

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<sup>(1)</sup>.

## 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<sup>(2)</sup>, il s'agirait

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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<sup>(1)</sup>. 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*<sup>(2)</sup>, 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<sup>(3)</sup>, 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

<sup>(1)</sup> 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.

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

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

l'atrophie du pancréas par l'injection de corps gras dans son intérieur, a entrepris de guérir des fistules salivaires parotidiennes par des injections d'huile aseptique dans le lobule malade; il a ainsi obtenu un succès. Dans des cas absolument rebelles, Fano, le professeur S. Duplay, ont créé une voie artificielle vers la bouche, ce qui n'est possible que si la fistule est très antérieure.

#### B. — FISTULES DU CANAL DE STÉNON

**Historique.** — Les fistules du canal de Sténon sont beaucoup plus importantes que celles de la glande. Elles semblent avoir été observées et décrites avant même que l'existence du canal ait été établie anatomiquement. A. Paré nous rapporte l'histoire d'un soldat, dont la plaie guérit en ne laissant « qu'un bien petit trou, près la conection de la mandibule inférieure à la supérieure, non plus grand qu'à mettre la teste d'une épingle, duquel luy sortait, en parlant ou maschant, grande quantité d'eau fort claire » (1).

La question ne fut toutefois bien posée et bien étudiée que par l'Académie de chirurgie, en particulier dans les mémoires de Duphœnix, de Louis et de Morand. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés, qui presque tous ont eu pour but de déterminer le meilleur traitement à opposer à ces fistules d'une guérison difficile.

**Étiologie.** — Sur 27 observations de fistules du canal de Sténon, rassemblées par E. Martin (2), 16 fois la fistule avait une origine traumatique (coup de feu, chute sur un corps tranchant, etc.), 11 fois elle résultait de l'évolution d'une affection pathologique antérieure, le plus souvent un abcès d'origine dentaire (7 cas), 3 fois un calcul (Lombard, Trélat), 1 fois un abcès causé par une arête (Dubois), 1 fois un épithélioma ulcéré (Le Fort).

**Symptômes.** — La fistule siège soit au niveau du masséter, soit au milieu de la joue, au niveau du buccinateur, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. Son orifice, ordinairement très étroit, est situé au centre d'une fongosité ou caché au milieu de tissus cicatriciels.

Il laisse passer presque continuellement un liquide clair, non visqueux. Peu abondant dans l'intervalle des repas, cessant même quelquefois complètement, il augmente considérablement pendant la mastication, au point d'obliger le malade à tenir constamment une serviette appliquée sur la joue. Duplessis a pu, dans ces conditions, recueillir en 18 minutes 88 grammes de salive, Duphœnix en 28 minutes 120 grammes.

Quelquefois le malade ressent un peu de sécheresse de la bouche du côté de la fistule, mais jamais ou presque jamais il n'y a de troubles de nutrition.

Dans quelques cas, il existe au niveau de la fistule une poche salivaire, sorte de tumeur plus ou moins volumineuse que la pression vide facilement. Ces cas correspondraient, d'après Lebon (3), à une situation particulière de l'orifice fistuleux, qui serait à un niveau supérieur à celui du canal, l'écoulement sali-

(1) A. PARÉ, *Édition Malgaigne*. Paris, 1840, t. VI, p. 86.

(2) MARTIN (E.), *Étude clinique sur le traitement des fistules du canal de Sténon*. *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1885, p. 448.

(3) LEBON, *Des fistules de la parotide et du canal de Sténon*. Thèse de Paris, 1879, p. 19.

vaire à l'extérieur étant alors plus difficile. D'après Jobert, ces poches se rencontreraient surtout dans les fistules massétérides d'origine traumatique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des fistules salivaires est facile.

On a dit qu'elles pouvaient être confondues avec des *fistules lymphatiques* de la région; mais, outre que celles-ci sont extrêmement rares, elles ne présentent pas d'augmentation de l'écoulement au moment des repas, et le liquide qu'elles laissent passer diffère de celui des fistules salivaires par sa coagulabilité et par l'absence de sulfocyanure de potassium.

La *fistule du canal de Sténon* se distingue de la *fistule glandulaire de la parotide* par les signes suivants : écoulement salivaire plus abondant par la fistule, absence d'écoulement par l'orifice buccal, constatation directe d'une oblitération du canal par l'exploration avec le stylet de Méjean introduit par l'orifice buccal, siège plus antérieur de la fistule. A part ce dernier signe, tous les autres se retrouvent pour permettre de distinguer la fistule du canal de Sténon de celle de la glande parotide accessoire.

