

qui n'arrive pas toujours. On la prend quelquefois pour une tumeur cancéreuse, et j'ai vu des médecins, très-instruits d'ailleurs, regretter que l'engorgement des glandes sous-maxillaires ne permit pas de faire l'extirpation de la tumeur. La méprise est d'autant plus facile pour les personnes qui n'ont point eu occasion d'observer cette maladie, que le plus souvent on ne reçoit des malades aucun renseignement qui puisse éclairer le diagnostic. En effet, la plupart, ayant contracté la maladie d'une manière qui ne leur paraît pas capable de la produire, ne conviennent point qu'ils se sont exposés à la contagion; et parmi ceux qui l'ont gagnée par de sales baisers, il en est peu qui osent faire l'aveu de leur turpitude. Mais si l'on considère que la tumeur cancéreuse des lèvres ne se développe jamais aussi promptement que celle dont il s'agit ici, que les tumeurs cancéreuses ne provoquent que très-tard l'engorgement des glandes lymphatiques sous-maxillaires, tandis que dans la tumeur vénérienne leur engorgement a lieu dès les premiers jours de la maladie, on distinguera aisément ces deux espèces de tumeurs l'une de l'autre. Ajoutons que la tumeur vénérienne a été précédée de quelqu'une des circonstances qui exposent les lèvres à la contagion, et notamment de baisers lascifs entre deux personnes dont l'une est saine et l'autre a des ulcères vénériens dans la bouche.

Le traitement des ulcères vénériens primitifs des lèvres doit être local et général. Si l'ulcère ou la tumeur qui le précède est douloureuse et enflammée, on emploie les topiques émollients et anodins en fomentations ou en cataplasmes, et on applique les mêmes remèdes sur les glandes sous-maxillaires engorgées. Lorsqu'il n'y a ni douleur, ni inflammation, ou qu'elles sont dissipées, on pansé l'ulcère avec l'onguent mercuriel double mêlé à un tiers de cérat, et on fait des lotions avec une dissolution de muriate de mercure corrosif dans la proportion de vingt-quatre grains pour deux livres d'eau distillée.

Le traitement local suffirait le plus souvent pour guérir l'ulcère et la tumeur sur laquelle il est établi; mais si l'on s'en tenait à ce traitement, le virus vénérien n'étant pas détruit, le malade resterait exposé aux effets consécutifs de ce virus: or, c'est pour prévenir ces effets qu'on doit faire subir au malade un traitement antivénérien complet par les frictions mercurielles, ou par le muriate sur-oxygéné de mercure combiné avec les sudorifiques.

Les ulcères vénériens consécutifs sont les suites d'une infection vé-

nérienne générale, qu'accompagnent presque toujours d'autres symptômes syphilitiques. Ils occupent ordinairement la commissure des lèvres; leur surface est couverte d'une espèce de couenne blanchâtre, et ne fournit presque point de matière. On voit près de l'ulcère, sur l'une et l'autre lèvre, une excroissance aplatie peu élevée et plus ou moins étendue en longueur et en largeur. L'aspect de ces ulcères, les circonstances commémoratives, l'existence d'autres symptômes vénériens, ne laissent aucun doute sur leur nature. Ces ulcères peuvent subsister longtemps sans faire des progrès bien remarquables. Ils cèdent facilement et promptement aux topiques mercuriels, et surtout à un mélange d'onguent napolitain double et de cérat. Mais il faut faire subir au malade un traitement antivénérien général et complet (1).

## ARTICLE II.

### *Des maladies des joues.*

Les maladies des joues, dont nous allons parler, sont les plaies, les tumeurs, les ulcères et les fistules.

