

l'aponévrose. C'est pourquoi, si l'on excepte certains cas d'infection d'une gravité exceptionnelle, ces plaies guérissent aussi bien que toute autre blessure des parties molles. On n'attachera qu'une importance relative à la possibilité d'une **fistule salivaire** dans cette région, car la crainte qu'inspirent ces fistules, est bien plutôt théorique que basée sur l'observation. On voit des plaies par instruments tranchants guérir rapidement, même dans les cas où l'on avait constaté un écoulement de salive; ce dernier peut persister encore quelque temps lorsque la plaie ne se guérit pas par première intention, mais, même dans ces cas, les progrès de la cicatrisation finiront par amener une guérison définitive.

C'est bien plutôt dans les cas d'ulcérations et de néoplasmes ulcérés, que l'on voit les fistules salivaires constituer un obstacle à la guérison; c'est ce qu'on observe quelquefois à la suite d'abcès, ou d'ulcérations de lupus ou de carcinome. Abstraction faite des carcinomes pour lesquels la question de l'extirpation devra être prise en considération, le traitement consistera dans des cautérisations ou bien dans l'excision et la suture des bords de la fistule. Cette opération est aussi indiquée dans les cas de *fistule congénitale* comme celle que ROSER a observée.

§ 166. — On devra attacher une importance plus grande à la lésion du **conduit excréteur de la parotide**. Le conduit de Sténon est formé de deux branches principales, et sort du bord antérieur de la glande, entre le tiers supérieur et le tiers moyen; il se dirige horizontalement, à la hauteur de l'orifice des narines, sur la face antérieure du masséter et vient s'ouvrir dans la cavité buccale, en face de la seconde grosse molaire supérieure, par un orifice qu'une petite saillie fait aisément reconnaître¹. — Un coup porté sur la joue dans une direction verticale ou oblique, peut blesser le canal de Sténon. On est allé trop loin en admettant l'impossibilité presque absolue d'une réunion par première intention de la plaie de ce conduit. BRUNS, il est vrai, fait remarquer l'absence, dans la littérature médicale de faits bien avérés de réunion immédiate; néanmoins il est très vraisemblable que, souvent, dans les plaies par instrument tranchant, le conduit de Sténon sectionné se réunit par première intention, de sorte que la lésion passe inaperçue. Lorsque la plaie est *pénétrante* et que la réunion immédiate s'opère à l'extérieur, la salive s'écoule dans la bouche par la plaie de la muqueuse; dans ce cas la partie antérieure du conduit ne sert plus au passage de la salive, du moins

1. TILLAUX donne comme point de repère pour la direction du conduit de Sténon une ligne étendue du tragus à la commissure buccale. Il distingue une portion massétérine et une portion buccale. La portion massétérine correspond à la partie moyenne du masséter. Arrivé au bord antérieur de ce muscle le canal s'infléchit en dedans en formant un angle presque droit avec la portion massétérine, et arrive à la face externe du muscle buccinateur dans l'épaisseur duquel il se dirige de nouveau d'arrière en avant sur une longueur de 8 millimètres pour s'ouvrir à la surface de la muqueuse.

(Note du traducteur).

momentanément, et, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, elle peut se rétrécir au point de devenir, pour ainsi dire, imperméable.

Lorsque, par contre, la muqueuse n'est pas perforée, et que, d'autre part, les portions du conduit sectionné ne se sont pas réunies exactement ou se sont séparées par suite d'une forte sécrétion salivaire, alors la salive s'accumule dans la joue, entre les lèvres de la plaie, et forme une tumeur salivaire; elle finit par séparer les bords de la plaie cutanée et s'écoule au dehors, ou bien on lui donne issue en enlevant un point de suture. Même dans ces cas, il n'en résulte pas nécessairement une *fistule persistante*; dans des circonstances favorables les deux bouts séparés du conduit peuvent encore se rapprocher et se souder pendant que la plaie cutanée se guérit. On n'observe une *fistule persistante* que lorsque la muqueuse du conduit vient sous forme de lèvres se réunir à la peau; la situation du conduit par rapport à la peau, au niveau du bord antérieur du masséter, est bien de nature à favoriser la formation d'une fistule de ce genre.

