

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

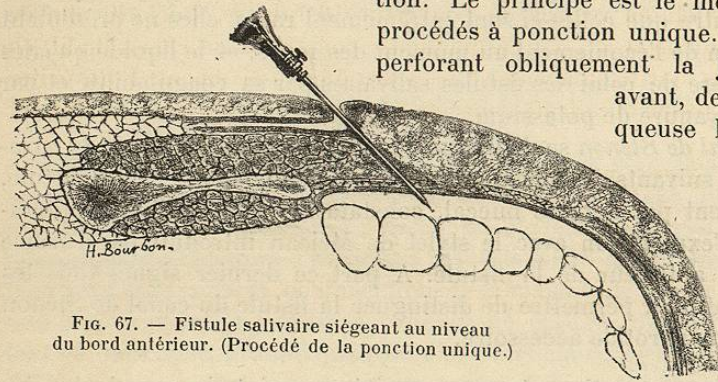


FIG. 67. — Fistule salivaire siégeant au niveau du bord antérieur. (Procédé de la ponction unique.)

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.

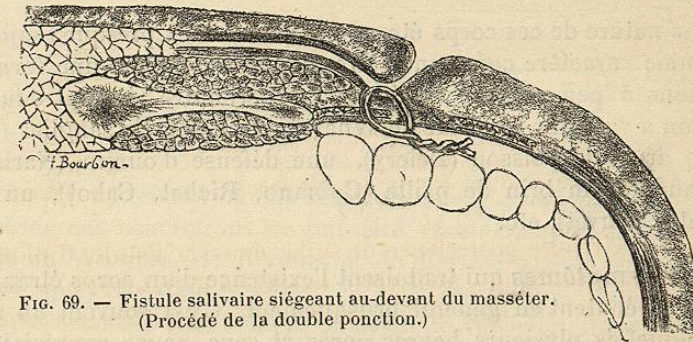


FIG. 69. — Fistule salivaire siégeant au-devant du masséter. (Procédé de la double ponction.)

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.

On les observe dans le canal excréteur de la glande sous-maxillaire plus fréquemment que dans celui de la parotide, ce qui tient, d'une part, à la situation de ce dernier; d'autre part, à l'étroitesse extrême de son orifice buccal. Ils sont plus rares chez la femme que chez l'homme.

CLAUDOT (M.), Essai sur les corps étrangers du conduit de Wharton et leurs rapports avec la grenouillette. *Archives gén. de méd.*, Paris, 1874, t. II, p. 22 et 159. — CHAUVET (P.), *Des corps étrangers du canal de Wharton venant de l'extérieur*. Thèse de Paris, 1877, n° 218. — POULET, *Traité des corps étrangers*. Paris, 1879, p. 757. — NARBONNE, *Corps étrangers des voies salivaires*. Thèse de Montpellier, 1881, n° 54. — Consulter en outre la bibliographie des calculs.

La nature de ces corps étrangers varie, mais presque toujours ils présentent comme caractère commun d'être rigides et d'avoir une forme allongée, conditions à peu près nécessaires pour permettre leur introduction. C'est ainsi qu'on a vu, dans le canal de Wharton, une soie de sanglier (Robert, Tédénat), une arête de poisson (Délery), une défense d'oursin (Narbonne), un épillet (Claudot), un brin de paille (Cumano, Richet, Cabot), un poil de brosse à dent (Chauvet), etc.

Les *symptômes* qui traduisent l'existence d'un corps étranger des voies salivaires débutent en général brusquement. C'est souvent au milieu d'un repas, quelquefois plusieurs heures après et sans cause appréciable, qu'on les voit éclater brusquement par une douleur rarement vive, quelquefois atroce, qui peut s'accompagner de phénomènes de rétention salivaire, caractérisés par une sensibilité extrême et une tuméfaction de la glande correspondante. La douleur du début se calme généralement pour reparaitre au bout d'un temps variable, et, si le corps étranger n'est pas extrait, il est fréquent de voir se développer des lésions secondaires du côté du canal et de la glande.

Le canal se dilate et s'enflamme; de là un écoulement muco-purulent par l'*ostium*, que Robert a vu rouge et ulcéré. L'extension de l'inflammation à la glande se caractérise par l'apparition d'une tuméfaction dure et douloureuse à son niveau; un degré de plus et l'inflammation aboutit à la suppuration, comme le fait a été observé à la région parotidienne par Senator, à la suite de l'introduction d'un brin de duvet dans le canal de Sténon. Bien plus, l'ouverture du foyer suppuré a été suivie d'une fistule salivaire chez un malade de Dubois, porteur d'une arête dans le canal de Sténon. Après une première période aiguë, la marche de l'affection devient essentiellement chronique; mais assez fréquemment elle est interrompue par des accès de douleurs, dites *coliques salivaires*<sup>(1)</sup>. Au cours de ces coliques, le corps étranger peut être expulsé spontanément par les voies naturelles; d'autres fois, il sort par une fistule, le plus souvent il reste en place ou ne se montre qu'à l'orifice du canal jusqu'au moment où le chirurgien intervient. Enfin, il peut devenir le centre d'une concrétion<sup>(2)</sup>.

