

mation est due à une rétention de salive dans les canaux excréteurs, rétention qui reconnaît surtout comme cause la présence d'un corps étranger. La décomposition de la salive provoque dans l'intérieur de la glande une inflammation qui assez souvent se termine par suppuration.

Sans aucun doute la parotidite peut aussi résulter d'une extension de processus inflammatoires de la muqueuse buccale. C'est ainsi que nous voyons se développer, à la suite d'un *érysipèle* de la bouche, une tuméfaction caractéristique de la parotide, et nous n'hésitons pas à attribuer à une propagation par le conduit de Sténon la parotidite qui survient dans l'*intoxication mercurielle*; de même nous voyons la glande se tuméfier à la suite d'un simple catarrhe du nez et de la bouche. Il est bien probable qu'il faut aussi considérer comme provenant d'une propagation par le conduit excréteur, la parotidite qui survient sous *forme d'épidémie* au printemps et en automne, et qui a reçu différents noms (oreillons, ourles, mumps ou mops des Anglais, Ziegenpeter, Bauernwetzel, etc., des Allemands). Dans les cas simples cette dernière forme de parotidite correspond, au point de vue anatomo-pathologique, au premier stade de l'inflammation catarrhale décrite plus haut. Elle débute par de la fièvre, et suit une marche assez typique; mais quelquefois elle donne lieu à des métastases dans les testicules, rarement dans les glandes génitales de la femme, et plus rarement encore dans d'autres parties du corps (par exemple le cerveau). La chirurgie a bien rarement à intervenir dans cette forme de parotidite, car c'est seulement dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on voit la maladie dépasser la période catarrhale et se terminer par des abcès. Les oreillons sont assez généralement reconnus comme contagieux; il est probable que la substance infectieuse répandue dans l'atmosphère pénètre dans la cavité buccale et de là dans les conduits de la glande salivaire, où elle provoque une inflammation catarrhale; de là elle peut s'introduire dans le courant sanguin et aller produire des inflammations dans d'autres parties de l'organisme (métastases).

Dans une autre série d'inflammations de la parotide on admet, au point de vue étiologique, l'action de substances irritantes arrivant dans la glande par l'intermédiaire du courant sanguin. Telles sont les parotidites qui surviennent dans la pyémie et la septicémie, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, le choléra, etc. On doit toutefois se demander si, dans tous ces cas, la substance infectieuse arrive dans la parotide par la voie sanguine. Précisément dans ces affections, on néglige en général les soins de propreté de la bouche; par conséquent on peut bien être tenté d'admettre l'introduction par cette voie de substances phlogogènes. Je suis d'autant plus porté à accepter cette manière de voir, du moins pour ces maladies, que chez nombre de malades atteints de fièvre septique, j'ai vu la tuméfaction de la parotide se déve-

lopper et disparaître rapidement. O. WEBER avait, du reste, déjà fait cette distinction au point de vue étiologique.

§ 169. — **Le début de l'inflammation** est à peu près le même dans les diverses formes de parotidites que nous avons distinguées au point de vue de l'étiologie. Les malades se plaignent souvent de douleurs plus ou moins intenses qui, de la glande, s'irradient dans la face et la région crânienne. Puis survient une tuméfaction, qui apparaît d'abord au niveau de l'angle de la mâchoire, où la glande n'est pas bridée par la tension de l'aponévrose. Mais bientôt la tuméfaction envahit aussi la partie de la glande située en avant de l'oreille, et donne à l'individu qui en est atteint un aspect tout particulier. Dans les cas de parotidite double surtout, l'augmentation du diamètre transversal de la tête et de la face est reconnaissable à première vue. Il est évident qu'une forte tuméfaction gêne les fonctions des parties voisines, telles que l'articulation temporo-maxillaire; le malade n'ouvre la bouche qu'avec difficulté, et les mouvements de mastication sont douloureux. On comprend que l'acuité auditive soit diminuée lorsque la tuméfaction intéresse la portion de la glande voisine du conduit auditif.

