

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 a 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.

pendant la mastication pour faire pénétrer dans le conduit quelques bulles de gaz qui, peu à peu, s'infiltrèrent jusque dans les lobules glandulaires.

Mentionnons enfin un cas très spécial de Deichmüller; il existait au niveau du canal de Sténon une poche que ce chirurgien regarda comme liée à une rupture de ce conduit. L'incision large et le drainage déclive furent suivis de guérison (1).

B. — INFLAMMATION DES GLANDES SALIVAIRES

Les inflammations des glandes salivaires présentent de nombreuses variétés.

On a décrit des *inflammations simples*, dont l'étiologie mal connue est variable, mais qui présentent toutes comme caractère commun l'apparition rapide d'une tuméfaction uni- ou bilatérale, ne persistant que pendant un temps assez court et disparaissant en général spontanément sans laisser de traces de leur passage.

On les rencontrait fréquemment autrefois au cours d'un traitement mercuriel, alors qu'on cherchait à provoquer la salivation. On les a observées au moment de la menstruation (Habran) (2), comme fluxion supplémentaire de celle-ci (Knapp) (3), après l'ingestion d'iodure de potassium (Reynier, Balzer et Villar) (4), au cours de manifestations goutteuses, *goutte parotidienne* (Rotureau, Garrod, Damaschino, Debout d'Estrées) (5). Curtis a signalé, sans pouvoir les interpréter, des fluxions parotidiennes chez un blennorrhagique (6); nous en avons observé chez un malade atteint de cystite tuberculeuse.

Une variété d'inflammation des glandes salivaires, bien plus importante, est l'inflammation spécifique, connue sous le nom d'*oreillons*. Frappant le plus souvent la glande parotide, quelquefois la sous-maxillaire ou même les deux simultanément, cette affection est du ressort de la médecine. Certaines de ses complications intéressent toutefois le chirurgien : telle l'orchite qui frappe surtout le testicule et laisse souvent après elle une atrophie définitive de l'organe. La prostatite, la mastite, l'ovarite, la tuméfaction des grandes lèvres sont des complications beaucoup plus rares et ne méritent qu'une simple mention.

Les parotidites chroniques, observées dans le saturnisme, n'ont guère d'importance pour le chirurgien (7).

La seule variété d'inflammation des glandes salivaires réellement importante est l'*inflammation phlegmoneuse* ou *suppurative* de ces glandes, en particulier des parotides où elle est plus fréquente que dans les sous-maxillaires.

MAURICHEAU BEAUCHAMP, *Parotides dans les maladies aiguës*. Thèse de Montpellier, an X, n° 13. — MURAT (A.-L.), *La parotide considérée sous ses rapports anatomiques, physiologiques*

(1) DEICHMÜLLER, Luftgeschwulst der Wange, Zerreiung des Stenon'schen Ganges. *Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 54, p. 1220.

(2) HABRAN, Parotide double à répétition survenant au moment de la menstruation. *Union méd. du Nord-Est*, 1880, p. 157.

(3) KNAPP, Vicarious enlargement of the parotid gland. *Philad. med. Times*, 1879, t. IX, p. 570.

(4) VILLAR (F.), Iodisme à localisation parotidienne. *France méd.*, Paris, 1887, t. I, p. 766.

(5) DEBOUT D'ESTRÉES, Goutte parotidienne. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1886, p. 275, et *Semaine méd.*, Paris, 1887, p. 108.

(6) CURTIS (B.-F.), Parotitis complicating gonorrhœa. *New York medical Journal*, 1887, t. I, p. 546.

