

Solides.....	{	Encapsulées.....	Adénome.
			Sarcome.
			Chondrome.
			Fibrome.
			Myxome.
			Lymphome.
		Non encapsulées....	Carcinome.
			Lipome profond.
			Angiome caverneux.

## 2° MALADIES DE LA JOUE.

Dans mon *Traité d'anatomie topographique*, j'ai décomposé la joue, pour les besoins de la description, en plusieurs sous-régions : massétérine, malaire, sous-orbitaire, mentonnière et buccale, mais cette division n'est pas applicable à la clinique. Les maladies des régions malaire et sous-orbitaire seront étudiées avec celles de la mâchoire supérieure, et les maladies des régions massétérine et mentonnière avec celles de la mâchoire inférieure. Ce sont donc les affections de la portion buccale que j'aurai seulement en vue dans ce chapitre, de cette portion exclusivement formée des parties molles, limitées en dehors par la peau, et en dedans par la muqueuse buccale. J'engage le lecteur à consulter la figure 98 de mon *Traité d'anatomie topographique* (4<sup>e</sup> édition), qui représente une coupe horizontale de la joue et sans laquelle il est difficile de se faire une idée exacte du rapport entre eux des organes qui entrent dans la composition de la région.

Dans chaque région du corps existe en général un organe plus important que les autres et qui doit attirer spécialement l'attention : c'est ici le canal excréteur de la glande parotide, canal de Sténon, dont la blessure peut être suivie de conséquences sérieuses.

Toutes les fois que le chirurgien porte le bistouri sur la joue, il doit songer au canal de Sténon, et avoir présente à l'esprit la situation de ce conduit.

On observe à la joue des plaies, des brûlures, des abcès, des gangrènes, des fistules, des névralgies et quelques tumeurs spéciales.

**A. Plaies de la joue.** — Les plaies accidentelles de la joue ne sont pas très communes, parce que les chocs portent en général sur les parties de la face qui sont les plus saillantes : le front, le

sourcil, le nez, les lèvres, le menton. Je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est que la réunion doit être pratiquée avec un soin minutieux, pour éviter une cicatrice trop apparente ou vicieuse. Il faut rechercher la première intention même dans le cas de plaie contuse. Lorsque la plaie est profonde et produite principalement par un instrument tranchant, il en peut résulter une blessure du canal de Sténon. Si la section est incomplète, le canal peut se cicatrifier, mais, si la section est complète, il en résultera très probablement l'établissement d'une fistule salivaire que l'on pourrait peut-être d'ailleurs prévenir à l'aide d'une manœuvre spéciale au moment du premier pansement, ainsi que je le dirai plus loin en parlant des fistules.

Les plaies chirurgicales faites dans le but d'ouvrir un abcès de la joue, d'enlever une tumeur, de sectionner ou réséquer le nerf buccal, doivent toujours être combinées de façon à épargner autant que possible le canal de Sténon. Rappelez-vous que ce canal présente une direction horizontale et siège sur le trajet d'une ligne étendue du tragus à la commissure labiale. Toutes les fois donc qu'une incision doit atteindre une certaine profondeur, il est préférable de ne pas lui donner une direction verticale, perpendiculaire à celle du canal de Sténon, mais de la faire parallèle à ce canal.

**B. Brûlures de la joue.** — Les brûlures de la joue se rencontrent dans la pratique plus souvent que les plaies. Ce sont des enfants ou bien des épileptiques qui tombent dans le feu ; des sujets à la figure desquels on a projeté une substance caustique, ou encore des malades cautérisés pour une pustule maligne. La gravité de ces brûlures consiste dans les déformations que détermine ultérieurement le tissu de cicatrice sur les paupières, le nez, les lèvres. Malheureusement le traitement ne saurait empêcher la production de ces cicatrices vicieuses. Il y aurait cependant intérêt à recouvrir la plaie de greffes, et surtout de greffes dermiques.

**C. Abcès de la joue.** — Les abcès de la joue sont situés soit en dehors, soit en dedans de l'aponévrose buccinatrice. S'ils sont situés en dehors, ils évoluent vers la peau, et c'est par cette voie qu'ils s'ouvrent spontanément ou qu'il en faut pratiquer l'ouverture.