#### § 1. — Plaies des joues.

Quelle que soit la direction de ces plaies, on les réunit aisément avec les emplâtres agglutinatifs lorsqu'elles n'intéressent que la peau, qu'elles sont droites et que leur étendue est médiocre. Mais lorsqu'elles sont profondes, longues, irrégulières, ou avec perte de substance, on les réunit plus exactement et l'on obtient une cicatrice moins difforme en pratiquant plusieurs points de suture, et en faisant concourir avec ce moyen de réunion les emplâtres agglutinatifs. Dans les sujets qui ont de l'embonpoint, il sort quelquefois par la plaie un peloton de graisse qui tient au fond de la blessure par un pédicule. Si ce pédicule est assez gros pour qu'on puisse croire qu'il contient suffisamment de

(1) Voir t. II, p. 924 et 1039.

vaisseaux pour y porter le sang nécessaire à sa nourriture, on peut le remettre en place avant de procéder à la réunion de la plaie; dans le cas contraire, il vaut mieux couper le pédicule et enlever le peloton graisseux. Car si on enfonçait alors ce paquet de graisse dans la plaie, comme il ne recevrait pas assez de sang pour conserver la vie, il deviendrait un corps étranger qui rendrait la suppuration inévitable. Une jeune fille de dix ans avait eu la joue fendue profondément, depuis la pommette jusqu'à la base de la mâchoire, par l'angle d'un morceau de marbre presque tranchant; un morceau de graisse de la grosseur d'une aveline, et tenant par un pédicule étroit, sortait de la partie moyenne de la plaie; je le remis en place, et je réunis ensuite la blessure au moyen de deux points de suture et des emplâtres agglutinatifs. La réunion immédiate eut lieu, excepté dans l'endroit où j'avais remplacé le paquet de graisse, qui tomba en fonte putride. Cet endroit de la plaie suppura beaucoup, et ne fut cicatrisé qu'au bout de trois semaines. La glande parotide et son conduit sont quelquefois compris dans les blessures des joues; nous parlerons de ces blessures en traitant des maladies de la parotide.

### § 2. — Tumeurs des joues.

Les joues peuvent être le siège de toutes les espèces de tumeurs auxquelles sont exposées les autres parties du corps. Les principales sont l'engorgement ou la fluxion, le cancer, les tumeurs enkystées.

La fluxion, désignée par quelques auteurs sous le nom d'inflammation blanche de la joue, consiste dans une tuméfaction de cette partie avec ou sans phénomènes inflammatoires. Cette affection, qui est très-fréquente, peut être bornée à une seule joue, ou les occuper toutes deux successivement ou à la fois. Elle s'étend quelquefois vers les parties contiguës, mais jamais elle ne commence ailleurs qu'à la face. On l'observe particulièrement dans les temps froids et humides, dans les endroits bas et marécageux; elle attaque plus souvent les adolescents et les adultes que les enfants et les vieillards. Les femmes y sont très-sujettes à la suite de leurs couches, et les personnes qui en ont été une fois atteintes y sont plus exposées que d'autres. Dans la plupart des cas, les fluxions reconnaissent pour cause la carie d'une dent. Lorsqu'on songe à l'origine, à la distribution et aux anastomoses des vaisseaux des dents et des joues, on conçoit facilement l'action sym-

pathique des maladies des dents sur les joues. Quelquefois cependant des personnes dont toutes les dents sont parfaitement saines éprouvent des fluxions; elles sont ordinairement alors le résultat de l'impression d'un vent froid sur la joue ou sur les dents. On a vu aussi des fluxions qui paraissaient provenir de la rétrocession d'un rhumatisme ou de la goutte.

Le seul symptôme qui accompagne constamment les fluxions, c'est le gonflement. Il survient ordinairement tout à coup et augmente rapidement. Tantôt il est borné aux joues, tantôt il s'étend aux gencives, aux paupières, aux ailes du nez, à la région parotidienne et à la partie supérieure du cou. Dans les cas où la fluxion succède à l'odontalgie, la gencive est gonflée avant que la joue le soit; on observe le contraire dans le cas plus rare où la fluxion précède la douleur des dents. La douleur n'accompagne pas constamment cette maladie. Lorsqu'elle a lieu, elle est presque toujours obscure, très-rarement aiguë. C'est en général un sentiment de gêne, de pesanteur, de tension et de roideur qu'elle fait éprouver. Lorsque l'odontalgie a précédé la fluxion, il arrive souvent qu'elle cesse au moment où celle-ci paraît. Les parties que frappe la fluxion ne sont quelquefois point altérées dans leur couleur; d'autres fois elles sont rouges, d'autres fois pâles, tendues et luisantes; souvent elles offrent successivement ces deux nuances. A ces symptômes s'en joignent encore quelques autres qui sont l'effet immédiat de la tuméfaction de la face: tels sont le trouble de la parole, la gêne de la mastication, la difficulté de cracher, quelquefois le ptyalisme et la toux. Des symptômes généraux accompagnent certaines fluxions: la bouche est pâteuse ou amère, la langue chargée, le pouls fréquent, la chaleur élevée, et le malade éprouve un malaise général.

