

Rarement les malades se plaignent de sécheresse de la bouche; bien plus ils accusent souvent une salivation exagérée. En même temps qu'ils éprouvent du côté de la cavité buccale ces diverses sensations, ils constatent, dans la région sous-maxillaire ou parotidienne, un gonflement qui augmente au moment des repas et diminue par la pression. L'examen direct montre que le plancher buccal est plus rouge du côté douloureux que du côté opposé. Parfois il existe une tuméfaction allongée, le long du canal de Wharton, dont l'ostium, largement béant, a ses bords rouges et tuméfiés. La pression, exercée avec le doigt le long du canal fait quelquefois percevoir l'existence d'un corps résistant et amène le plus souvent l'issue par l'ostium de quelques gouttes de muco-pus.

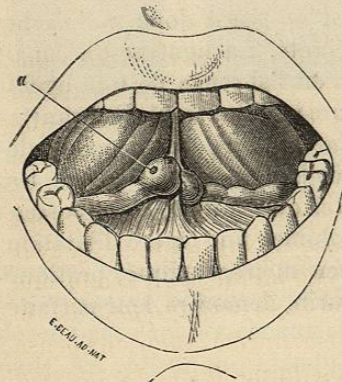


Fig. 75. — Calcul saillant à travers l'ostium unibiliale.

Ces divers phénomènes inflammatoires, tant objectifs que subjectifs, cessent brusquement avec la cause qui les engendre, que le calcul ait été expulsé spontanément ou qu'il ait été extrait par le chirurgien. La guérison complète est, pour ainsi dire, obtenue d'un coup.

Cette évolution des calculs salivaires peut être interrompue par des accidents multiples, qui constituent autant de complications.

Parfois surviennent, en particulier à l'occasion des repas, de véritables accès douloureux, *coliques salivaires* qui peuvent être très intenses et s'accompagnent parfois d'irradiations jusque dans l'oreille correspondante (1).

Pendant ces crises douloureuses, on voit quelquefois se produire un gonflement rapide du plancher buccal, dont la nature exacte est encore assez mal déterminée et qu'on a décrit sous le nom de *grenouillette aiguë* (2).

Chez d'autres malades la glande s'enflamme, l'action combinée de l'irritation produite par le calcul et de la rétention salivaire favorisant les inflammations microbiennes ascendantes, parties de la cavité buccale. Tantôt il s'agit d'un processus chronique; la glande constitue alors une tumeur assez nettement délimitée, dure, douloureuse à la pression, s'accompagnant d'un écoulement purulent par l'ostium. Tantôt le processus est aigu et devient le point de départ de phlegmon du cou (3).

Dans quelques cas, le calcul détermine des poussées inflammatoires locales, qui aboutissent à l'ulcération et à la perforation du canal. Cette migration anormale du calcul détermine la formation d'abcès, quelquefois multiples, et peut être le point de départ d'une fistule salivaire, sans intérêt lorsqu'il s'agit de la portion buccale du canal de Wharton, plus importante lorsqu'elle va du canal de Sténon à la peau.

La *marche* des calculs salivaires est, on le voit, des plus variables. Dans une première série de faits, le calcul est expulsé soit silencieusement, soit à la suite de phénomènes inflammatoires de courte durée; dans une seconde catégorie,

(1) RABÈRE (C.), Expulsion spontanée de deux calculs salivaires. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1882-1883, t. XII, p. 251.

(2) Voy. plus loin, p. 302.

(3) CROUZEL, Thèse de Paris, 1874.

l'évolution est lente, les troubles sont presque toujours intermittents et des répités de plusieurs mois peuvent succéder à des poussées douloureuses très intenses. Aussi la maladie présente-t-elle une durée assez longue pouvant aller jusqu'à dix ans, voire même jusqu'à dix-sept ans, comme dans un cas de Jarjavay.

Les calculs exclusivement glandulaires ne donnent, en général, lieu à aucun accident, tant qu'ils ne s'accompagnent pas de phénomènes inflammatoires. Plater a vu leur accumulation dans la parotide arriver à constituer une tumeur du volume d'un œuf. En général, au bout d'un certain temps, survient un abcès, dont la cause est révélée au chirurgien, lors de l'incision, par l'issue de concrétions mélangées au pus.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile lorsqu'il suffit de porter l'index dans la bouche pour percevoir une saillie dure et rugueuse, *a fortiori* quand le calcul fait saillie à l'extérieur. Il peut, au contraire, être des plus difficiles lorsque l'existence d'une contracture des mâchoires empêche toute exploration, comme le fait est arrivé à Hervez de Chégoïn.