Le *diagnostic* se fait surtout par la brusquerie du début et la rapidité du gonflement; on ne peut toutefois l'affirmer qu'autant qu'on a pu reconnaître directement la présence du corps étranger.

<sup>(1)</sup> Voy. plus loin, p. 274.

<sup>(2)</sup> Nous citerons, entre autres, le cas de Séguignol, où une concrétion s'était formée autour d'une petite écharde de bois; celui de Paquet, où un grain de blé était le centre d'une concrétion, etc.

Le *pronostic*, tout en ne présentant généralement pas de gravité, doit cependant être réservé. Délery a vu un malade dépérir par suite de la gêne apportée à l'alimentation par une arête entrée dans le canal de Wharton<sup>(1)</sup>.

Le *traitement* consiste dans l'extraction, par la bouche, du corps étranger. Cette extraction sera faite soit directement lorsque l'extrémité du corps apparaît à l'extérieur, soit par compression du canal d'arrière en avant, soit même à l'aide d'une incision, nettement indiquée lorsqu'il y a suppuration. Le plus souvent, les accidents cèdent rapidement à cette intervention.

## IV

## CALCULS SALIVAIRES

Dès 1586, A. Paré avait nettement signalé l'existence de *pierres sous la langue*, mais le siège exact de ces concrétions ne put être établi qu'après les découvertes anatomiques de Wharton, de Rivinus et de Bartholin, soit vers la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. Bien que Christian Schérer, en 1757, eût admis, d'une façon précise, que le siège des calculs était dans le canal dit de Wharton, nous voyons encore Louis, Boyer, Richerand, Marjolin, décrire les calculs sous le nom de *ramule concrète* et les regarder comme des productions extérieures au canal de Wharton; bien plus, en 1846, Stanski soutient encore, dans les *Archives de médecine*, qu'il ne s'agit là que de dents déviées. Aujourd'hui la question est jugée; les *Calculs salivaires*, nettement séparés par Malgaigne des grenouillettes, sont bien connus, et depuis la remarquable thèse de Closmadeuc (1855), les nombreux travaux, qui se sont succédé, n'ont fait qu'ajouter des points spéciaux à une question dès lors bien étudiée.

JOURDAIN, *Maladies de la bouche*, Paris, 1778, t. II, p. 579-589. — FAUCHARD, *Le chirurgien dentiste*, Paris, 1786, 3<sup>e</sup> éd., t. I, p. 179. — DOUURENS, Observations de calculs salivaires. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1837, 2<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 501. — STANSKI, Recherches sur les corps étrangers trouvés dans la région sublinguale et considérés comme calculs salivaires. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1846, 4<sup>e</sup> série, t. XII, p. 184. — RAYER, Sur un calcul salivaire. *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol.*, Paris, 1852, 1<sup>re</sup> série, t. IV, p. 71. — JARJAVAY, Calcul salivaire (rapport de Forget). *Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1855, t. III, p. 256. — DE CLOSMADÉUC, *Recherches historiques sur les calculs des canaux salivaires*. Thèse de Paris, 1855, n° 177 (bibl.). — DÉMOREY, *Des calculs de la glande sous-maxillaire*. Thèse de Paris, 1856, n° 276. — BLIN, *Mémoire sur les calculs du canal de Wharton*, Saint-Quentin, 1858. — LANCELLOT, *Des calculs salivaires*. Thèse de Paris, 1861, n° 187. — DOUUREN, *Des calculs salivaires*. Thèse de Paris, 1865, n° 220. — TERRIER (F.), Calcul salivaire volumineux ayant donné lieu à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1874, 3<sup>e</sup> série, t. III, p. 549. — PAQUET, Calculs du canal de Sténon. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, nouv. série, t. I, p. 611. — RICHEL, Des calculs salivaires. *France médicale*, Paris, 1876, p. 17, 53 et 57. — SIRUS PIRONDI, Des calculs salivaires. *Ibid.*, p. 81. — MAREAU (G.), *Étude sur les calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire*. Thèse de Paris, 1876, n° 585. — FEROCI (A.), Contribuz. alla storia dei calcoli salivari. *Comment. clin. di Pisa*, 1877, n° 4 et suiv. — FREUDENBERG, Ueber das Vorkommen eines ungewöhnlich grossen Speichelsteines. *Berliner klin. Woch.*, 1877, p. 704. — HORTELOUP, Deux calculs salivaires extraits du canal de Wharton. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 21. — DUPLAY (S.), Diagnostic et pathogénie de l'inflammation de la glande sous-maxillaire. Accidents de la lithiase salivaire. *Conférences de clin. chir.*, Paris, 1877, p. 110. — NEWCOME ROYLE, A calculus removed from under the tongue. *The Lancet*, London, 1877, t. II,

<sup>(1)</sup> DÉLERY, Calcul salivaire formé autour d'une arête de poisson. *Revue de thérap. méd.-chir.*, Paris, 1853, p. 75.