Après cette première période, les symptômes varient suivant les différentes formes étiologiques. La parotidite épidémique, de même que les divers « catarrhes simples » de la glande, disparaissent après une durée de huit jours. Il n'en est plus de même lorsque les altérations anatomo-pathologiques évoluent vers les périodes ultérieures que nous avons décrites plus haut, ce qui est assez fréquent dans les formes de parotidite provenant d'une infection du sang, plus rare dans celles qui reconnaissent comme cause une propagation par les conduits excréteurs. Dans ces cas la tuméfaction persiste, la peau qui recouvre la glande devient œdémateuse; la fièvre augmente ainsi que la douleur grâce à la tension de l'aponévrose, et la maladie peut se terminer de diverses manières suivant l'étendue et l'intensité des lésions.

L'aponévrose qui bride la face antérieure de la glande est quelquefois rapidement envahie et détruite par la suppuration. Dans les processus particulièrement infectieux, il peut se produire rapidement un *phlegmon putride*; et, de l'abcès ainsi formé, s'écoule un pus d'odeur infecte, mélangé de lambeaux de tissu gangrené. Lorsque le processus évolue avec moins d'intensité, on voit se développer peu à peu un abcès plegmoneux, mais ici encore le pus est mélangé de portions de tissu conjonctif nécrosé. La formation d'un abcès sur la face antérieure de la glande doit être considérée comme une terminaison favorable, car l'extension de l'inflammation à la face postérieure de la parotide peut donner lieu à des symptômes bien plus inquiétants. La partie postérieure de la glande, dans la région de l'apophyse styloïde, est en relation avec des interstices de tissu conjonctif très favorables à la propagation des processus inflammatoires. Les différents muscles de cette région (stylo-pharyngien, stylo-glosse et di-

gastrique) favorisent aussi la propagation du pus soit vers l'espace rétro-viscéral, soit vers l'os hyoïde et l'espace antéviscéral. Ainsi se produisent des fusées purulentes en arrière du pharynx et de l'œsophage; le pus peut même fuser le long des voies aériennes et s'y ouvrir un passage, probablement déjà à la hauteur de l'os hyoïde.

L'extension de l'inflammation à la tête est peut-être encore d'un plus mauvais pronostic. On a vu plusieurs fois une *méningite* survenir à la suite d'une parotidite; tantôt la méningite est due à la propagation de l'inflammation le long du tissu conjonctif d'enveloppe des vaisseaux et des nerfs, tantôt elle s'explique par le transport de thrombus ramollis développés dans l'intérieur de la glande en suppuration.

La tâche principale du chirurgien est de prévenir ces complications, et, lorsqu'elles sont survenues, d'en atténuer les conséquences fâcheuses par une prompt intervention. Les formes légères de parotidite guérissent assez bien avec n'importe quel traitement. Si la tuméfaction ne tend pas à disparaître, ou même augmente en même temps que la douleur et la fièvre, on cherchera à empêcher le développement d'un phlegmon par l'application continuelle d'une vessie de glace. On instituera le même traitement dans les cas offrant dès le début les caractères du phlegmon suppuré. On parviendra quelquefois à limiter ainsi l'inflammation. Mais si, en dépit de ce moyen, la tuméfaction augmente, ainsi que la fièvre, qu'on n'hésite pas à se servir du bistouri, même dans les cas où le pus n'a pas encore perforé l'aponévrose! *On fera des incisions profondes, autant que possible parallèlement aux vaisseaux et au nerf facial, ou à une certaine distance du siège présumé de ces derniers.* Ces incisions seront pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques; les plaies seront drainées et recouvertes d'un pansement antiseptique. C'est le meilleur moyen d'empêcher la décomposition du pus et de prévenir les fusées purulentes dont nous avons parlé.