Dans l'immense majorité des cas le diagnostic est possible, tout en présentant certaines difficultés. Moissenet, traitant une religieuse de l'Hôtel-Dieu, la crut atteinte d'*adénite scrofuleuse*, jusqu'au moment où elle lui dit avoir rendu une dent. F. Terrier, Kappeler crurent à des *dégénérescences néoplasiques* de la glande sous-maxillaire, à cause de son volume et de sa dureté. Dourlens pensa à une *périostite du maxillaire*, Stanski à une *tumeur ossiforme du plancher buccal* dans des cas où il s'agissait de calculs salivaires.

La marche intermittente des accidents, le palper du plancher buccal avec un doigt pendant que l'autre main soutient la région sus-hyoïdienne, l'écoulement d'un liquide louche par l'ostium lorsqu'on presse sur la tumeur, les résultats du cathétérisme fait avec le stylet de Méjean, l'acupuncture, etc., sont autant de signes qui permettront d'éviter les diverses erreurs que nous avons signalées et de faire, en même temps, le diagnostic avec les *sous-maxillites* non calculieuses que nous décrirons plus loin (4). Lors de la première attaque, on peut croire à un *corps étranger*.

Pronostic. — Le pronostic est en général bénin; Rayet a observé un malade qui, depuis quinze ans, portait un calcul sans en éprouver de grands troubles. Cependant il se développe quelquefois des accidents inflammatoires fort graves qui peuvent faire craindre pour la vie, à cause de l'asphyxie qu'ils déterminent; dans d'autres cas, les accidents, tout en ne présentant pas la même gravité immédiate, ont une fréquence et une persistance telles qu'ils nécessitent une intervention. Aussi le pronostic doit-il être réservé d'autant que les calculs se reproduisent fréquemment et rapidement après qu'on les a enlevés.

Traitement. — Le traitement doit être prophylactique et curatif.

Le traitement *prophylactique* consiste, pour les uns, dans une bonne hygiène buccale, l'ablation des amas de tartre en particulier, dit Richet; pour les autres, dans le traitement de la diathèse arthritique et surtout dans l'administration de l'eau de Vichy; un malade de Schmitt, graveleux urique, n'arriva à se débarrasser de calculs salivaires à répétition, avec abcès multiples et fistules sous-maxillaires, que par un traitement alcalin prolongé.

(4) Voy. plus loin, p. 278.

Le traitement *curatif* a principalement pour objet l'ablation du calcul. Celle-ci, à moins d'indications spéciales fournies par l'existence d'un abcès ou d'une fistule, sera faite par la bouche, soit directement avec une pince, soit en faisant progresser le calcul par pression, soit à l'aide d'une incision, après cocaïnisation. Cette ablation est quelquefois suivie de la persistance d'une fistule, sans importance, du reste.

L'extraction du calcul est, en général, immédiatement suivie d'une amélioration considérable. Dans les cas assez rares où elle n'est pas suivie d'une guérison absolue, de nouvelles indications thérapeutiques peuvent se présenter. Si les accidents qui persistent dépendent d'une inflammation suppurative de la glande, ils disparaissent en général après une incision faite en temps et lieu. Si la glande est hypertrophiée, sclérosée ou bourrée de calculs, son ablation peut être nécessaire et est alors suivie de la guérison définitive.

Lors de symptômes inflammatoires très intenses, avec anxiété, dyspnée, on a pu songer à la trachéotomie; mieux vaut faire une large incision sous-maxillaire qui suffit pour amener une détente immédiate des accidents inquiétants.

V

INFLAMMATION

Les processus inflammatoires, qui atteignent l'appareil salivaire, partent le plus souvent de la bouche et se propagent, suivant une voie ascendante, par les canaux excréteurs, jusque dans les acini glandulaires. L'inflammation peut, suivant les cas, rester limitée au canal excréteur ou s'étendre à la totalité de l'appareil.

A. — INFLAMMATION DES CANAUX EXCRÉTEURS

L'inflammation isolée des canaux excréteurs des glandes salivaires est rare et le plus souvent liée à la présence de corps étrangers ou de calculs dans leur intérieur. Les accidents que ceux-ci déterminent ayant déjà été étudiés⁽¹⁾, nous n'y reviendrons pas et nous nous contenterons de dire un mot de l'inflammation des canaux salivaires indépendante de tout corps étranger.

Cette inflammation peut être limitée à l'orifice même du canal, comme le fait été observé par F. Terrier, au niveau du canal de Sténon, par suite de la présence d'un aphte occupant son orifice⁽²⁾. Laurent⁽³⁾, Evaud⁽⁴⁾ l'ont de même notée au cours de stomatites intenses.