(7) CRONTES, La parotidite saturnine. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 7 mars 1897, p. 217, et Thèse de Paris 1896-1897.

et pathologiques. Thèse de Paris, an XI, n° 167. — CLOS, *Des parotides*. Thèse de Paris, 1845, n° 145. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, Paris, 1859, t. II, p. 191. — GIFFARD, *Du siège anatomique de la parotide; quelques considérations sur cette inflammation*. Thèse de Paris, 1861, n° 256. — MALFILATRE, *De la parotidite aiguë*. Thèse de Paris, 1864, n° 57. — GUÉNEAU DE MUSSY, Sur le phlegmon parotidien. *Gaz. hebdomadaire*, Paris, 1868, p. 651 et 676. — SOUEIX, *Contribution à l'étude de la parotidite secondaire*. Thèse de Paris, 1876, n° 244. — ISZENARD, *Étude sur les parotidites*. Thèse de Paris, 1876, n° 419. — THOMAS (L.), Bemerkungen die Aetiologie einer Speicheldrüsen-Entzündung betreffend. *Jahrb. f. Kinderheilk.* Leipzig, 1877, Bd. XI, Heft 4, p. 115. — CURÉ, *Des parotidites dans les maladies graves, en particulier dans les suites des couches*. Thèse de Paris, 1885, n° 275. — MIRABEL, *De la parotidite dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1885, n° 189. — PAGET, The relation of the parotid to the generative organs. *The Lancet*, London, 1886, vol. I, p. 86, 150, 227, 555, 574. — TAYLOR, *Id.*, in *Ibid.*, p. 150. — PAGET, Secondary inflammation of the parotidite. *Id.*, in *Ibid.*, p. 752. — S. DUPLAY, Parotide à pneumocoques. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, Paris, 1891, p. 50.

Étiologie. — On divise communément les causes de l'inflammation phlegmoneuse des glandes salivaires en *locales* et en *générales*.

A. *Causes locales.* — On a décrit des abcès glandulaires consécutifs à la présence de concrétions calculeuses, à la propagation d'une inflammation voisine (furoncle, anthrax, arthrite temporo-maxillaire, adénite suppurée, ostéite, etc.). Ces causes sont exceptionnelles, et le plus souvent il s'agit de l'extension progressive d'une inflammation buccale.

B. *Causes générales.* — On a signalé l'apparition de suppuration parotidienne au cours de divers états infectieux (fièvre typhoïde, typhus, fièvre puerpérale, pyohémie, pneumonie, diphtérie, fièvres éruptives, choléra). La paralysie générale, la sénilité et en général toutes les cachexies chroniques, quelle que soit leur nature, y prédisposent.

Moricke (1), St. Paget (2) ont soutenu que la parotidite survenait avec une fréquence toute spéciale après les opérations sur l'abdomen, fait contesté par M. F. Terrier (3).

En fait, la parotidite suppurée est le résultat d'une infection ascendante partie de la bouche, infection des plus variables quant à la nature de l'agent microbien (staphylocoque doré, pneumocoque, etc.) (4).

Anatomie pathologique. — Dans les autopsies, on trouve le plus souvent des lésions de la glande et du tissu cellulaire qui l'entoure. Les lobules sont atteints à des degrés divers; les uns sont de couleur rouge sombre, les autres jaunâtres; d'autres enfin présentent déjà à leur centre une gouttelette de pus.

Au microscope, on constate l'état granuleux des cellules, leur prolifération et l'apparition dans les culs-de-sac de cellules lymphatiques. Les travées de tissu conjonctif qui séparent les acini et les lobules sont épaissies, infiltrées de sérosité et de cellules lymphatiques. Le pus se collecte rapidement soit dans le centre des acini, soit dans le tissu cellulaire péri-glandulaire (Cornil et Ranvier). L'étude des lésions au début a montré d'une manière manifeste à Hanau (5) et à

(1) MORICKE (R.), Entzündung der Ohrspeicheldrüsen als Complication von Ovariectomie. *Zeit. für Geburtsh. und Gynækol.*, Stuttgart, 1881, Bd. V, Heft 2, p. 548.

(2) PAGET (St.), The relation of the parotid to the generative organs. *The Lancet*, London, 1866, t. I, p. 86, 150, 227, 555, 574. — Secondary inflammation of the parotid. *Ibid.*, *ibid.*, p. 752.