Assez souvent les inflammations de la parotide laissent à leur suite des indurations, lesquelles, dit-on, peuvent être le point de départ de tumeurs. On cherchera à obtenir la guérison de ces processus inflammatoires chroniques par des badigeonnages de teinture d'iode, par l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, comme aussi au moyen d'un pansement compressif.

§ 170. — Parmi les causes de la parotidite nous avons signalé la présence de **corps étrangers** dans les conduits excréteurs. Tel sont les **calculs salivaires**, qui s'observent, semble-t-il, avec une certaine prédilection dans les conduits de la glande sous-maxillaire. Tantôt ce sont des concrétions formées autour de petits corps étrangers ayant pénétré dans les conduits de la glande, tantôt ce sont des calculs nés spontanément par précipitation des substances contenues dans la salive. Les concrétions se forment, non seulement dans les grands canaux excréteurs, mais aussi dans les petits conduits collecteurs; parfois même on observe des concrétions multiples dans le corps de la glande.

Les concrétions formées dans le canal de Sténon peuvent atteindre de grandes dimensions; on en a trouvé du volume d'un œuf de pigeon et même d'un œuf de poule. Le plus souvent, il est vrai, elles sont d'un petit volume, fusiformes, à surface rugueuse. A la coupe ces calculs offrent une structure stratifiée; des couches blanchâtres alternent avec des couches jaunâtres. Des substances inorganiques et organiques entrent dans leur composition. Les premières consistent essentiellement en phosphate et carbonate de chaux, avec de petites quantités de magnésie et de chlorure de sodium. Si l'on dépouille complètement ces calculs de leurs substances inorganiques, et si l'on durcit ensuite la substance organique stratifiée, celle-ci se montre au microscope essentiellement constituée par des *bactéries* et quelques corpuscules salivaires. En outre on y constate la présence de la *ptyaline* (MAAS).

Lorsque les calculs sont situés de façon à ne pas apporter d'obstacle à la sécrétion, ils provoquent seulement des symptômes locaux d'inflammation; celle-ci cependant peut se propager dans l'intérieur de la glande. Lorsque l'inflammation reste localisée, les symptômes consistent seulement dans la présence d'une tumeur circonscrite dure et dans la sensation douloureuse qu'éprouve le malade. Mais dans les cas où le calcul produit une rétention de la salive, on voit se développer une *tumeur salivaire* avec des phénomènes inflammatoires pouvant amener un abcès, une perforation et enfin une fistule salivaire. La présence d'un calcul ne peut être affirmée avec certitude que par introduction d'un stylet dans le canal. Quelquefois le calcul fait saillie au niveau de l'orifice buccal du conduit, et le malade a déjà posé lui-même le diagnostic. Dans ces cas on cherchera à extraire le calcul après dilatation préalable du canal. Lorsque le calcul est profondément situé, une incision du conduit permettra d'en faire l'extraction.

L'oblitération du canal de Sténon peut donner lieu à une **tumeur salivaire**. Les calculs sont une des causes les plus fréquentes de rétention de la salive. Cependant on doit accorder une certaine importance étiologique aux corps étrangers ayant pénétré dans l'orifice du conduit, ainsi qu'à la rétraction cicatricielle et aux processus inflammatoires intéressant le canal excréteur de la glande. KUSSMAUL a observé un malade chez lequel une inflammation chronique suppurée du conduit, avec formation de fibrine, produisait de temps en temps une oblitération de ce dernier et une tuméfaction subite de la parotide; une certaine quantité de pussortait par l'orifice buccal du conduit et aussitôt la tumeur disparaissait. L'introduction d'une sonde mit un terme à cette oblitération périodique.

Le traitement de la tumeur salivaire doit être naturellement basé sur l'étiologie. On éloignera les calculs ou les corps étrangers; les rétractions cicatricielles et les processus inflammatoires seront traités d'après la méthode de KUSSMAUL, qui consiste à inciser le conduit au niveau de son orifice buccal.