Dans quelques cas, l'inflammation s'étend à l'intérieur du canal donnant lieu

(1) Voy. plus haut : *Des corps étrangers*, p. 267, et *Des calculs salivaires*, p. 269.

(2) TERRIER (F.), Sur la rétention parotidienne. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1880, nouv. série, t. VI, p. 271.

(3) LAURENT, Quelques considérations sur deux cas de rétention salivaire dans le canal de Sténon. Thèse de Paris, 1881, n° 19.

(4) EVAUD, Stomatite aphteuse, grenouillette parotidienne aiguë. *Province méd.*, Lyon, 1887, p. 661.

à une sorte de catarrhe fibrino-purulent étudié par Kussmaul⁽¹⁾, Ipscher⁽²⁾, Miller⁽³⁾ et Raymond Johnson⁽⁴⁾. Cette affection est communément décrite en Allemagne sous le nom de *sialodochitis fibrinosa*; en France elle a été mentionnée par un élève de Richet, M. Buffard, sous le nom de *grenouillette aiguë*⁽⁵⁾.

Dans tous ces cas, les phénomènes de rétention salivaire occupent la scène. La région de la glande (parotide ou sous-maxillaire) est tuméfiée, rénitente, élastique, tout en restant indolente à la pression. Le malade ne se plaint que d'un peu de gêne lorsqu'il ouvre la bouche; quelquefois cependant il accuse des douleurs vives et lancinantes. Le gonflement survient au moment des repas, brusquement ou par accès successifs. Tous les phénomènes cessent avec la disparition de la cause de rétention (dilatation de l'orifice du canal avec un stylet lorsqu'il est oblitéré par le gonflement de la muqueuse, expulsion d'un cylindre fibreux lorsqu'il s'agit d'une inflammation canaliculaire).

Dans la *sialodochitis* la marche est tout à fait spéciale; les accidents se reproduisent à plusieurs mois d'intervalle avec fluxion de la glande et œdème de voisinage; la durée de l'affection est indéterminée.

Le *diagnostic* se fait par le cathétérisme, qui permet d'établir l'absence du calcul, de corps étranger et constitue en même temps le meilleur mode de traitement de ces sortes d'accidents.

Certains catarrhes purulents du canal de Sténon sont de même accompagnés, au moment des poussées, d'une augmentation de volume de la glande, qui devient turgescence et sensible au toucher⁽⁶⁾.

Enfin on a observé, en particulier chez des verriers, des tuméfactions parotidiennes avec crépitation à la pression et écoulement abondant de salive mêlé d'air et de muco-pus, probablement liées à des catarrhes purulents chroniques avec dilatation du canal de Sténon et de ses ramifications⁽⁷⁾.

A côté de ces cas, mentionnés par Tillaux⁽⁸⁾, étudiés par Régnauld⁽⁹⁾, où la dilatation est toute mécanique, la glande étant insufflée en quelque sorte, une fois l'orifice du canal de Sténon forcé, nous devons mentionner les inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et même dans les lobules glandulaires. Comme l'a montré Walther⁽¹⁰⁾, il s'agit, en pareil cas, de malades chez lesquels, par suite du travail inflammatoire, l'orifice du canal de Sténon s'élargit et reste béant; il suffit alors du moindre effort, des mouvements de la joue pendant la parole,

(1) KUSSMAUL, Anfallsweise auftretende Speichelgeschwulst in Folge von chronischer eitrig-fibrinöser Entzündung des Stenon'schen Ganges. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1879, n° 15, p. 209.

(2) IPSCHER, Noch ein Fall von Sialodochitis fibrinosa. *Berl. klin. Woch.*, 1879, p. 541.

(3) MILLER, Die croupöse Entzündung des Stenon'schen Ganges. *Wiener med. Wochenschrift*, 1881, n° 19, p. 529.

(4) RAYMOND JOHNSON, Some unusual cases of swelling of the parotid gland. *Lancet*, 1896, t. I, p. 1056.

(5) BUFFARD (O.), Sur deux cas de grenouillette aiguë. Thèse de Paris, 1880, n° 126.

(6) CHASSAIGNAC, Parotide canaliculaire. *Traité de la suppuration*, Paris, 1859, t. II, p. 194.

(7) DEMARQUAY, Tumeur parotidienne avec crépitation à la pression et écoulement abondant de la salive mêlée d'air et de pus, etc. *Bull. de la Société de chir.*, Paris, 1856, 1^{re} série, t. VII, p. 181.

(8) TILLAUX, Anatomie topographique.

(9) RÉGNAULD, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1891.

(10) WALTHER, Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 211.