Les fluxions se développent rapidement; c'est toujours avec plus de lenteur qu'elles disparaissent. Dans quelques cas la maladie se montre dans une partie de la face à mesure qu'elle cesse dans l'autre. Sa durée est ordinairement assez courte: quatre, sept ou huit jours la voient commencer et finir. Dans quelques cas elle se prolonge jusqu'au quatorzième et au delà.

Les fluxions des joues se terminent presque toujours par résolution. Quelquefois il se forme dans la partie affectée un foyer purulent, et la suppuration termine la maladie. Quelquefois aussi la terminaison n'est pas complète: la tuméfaction diminue notablement sans pourtant que les parties reviennent à leur volume naturel. La fluxion qui ne

doit finir qu'en suppurant est accompagnée des symptômes propres au phlegmon; la rougeur est vive, la douleur aiguë, pulsative, et la chaleur élevée : c'est la fluxion inflammatoire ou phlegmoneuse.

Le diagnostic de la fluxion est facile. Il suffit qu'on soit prévenu que l'œdème et le phlegmon de la joue, les maladies du sinus maxillaire, la salivation mercurielle peuvent produire des symptômes analogues à la fluxion, pour qu'on soit à l'abri de toute méprise.

Le traitement des fluxions varie à raison des causes qui les font naître, et de la forme sous laquelle elles se montrent. Les fluxions primitives, c'est-à-dire qui ne sont produites par aucune autre affection, comme la carie des dents, etc., cèdent le plus souvent sans aucun remède. Tenir la partie bien chaudement est la seule indication qui se présente alors. On recommande donc au malade de ne point s'exposer à l'air froid, et de couvrir la joue avec du coton ou de la laine. Lorsque la fluxion est accompagnée de rougeur et de chaleur, on a recours aux topiques émollients, tels que les fomentations d'eau de guimauve ou de sureau, les cataplasmes de farine de graine de lin, les collutoires de même nature. Dans les cas où la fluxion inflammatoire est accompagnée de pyrexie, ou est due à la suppression d'une hémorrhagie habituelle, la saignée par les sangsues ou par la phlébotomie est indiquée. S'il se forme un abcès, comme il arrive quelquefois, on peut le laisser s'ouvrir de lui-même, lorsqu'il est peu considérable et que les parties n'opposent pas au pus une trop grande résistance. Dans le cas contraire, on doit l'ouvrir avec l'instrument tranchant. Si l'abcès a son siège entre les gencives et la joue, on peut l'ouvrir dans l'intérieur de la bouche, et donner à l'incision une assez grande étendue; mais lorsqu'il est placé dans l'épaisseur de la joue, près des téguments, il faut que l'incision soit faite en dehors, et n'ait que l'étendue nécessaire à la sortie du pus, afin que la cicatrice soit moins grande et par conséquent moins apparente.

Les fluxions ne se terminent pas toujours par une résolution prompte ou par suppuration. Il n'est pas rare de voir l'engorgement qui les constitue persister avec ou sans douleur, mais sans rougeur et sans dureté, pendant plusieurs semaines ou même pendant un ou deux mois. Le traitement qui convient aux fluxions aiguës ne convient pas à ces fluxions chroniques. Ici on doit avoir recours aux topiques légèrement aromatiques, et aux dérivatifs que l'on porte successivement sur la bouche, le conduit intestinal et diverses parties

de la peau. On a souvent employé avec succès les masticatoires irritants, les purgatifs drastiques, les pédiluves sinapisés, les vésicatoires à la nuque, les sudorifiques, etc. Il n'est pas sans exemple que des fluxions aient résisté à la plupart de ces moyens, et qu'elles n'aient disparu que peu à peu par le seul bénéfice de la nature.