**Pronostic.** — Le pronostic est sans gravité au point de vue de la vie; mais il s'agit là d'une infirmité pénible pour le malade, difficile à guérir et par là même plus importante qu'on ne serait porté à le croire tout d'abord.

**Traitement.** — Les procédés qui ne s'adressent qu'à la fistule, dans le but d'en déterminer l'occlusion directe (*cautérisation, compression, occlusion* avec une mince feuille d'or collée avec de la poix (Malgaigne), avec du collodion (Rodolphe, J. Champouillon), *suture* simple ou précédée d'avivement), ne peuvent donner de résultat que si le canal est resté perméable en avant de la fistule. C'est ce qui n'arrive malheureusement pas dans l'immense majorité des cas.

Aussi est-il absolument nécessaire de commencer par *rétablir le cours de la salive vers la bouche*, soit en rétablissant la voie naturelle par la dilatation du canal, comme l'ont fait avec succès Louis et Morand, soit en creusant de la fistule à la cavité buccale un canal artificiel, en créant, suivant l'expression de J.-L. Petit, une fistule interne destinée à remplacer la fistule externe.

Le *rétablissement du canal normal* n'est applicable que lorsque la partie antérieure du canal est simplement rétrécie. On introduit alors dans le canal de Sténon, soit par la bouche, soit par la fistule, un séton qu'on laisse en place pendant quelques jours (Morand), ou un fil qui sert à conduire un séton dont on augmente chaque jour le volume (Louis). Ce procédé infidèle et d'une exécution difficile est aujourd'hui abandonné. D. Mollière a eu toutefois des succès par le cathétérisme répété, précédé d'un débridement intra-buccal.

Aujourd'hui on a presque toujours recours à la *création d'une voie artificielle* vers la bouche. On a, dans ce but, imaginé des procédés nombreux que l'on peut ranger sous deux chefs : la ponction unique, la ponction double.

A. *Ponction unique.* — Cette ponction a été faite avec le fer rouge (Deroy), avec une alène de cordonnier (Monro), un trocart à hydrocèle (Desault). L'orifice ainsi créé a été maintenu dilaté avec un cordon de soie (Monro), un séton de charpie placé du côté buccal et maintenu avec un fil passant par l'orifice extérieur (Desault, Coutavoz), avec un fil de plomb dont le chef externe était engagé dans le bout postérieur du canal (Percy). Duphœnix s'était contenté d'introduire une canule dans le bout antérieur du trajet; dans la crainte de voir un mouvement de la joue amener la chute de la canule, Atti plaça à l'extrémité

externe de celle-ci un cordonnet de soie, qui, sortant par l'orifice fistuleux, venait s'attacher au bonnet du malade près de l'oreille.

M. L.-G. Richelot a proposé, en 1882 <sup>(1)</sup>, un nouveau mode de traitement, généralement décrit à tort par les auteurs comme un procédé à double ponction. Le principe est le même que dans les procédés à ponction unique. Richelot crée, en perforant obliquement la joue d'arrière en avant, de la fistule à la muqueuse buccale, un canal artificiel dans lequel il place un tube de caoutchouc dont l'extrémité antérieure sort par la bouche. Seulement, au lieu de

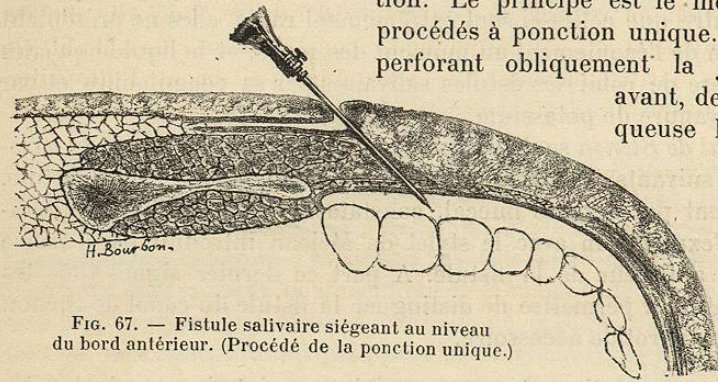


FIG. 67. — Fistule salivaire siégeant au niveau du bord antérieur. (Procédé de la ponction unique.)

laisser l'extrémité postérieure du tube dans la fistule, il plonge de nouveau le trocart dans la fistule, mais cette fois d'avant en arrière, et le fait sortir sur la joue à quelque distance de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive; c'est par cet orifice postérieur qu'il ramène l'extrémité postérieure de son drain. De cette façon, une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher.