Le diagnostic d'une lésion du conduit de Sténon peut être posé avec certitude lorsque, d'une plaie récente, on voit s'écouler la salive pendant les mouvements de la mastication. Quelquefois on peut diagnostiquer la lésion en introduisant depuis la cavité buccale un stylet dans le canal, et en le voyant apparaître dans la plaie.

§ 167. — Une division du conduit par instrument tranchant doit être réunie immédiatement avec le plus grand soin. Autant que possible on attendra que l'hémostase soit complète, et l'on aura soin de réunir très exactement les parties divisées. La parole et la mastication seront défendues pendant le traitement consécutif. On s'abstiendra de ces précautions préliminaires qui consistent, par exemple, à introduire à travers les deux bouts du canal sectionné une sonde sur laquelle on fait la suture, et surtout on se gardera bien de créer un orifice à travers la muqueuse de la joue. Ces procédés seront, au contraire, indiqués dans les cas de plaies irrégulières avec perte de substance, que l'on voudrait suturer, mais qui ne se prêtent pas à une coaptation convenable, et font craindre un écartement des bords sous l'influence de la suppuration.

Lorsque la formation d'une tumeur salivaire a nécessité l'ablation des points de suture, on ne doit pas encore pour cela désespérer de la guérison; bien que la salive continue à s'écouler, on peut, par l'expectation ou par des cautérisations, obtenir l'occlusion de la fistule, à condition toutefois que celle-ci soit *tubulaire*. Mais s'il existe une réunion en forme de lèvres de la muqueuse avec la peau (*fistule labiée*), on ne devra pas hésiter à tout tenter pour la guérison, car ces fistules ne peuvent se fermer spontanément et présentent de sérieux inconvénients pour le malade. La salive qui s'écoule quelquefois en grande quantité, surtout dans les mouvements de mastication, irrite la peau et vient troubler de diverses manières les rapports sociaux du malheureux atteint de cette infir-

mité. Du reste les traumatismes ne sont pas la cause la plus fréquente des fistules salivaires ; on les observe peut-être encore plus souvent à la suite d'abcès de la joue, d'ulcérations, de gangrène, de lupus, de syphilis, de carcinome. Dans ces cas le traitement doit être modifié suivant l'étendue et la forme de la perte de substance, et le plus souvent on est obligé d'avoir recours à une opération plastique dans le but de reconstituer la joue détruite (méloplastie).

Les méthodes employées pour la guérison des fistules consistent, soit à réunir la partie postérieure du canal avec la partie antérieure devenue hors d'usage, soit à créer à la salive une nouvelle voie d'écoulement dans l'intérieur de la bouche, soit enfin à provoquer par la compression une atrophie de la glande.

O. WEBER décrit un procédé qui lui fut indiqué par LOUIS et MORAND, et qui lui permit de reconstituer le canal et de guérir ainsi une fistule survenue à la suite d'une déchirure de la joue. Ce procédé consiste à dilater d'abord l'orifice externe de la fistule au moyen d'une corde à violon ou d'une tige de laminaria. Puis, à l'aide d'instruments de plus en plus volumineux, on dilate peu à peu l'orifice buccal du canal de Sténon. Lorsque ce dernier est suffisamment dilaté, on y introduit depuis la bouche une corde à violon, que l'on pousse dans la direction de la parotide à travers les deux bouts du conduit et qu'on laisse en place pendant la moitié de la journée seulement. Lorsqu'on s'aperçoit que la salive s'écoule de nouveau par l'orifice buccal, la fistule est cautérisée ou bien suturée après avivement des bords.