Ces divers moyens cependant suffisent quand la fluxion est primitive. Mais quand elle est produite par une autre maladie, et c'est presque toujours alors par la carie d'une dent, le remède le plus efficace est la destruction de cette maladie, l'extraction de la dent. Toutefois il serait imprudent de faire cette opération lorsque la fluxion est à son plus haut degré; on doit attendre qu'elle soit complètement dissipée pour procéder à l'évulsion de la dent.

Le furoncle, l'anthrax et la pustule maligne doivent être traités à la joue comme sur les autres parties du corps. Nous ferons seulement remarquer qu'on ne doit pas avoir pour but unique la guérison de la maladie, mais qu'on doit s'attacher encore à guérir avec le moins de difformité possible. Il en est de même des loupes et des tumeurs squirreuses et cancéreuses des joues. Ces dernières ont cela de particulier qu'elles ne se montrent pas toujours à l'extérieur. C'est dans quelques cas à la face interne des joues, dans la membrane muqueuse de la bouche et dans le tissu cellulaire qui l'unit au muscle buccinateur, qu'elles se développent. Elles doivent être emportées de bonne heure, parce qu'elles acquièrent promptement un accroissement qui rend l'opération beaucoup plus difficile ou même impossible. Lorsque la maladie a déjà fait de grands progrès au moment où l'on est appelé, il faut apporter toute son attention à reconnaître si la tumeur est ou n'est pas susceptible d'être enlevée en totalité. Dans le premier cas, on doit se hâter de recourir à une opération qui peut sauver la vie au malade; dans le second on doit s'en abstenir absolument. En effet, si la récurrence de la maladie est à craindre lorsqu'on a pu emporter complètement la tumeur, elle est certaine lorsque l'ablation n'a pas été complète. Un chirurgien sage n'entreprend jamais une opération dont le malade ne peut retirer aucun avantage, qui peut compromettre et l'art qui la réprouve, et l'imprudent qui ose la tenter.

## § 3. — Fistules des joues.

Il a été précédemment question des fistules qui dépendent d'une maladie du sinus maxillaire : nous parlerons plus tard de celles qui sont produites par la lésion de la glande parotide ou de son conduit excréteur. Il ne sera question ici que de celles qui sont le résultat d'une perforation de la joue avec perte de substance, ou d'une maladie des dents.

Lorsque, à la suite du charbon, d'une brûlure ou par quelque autre cause, la joue est percée de part en part avec perte de substance, il arrive fréquemment, surtout quand la plaie a une certaine étendue, que ses bords ne se réunissent point; ils se cicatrisent isolément, et il reste une ouverture dans la joue. Cette ouverture donne continuellement passage à la salive, et, pendant le repas, aux aliments.

Le traitement de cette espèce de fistule consiste à en exciser les bords par deux incisions semi-elliptiques et à les réunir ensuite au moyen de la suture entortillée. Si le malade refusait de se soumettre à cette opération, on boucherait l'ouverture avec un instrument ressemblant assez aux doubles boutons d'ivoire dont les hommes se servent dans quelques pays pour attacher la ceinture de leur culotte. J'ai vu une personne qui portait une fistule de cette espèce, et qui avait imaginé un obturateur plus commode que celui dont nous parlons, bien qu'il lui ressemblât beaucoup. Il était composé de deux plaques d'argent, rondes et un peu plus larges que la fistule. Une tige d'argent cylindrique et d'une longueur proportionnée à l'épaisseur de la joue était soudée par une de ses extrémités à la partie moyenne de la plaque qui correspondait à l'intérieur de la bouche; l'autre extrémité, qui était libre, offrait une cannelure en spirale et s'adaptait dans un enfoncement cannelé que présentait la plaque externe. La manière d'agir de cet instrument est trop facile à concevoir pour qu'il soit nécessaire de l'expliquer (1).