(3) TERRIER (F.), BROCA (A.) et HARTMANN (H.), *Manuel de pathol. chir.*, Paris, 1889, t. IV, p. 251.

(4) Le pneumocoque a été en particulier observé à la suite de pneumonies par TOUPET (in BESANÇON et LANCEREAUX, *Arch. de méd.*, sept. 1886), par TESTA (*Riforma medica*, 1889), par DUPLAY et CAZIN (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1891, p. 50).

(5) HANAU (A.), *Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, 1889, Bd. X, Heft 5.

Pilliet⁽¹⁾ que les lésions commençaient par le canal excréteur de l'acinus; les amas embryonnaires se font d'abord autour des canaux de centre du lobule, dissociant les culs-de-sac glandulaires et les remplissant. On trouve dans les canaux des glandes des masses de microcoques mêlés de pus. L'inflammation est tout d'abord nettement glandulaire et n'atteint que consécutivement le tissu conjonctif.

A une période avancée de l'affection, la glande peut se sphacéler en partie. En même temps se font quelquefois des propagations inflammatoires du côté des muscles voisins des os de la base du crâne et des méninges. Les veines (faciale, jugulaire interne, jugulaire externe) et les sinus peuvent être enflam-

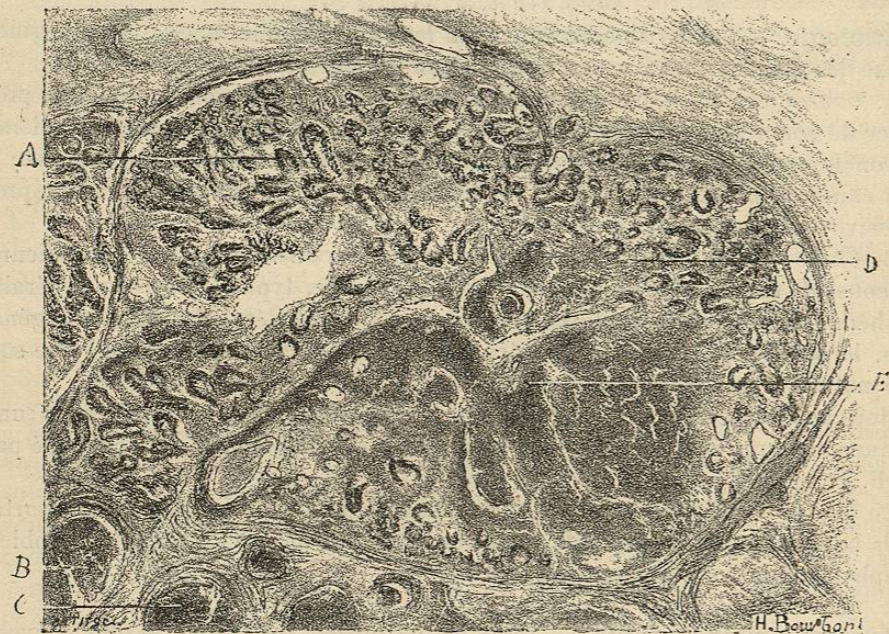


FIG. 74. — Sous-maxillite phlegmoneuse. (Préparation de M. Pilliet.)

On voit en E le centre d'un lobule glandulaire à peu près complètement détruit par la suppuration, alors qu'en A et D se voient à la périphérie du lobule des acini parfaitement reconnaissables. — En B et C on voit des canaux excréteurs de lobules voisins déjà bourrés de cellules embryonnaires.

més et thrombosés: dans deux cas de Smith et Bloxam, la jugulaire interne a été ulcérée: dans d'autres, des filets nerveux, du nerf facial en particulier, ont été détruits. Enfin l'inflammation a pu se propager au loin, le long de cordons nerveux, déterminant la production de foyers suppurés à distance; Virchow en a signalé autour du ganglion de Gasser.