Quel que soit le procédé utilisé, il est le plus souvent nécessaire de suturer la fistule après avivement, dès que le gonflement inflammatoire est tombé et que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative.

Dans quelques cas, la cicatrisation peut se faire spontanément après la suppression d'un tube à drainage placé de la fistule dans la bouche pendant quelques jours <sup>(2)</sup>, l'irritation causée par le tube déterminant une tendance à l'oblitération qui se ferait plus vite vers la peau que vers la muqueuse.

Nous rapprocherons enfin des procédés à ponction unique, le procédé de Langenbeck, qui consiste à disséquer le bout postérieur du canal de Sténon, à l'isoler, à le replier vers la cavité buccale, dont on incise la muqueuse, et à le maintenir dans cette position, en fermant la plaie extérieure avec une suture entortillée.

<sup>(1)</sup> RICHELLOT (L.-G.), *Fistule salivaire du conduit de Sténon, guérie par un procédé nouveau*. Rapport de M. Delens. *Bull. et mém. de la Société de chir.*, Paris, 1882, nouv. série, t. VIII, p. 532.

<sup>(2)</sup> POZZI (S.), *Fistule du canal de Sténon guérie par le simple passage et le séjour pendant trois jours d'un tube à drainage, passé directement à travers l'orifice cutané*. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1882, nouv. série, t. VIII, p. 547.

B. *Double ponction*. — De Guise, qui en a eu l'idée, faisait une double ponction de l'orifice fistuleux vers la muqueuse buccale, et, par les deux ouvertures, passait les deux extrémités d'un fil de plomb recourbé, dont les chefs, ramenés l'un vers l'autre, étaient dans la bouche et dont la partie moyenne convexe se trouvait dans le trajet, en regard de l'ouverture fistuleuse. Béclard, afin de sectionner plus rapidement le pont de muqueuse compris dans l'anse de fil, en tordit les bouts dans la cavité buccale et les serra progressivement. Pour éviter la cicatrisation des tissus autour de l'anse de fil, au fur et à mesure qu'ils sont sectionnés, tout

en conservant le principe, créer une voie large de la fistule vers la muqueuse, on a employé d'autres moyens plus rapides, tels que la section avec l'écraseur, avec un serre-nœud, avec un fil élastique,

avec le galvano-cautère; puis, une fois la plaie faite du côté de la muqueuse, on a eu recours, pour la maintenir béante, à des moyens divers, introduction d'une tige de laminaire, écartement quotidien des bords avec une sonde cannelée, etc.

Comme dans les méthodes à ponction unique, une fois la voie d'écoulement créée vers la cavité buccale, on fait l'avivement et la suture de la fistule extérieure.

Chacune de ces méthodes présente ses indications, qui dérivent du siège de la fistule par rapport au masséter (voy. fig. 67, 68 et 69).

Une dernière méthode proposée, pour amener la guérison des fistules salivaires, est celle qui cherche à déterminer l'atrophie de la glande. La *compression de la parotide*, proposée par Desault, est un moyen lent, douloureux et insuffisant. La *ligature du canal de Sténon* en arrière de l'orifice fistuleux a été proposée par Viberg, Callisen, Zang, Velpeau. Elle est théoriquement rationnelle, puisqu'on a vu l'atrophie survenir après l'oblitération spontanée du canal.

L'injection d'huile ou de teinture d'iode dans le canal de Sténon a donné chez le cheval des résultats inconstants entre les mains de Lafosse; comme la ligature du canal de Sténon, elle n'a jamais été employée chez l'homme.

### III

#### CORPS ÉTRANGERS

Les corps étrangers des voies salivaires sont rares, ce qui s'explique facilement par la difficulté de leur introduction dans des canaux d'aussi petites dimensions.

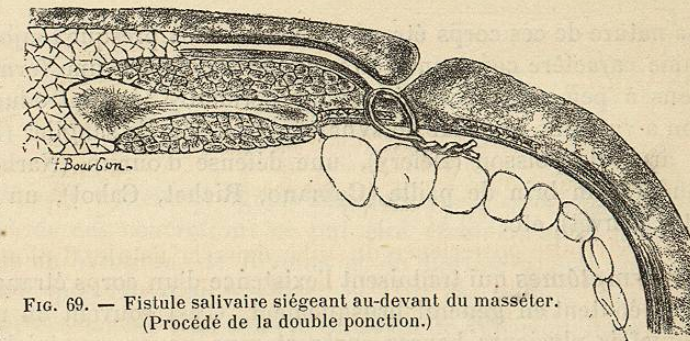


FIG. 69. — Fistule salivaire siégeant au-devant du masséter. (Procédé de la double ponction.)