(1) Les fistules des joues et les pertes de substance considérables de ces parties peuvent être guéries par l'autoplastie. J'ai vu plusieurs fois ce mode opératoire employé sous ses diverses formes réussir parfaitement. Il n'est pas possible d'établir des règles sur son application, parce que celle-ci présente autant de différences qu'il y a de cas spéciaux.

Les fistules produites et entretenues par la carie des dents, le gonflement de leur racine, ou par la sortie difficile des dernières grosses molaires, sont désignées sous la dénomination de fistules dentaires.

Celles de ces fistules qui proviennent d'une affection des dents de la mâchoire inférieure sont ordinairement situées vers la base de cet os ou sur sa surface externe; dans quelques cas sur les parties antérieure ou latérale du cou. La carie des dents molaires de la mâchoire supérieure cause très-rarement une fistule dentaire. C'est presque toujours une affection du sinus maxillaire qui est le résultat de cette carie. S'il survient alors une fistule à la joue, il n'est aucun des points qui correspondent au sinus qu'elle ne puisse occuper. La lésion de la dent canine de la mâchoire supérieure cause quelquefois une fistule qui a son siège près de l'aile du nez, dans l'enfoncement qui sépare la lèvre supérieure de la joue correspondante. J'ai vu une fistule de cette espèce qu'un chirurgien avait prise pour un ulcère cancéreux, et pour laquelle il avait prescrit au malade l'extrait de ciguë pendant plus d'une année. Les fonctions de l'estomac en avaient été dérangées, et la constitution de l'individu était fort altérée. Je fis arracher la dent canine dont la racine était altérée. Deux jours après, la fistule était guérie. Un autre malade qui portait depuis six ans, au-dessous du menton, une fistule produite par l'altération des vaisseaux et de la membrane dentaires des deux dents incisives moyennes de la mâchoire inférieure, fut également guéri en moins de six jours après l'extraction de ces deux dents. Elles n'étaient point cariées, mais elles étaient douloureuses, et c'est par cette circonstance, par la situation, l'aspect et la direction de la fistule, que je jugeai de sa nature et du moyen qu'il convenait d'employer pour sa guérison.

Les fistules dentaires sont précédées d'une tuméfaction plus ou moins considérable des parties molles qui couvrent la dent affectée. La tumeur n'est ni extérieure ni mobile. Elle adhère à l'os maxillaire et s'étend par degrés de l'intérieur vers l'extérieur. Elle est d'abord très-peu apparente et mal circonscrite; elle prend des limites en prenant de l'accroissement. Elle s'amollit ensuite et se convertit en un abcès dont l'ouverture spontanée ou artificielle devient fistuleuse. La tumeur qui, en s'abcédant, donne lieu aux fistules dentaires, est toujours précédée d'odontalgie, souvent de fluxion, et quelquefois du gonflement de la mâchoire ou d'une sorte d'exostose.

Les autres symptômes des fistules dentaires varient suivant qu'elles

sont ou simples ou compliquées de quelque affection de l'os maxillaire. Simples, elles sont produites et entretenues seulement par la carie de la dent ou l'engorgement des parties molles qui l'entourent et des vaisseaux qu'elle reçoit. Elles se présentent sous la forme d'un petit ulcère, au milieu duquel est une ouverture dont les bords sont calleux, et par laquelle suinte une petite quantité de pus séreux. Quelquefois, au lieu d'une ouverture il en existe plusieurs très-près les unes des autres. Si l'ulcère n'est pas couvert d'un emplâtre, le pus qui sort par l'orifice fistuleux est desséché par son contact avec l'air, et forme une croûte mince qui bouche cet orifice et qui est bientôt détachée par le pus qui s'accumule au-dessous d'elle. Si l'on introduit un stylet dans la fistule, il se dirige vers la dent malade et rencontre quelquefois l'os maxillaire dénudé. Le doigt porté dans la bouche touche l'extrémité du stylet à travers la membrane interne de cette cavité, ou le stylet pénètre dans la bouche même, aussi bien qu'un liquide injecté par l'orifice externe de la fistule.