Pathogénie. — La pathogénie des inflammations phlegmoneuses des glandes salivaires a été des plus discutées. On sait aujourd'hui qu'elles résultent de la localisation d'une infection microbienne, mais on ne s'entend encore bien ni sur l'agent de cette infection, ni sur son mode d'introduction dans la glande. Quelques auteurs ont parlé d'une altération hémotogène, d'une sorte de pyo-

⁽¹⁾ PILLIET (A.), Double suppuration des glandes sous-maxillaires. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1890, p. 182.

hémie. Le professeur Bouchard avait, à une époque, à propos des parotidites secondaires, émis l'idée que le micro-organisme causal de la maladie première était en jeu, que des éliminations microbiennes se faisaient au niveau des glandes salivaires et que ces éliminations quelquefois favorables, comme dans la salivation critique, causaient, dans d'autres cas, une réaction exagérée et étaient le point de départ d'une inflammation phlegmoneuse.

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde pour faire intervenir une infection secondaire partie de la cavité buccale, mais on discute son mode d'introduction; quelques-uns ne voient là que le résultat d'une adénite; en réalité, il s'agit d'une inflammation suppurative ascendante, partie de la muqueuse buccale et remontant par les canaux excréteurs jusqu'aux acini glandulaires. On comprend dès lors que, quelle que soit la maladie générale, l'affection marche toujours vers la suppuration, qu'elle évolue toujours de la même façon et que souvent elle affecte à la fois les deux parotides, ou la parotide et la sous-maxillaire.

L'agent infectieux agit d'autant plus facilement que les tissus manquent de résistance par suite de la débilitation du malade; de là l'influence du mauvais état de la nutrition des éléments anatomiques, opinion ancienne qu'a reprise Iszenard⁽¹⁾ et qui est insuffisante pour expliquer à elle seule la suppuration. Nous en dirons autant de la dégénérescence parenchymateuse, due à l'hyperthermie, qu'invoque Liebermeister et qui n'est d'ailleurs pas toujours en jeu, puisque la parotidite complique le choléra, aussi bien que la fièvre typhoïde⁽²⁾.

Symptômes. — Le début est variable; il est ordinairement caractérisé par du malaise, des frissons et l'apparition de phénomènes locaux; mais, quand l'affection se développe pendant le cours ou au déclin d'une fièvre grave, les symptômes sont, jusqu'à un certain point, masqués par ceux de l'affection pré-existante et il n'y a guère qu'une aggravation de l'état adynamique et une élévation de température qu'on attribue facilement à une autre cause si l'on n'a pas dirigé son examen du côté des organes salivaires.

Il existe une tuméfaction partielle ou totale de la glande atteinte. Cette tuméfaction d'abord dure devient plus tard le siège d'une infiltration œdémateuse et d'une rougeur diffuse. On a une sensation d'élasticité plutôt qu'une véritable fluctuation et la pression sur la glande détermine quelquefois un écoulement de pus dans la bouche par l'orifice de son canal excréteur.

En même temps la région est le siège de battements, de douleurs lancinantes, parfois irradiées dans les régions voisines; les mouvements de la mâchoire deviennent difficiles et douloureux; le malade peut à peine ouvrir la bouche, la déglutition est pénible; la respiration même est quelquefois gênée. La bouche, remplie d'une salive visqueuse et jaunâtre, est enflammée, remplie de fuliginosités.

Vers le troisième ou le quatrième jour, le gonflement est au maximum; parfois on observe alors de l'hyperémie et de l'œdème de la face, accompagnés de vertiges, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, de surdité que l'on

⁽¹⁾ Voy. *Bibliographie*.

⁽²⁾ Nous nous contenterons d'une simple mention pour un cas de sous-maxillite phlegmoneuse due à l'introduction du parasite de l'actinomycose dans le canal de Wharton. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, porteuse d'une tuméfaction sous-maxillaire; par la pression sur la glande on faisait sourdre du pus par l'ostium buccal; plus tard se fit un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur. (KOENIG, Die entzündlichen Prozesse am Halse. *Deutsche Chir. von Billroth und Lücke*, 1882, Bd. XXXVI, p. 15.)