁾, est aussi délaissée. On se contente le plus souvent de quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, le thermo-cautère, etc. D. Mollière, se fondant sur les données physiologiques de Cl. Bernard, qui déterminait

⁽¹⁾ Dans une observation de CADOT (*Des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1872, n° 485), le malade avait cependant des fistules en pomme d'arrosoir.

⁽²⁾ A. BÉRARD, DENONVILLIERS et GOSSELIN, *Compendium de chirurgie pratique*. Paris, 1852 à 1861, t. III, p. 782.

⁽³⁾ JOBERT, *Fistules salivaires*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1858, 5^e série, t. III, p. 69.