Les fistules dentaires qui sont compliquées de la nécrose ou de l'exostose de la mâchoire sont communément précédées d'un engorgement inflammatoire considérable qui se termine en suppurant. L'abcès s'ouvre et dégénère en un ulcère fistuleux couvert de chairs fongueuses. Quelquefois, au lieu d'un abcès, il s'en forme deux ou plusieurs. Le dégorgeement que procure la suppuration ne fait pas disparaître entièrement la tumeur; les parties molles restent gonflées, et l'os lui-même est tuméfié. Une assez grande quantité de pus coule incessamment de la fistule, dans le fond de laquelle on touche l'os à nu avec un stylet.

Les fistules causées par l'éruption difficile des dernières molaires ou dents de sagesse, sont précédées par une fluxion considérable que suit un abcès. Mais ici le dégorgeement qui succède à l'ouverture de l'abcès est beaucoup plus rapide et l'os n'est point affecté.

Le diagnostic des fistules dentaires est, en général, très-facile : la douleur de dents, la destruction d'une portion de leur couronne par la carie, des fluxions répétées, sont les signes qui, joints à la correspondance de la fistule à la dent malade, ne laissent aucun doute sur la nature de ces fistules. Dans les cas où elles sont produites par une affection de la membrane qui enveloppe les dents et par l'engorgement des petits vaisseaux qui la pénètrent, le diagnostic peut être plus difficile. Quelquefois, en effet, les malades ne ressentent aucune dou-

leur; mais si l'on percute avec un corps métallique chacune des dents qui correspondent à la fistule, on cause une douleur très-vive à l'une d'elles; c'est celle-là qui est malade et qu'il faut arracher; presque toujours on trouve à sa base une petite tumeur molle et fongueuse. Le diagnostic des fistules dentaires peut encore présenter quelque embarras lorsqu'elles dépendent de l'éruption difficile de la dernière dent molaire, et que le malade ne peut point ouvrir la bouche. Il faut dans ce cas porter profondément le doigt indicateur entre la joue et l'arcade alvéolaire : on reconnaîtra que l'espace compris entre la seconde grosse molaire et l'apophyse coronéide n'est pas assez grand pour permettre à la troisième grosse molaire de sortir de son alvéole; on pourra même sentir la couronne de cette dent à travers la gencive tuméfiée et quelquefois même entamée.

Le traitement des fistules dentaires peut être distingué en préventif et en curatif. On prévient la formation de ces fistules, lorsqu'il n'existe encore qu'un engorgement des parties molles produit par l'affection d'une dent, en la faisant arracher avant que l'abcès soit formé. L'engorgement disparaît alors peu à peu; mais il est rare que les malades se décident à cette opération lorsque les symptômes qu'ils éprouvent ne sont pas plus sérieux.

Le même traitement convient encore lorsque la fistule est formée; il faut arracher la dent qui correspond à la fistule, et qui tantôt est cariée et tantôt seulement douloureuse. Tous les topiques, tous les remèdes intérieurs seraient entièrement inutiles, tandis que l'extraction de la dent fait disparaître la fistule en quelques jours. Fabricius Hildanus rapporte quatre observations de fistules à la mâchoire inférieure, causées par la carie des dents, et qui furent guéries peu après l'évulsion des dents, ou de leurs débris.

Dans les fistules dentaires compliquées du gonflement de l'os maxillaire, l'arrachement des dents cariées suffit ordinairement pour amener la guérison de la fistule et la résolution de l'exostose. Il est à croire que l'os est nécrosé lorsque la guérison ne succède pas à cette opération; et dans ce cas, pour que la fistule disparaisse, il faut que l'os s'exfolie, ce qui se fait avec lenteur.

Les fistules dentaires causées par l'éruption difficile de la dernière dent molaire ne guérissent que lorsque cette dent est entièrement sortie. Le moyen le plus efficace pour favoriser cette éruption, c'est d'extraire la seconde grosse molaire; mais l'impossibilité d'ouvrir la