Le procédé habituel consiste à créer à la salive une nouvelle voie d'écoulement dans la bouche (DEQUISE). On perfore la joue en deux points : d'abord directement à travers la fistule, puis, après avivement ovalaire des bords de celle-ci, on fait une seconde ouverture située à 10 ou 12 millimètres en avant de la première. Ensuite, à l'aide de la canule du trocart, on fait passer par les deux ouvertures un fil de plomb dont les bouts sont noués dans la cavité buccale. Enfin on suture avec soin la plaie externe ; celle-ci guérit le plus souvent par première intention, tandis que la salive s'écoule dans la bouche le long du fil de plomb. La fistule guérie, on enlève ce dernier.

On ne peut admettre qu'un tel procédé puisse donner un bon résultat, comme on l'a prétendu, dans les cas où, la fistule siégeant sur le masséter, on perfore ce muscle pour y introduire un fil de plomb. Le canal allongé, étroit et suppurant, formé dans ces conditions à travers un muscle souvent en mouvement, ne saurait prétendre à une longue existence. Cependant, même dans ces cas, on assure avoir obtenu la guérison ; mais alors, dirons-nous, le succès obtenu doit-il être attribué vraiment à la formation d'un nouveau canal ? Ne devons-nous pas admettre plutôt que la suture exacte de la plaie a permis à la salive de reprendre sa route habituelle par le bout antérieur du canal sectionné (ROSER) ?

Il est possible aussi que la sécrétion de la glande tarisse à la suite de l'oblitération du conduit.

Enfin, comme dernière ressource, dans les cas où les autres procédés n'ont pas été couronnés de succès, nous pourrions chercher à déterminer une **atrophie de la glande**. Jusqu'à présent la littérature médicale ne renferme aucun exemple de succès chez l'homme par ce procédé ; par contre il est prouvé que, chez les animaux, la ligature du canal de Sténon produit une atrophie de la parotide. Toutefois c'est un procédé qui n'est certainement pas sans dangers et qui peut facilement amener une assez forte suppuration de la glande (BILLROTH dans l'ouvrage de WEBER) (?).

Inflammation de la parotide. Parotidite.

§ 168. — D'après le petit nombre de recherches anatomo-pathologiques que nous possédons sur ce sujet (VIRCHOW, O. WEBER, RIND-FLEISCH), les processus inflammatoires intéressant la parotide doivent être considérés comme une inflammation catarrhale du parenchyme sécrétoire de la glande et des conduits salivaires.

VIRCHOW a, le premier, démontré qu'il ne faut pas chercher dans le tissu conjonctif de la glande le véritable siège de l'inflammation ; cependant, l'enveloppe de la parotide et les cloisons de tissu conjonctif participent plus ou moins à l'inflammation, et présentent une infiltration d'abord œdémateuse et plus tard même purulente. La nature du processus inflammatoire se décèle d'abord à l'examen des lobules glandulaires ; ceux-ci sont augmentés de volume, hyperémisés, d'un rouge sombre, et le microscope permet de constater que la cavité des acini est augmentée de volume et remplie de grandes cellules épithéliales troublées par de fines granulations. Parallèlement à cette altération des acini on observe une tuméfaction, d'abord œdémateuse, du tissu conjonctif. Bientôt, dans l'intérieur des alvéoles, les cellules troubles font place à de véritables globules de pus et l'on est en présence d'un véritable catarrhe purulent. A ce moment, les parois des alvéoles sont encore recouvertes d'une couche de cellules épithéliales. Quant au tissu conjonctif, dans les parties enflammées de la glande, il offre, non plus une simple tuméfaction œdémateuse, mais une infiltration abondante de petites cellules. Plus tard, les acini se dépouillent complètement de leur couche épithéliale et constituent de véritables lacunes de tissu conjonctif remplies de pus ; bientôt même ce dernier se met en communication avec les petits foyers purulents provenant de l'infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif interalvéolaire. Peu à peu se forment ainsi des abcès volumineux, et il n'est, dès lors, plus possible de dire dans quelles parties de la glande a débuté l'inflammation.

Les faits anatomo-pathologiques concordent parfaitement avec ce que nous connaissons de l'**étiologie de la parotidite**. Dans la grande majorité des cas l'inflammation a son **point de départ dans les canaux excréteurs de la glande**. Le cas le plus simple est celui où l'inflam-