Lorsque le pus siège sous l'aponévrose, l'abcès fait saillie du côté de la bouche, et c'est par la muqueuse qu'on peut l'ouvrir. Je

rappelle ici que la couche cellulo-graisseuse sous-aponévrotique de la joue se continue avec celle de la fosse zygomatique, de la région temporale profonde, et avec celle qui est située au fond de la loge parotidienne. La joue peut donc être l'aboutissant des foyers purulents développés dans ces diverses régions.

**D. Gangrène de la joue. — Génioplastie.** — La joue est le siège d'une affection heureusement rare, caractérisée par le développement d'une large plaque de gangrène, spéciale aux enfants, et qui a reçu le nom de *noma*. Toute l'épaisseur de la joue est envahie et, si les malades guérissent, ce qui est l'exception, il reste à la suite des cicatrices vicieuses qui non seulement déforment le visage, mais entravent le mouvement des mâchoires par suite des adhérences qui s'établissent avec les maxillaires. Plus tard, lorsque la nature a achevé son œuvre de réparation, il est parfois possible d'intervenir par une opération autoplastique, de pratiquer une *génioplastie*, mais l'étoffe manque le plus souvent pour réparer une telle perte de substance.

Il faut commencer par détacher les adhérences qui unissent souvent l'un à l'autre les deux maxillaires; pour diminuer l'étendue de la perte de substance, il est quelquefois nécessaire d'enlever les molaires. Il est à craindre que même avec ce sacrifice on n'arrive pas à combler la perte de substance et que, les brides se reproduisant, le malade ne retrouve pas la liberté des mouvements des mâchoires.

La principale difficulté de la génioplastie n'est pas tant en effet de trouver une quantité de peau suffisante, car on pourrait en emprunter au cou en prolongeant suffisamment en bas les incisions, comme nous le faisons pour restaurer la lèvre inférieure, mais c'est de trouver de la muqueuse pour doubler cette peau. S'il n'existe pas de muqueuse sur la face profonde du lambeau, celle-ci contracte presque fatalement des adhérences nouvelles et, si la difformité est en partie masquée, ce qui est déjà beaucoup sans doute, la fonction ne se rétablit pas. Or, où prendre de la muqueuse? ce ne peut être que sur les lèvres, mais c'est souvent impossible. Il existe dans ces cas difficiles une dernière ressource, c'est de réséquer le maxillaire inférieur de ce côté, afin de diminuer encore davantage l'étendue de la perte de substance à combler et surtout de permettre la mobilisation de l'autre côté. Il semblerait *à priori* qu'une moitié de maxillaire est impuissante à

fournir un bon point d'appui pour la mastication, mais c'est une erreur: le jeune Canadien auquel j'ai fait allusion plus haut cassait très facilement une noisette entre ses dents sans le secours d'aucun appareil prothétique.

**E. Fistules de la joue.** — Les fistules de la joue sont de deux espèces: les *fistules purulentes* et les *fistules salivaires*; les premières sont très communes, les secondes fort rares.

Les *fistules purulentes* se rattachent à deux causes principales: une lésion du squelette et une altération du système dentaire. Ces deux causes peuvent exister à la fois, mais c'est la maladie de la dent qui est primitive et a déterminé à la longue une altération de l'os. Il est facile d'établir le diagnostic de cette affection, toutefois il ne faut pas s'attendre à ce que le stylet introduit par l'un des trajets fistuleux (il y en a souvent plusieurs) conduise nécessairement sur une partie dénudée; c'est même là une cause d'erreur très préjudiciable au malade, car on en conclut que la fistule n'est pas d'origine dentaire et le retard apporté au seul traitement utile prolonge la suppuration en accentuant de plus en plus la difformité. Le praticien doit être bien pénétré de ceci: *toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux au voisinage des maxillaires, il est presque certain que le point de départ est dentaire.*

La découverte de la dent malade n'est pas toujours facile, car il se peut que la couronne soit intacte, la racine seule altérée, et que le malade n'accuse aucune douleur; je reviendrai d'ailleurs plus loin sur ce point en étudiant les dents. Toutefois, en examinant la face interne de la joue, on trouve en général un cordon dur qui part de la fistule et se dirige vers le collet de la dent malade ou bien du côté de la partie osseuse altérée. Il faut, sans plus tarder, enlever la dent ou les dents suspectes, et c'est merveille de voir des fistules qui durent parfois depuis des années guérir en quelques jours lorsque le diagnostic a été fait exactement.

J'ai observé sur une enfant âgée de quelques mois des fistules géniennes, dues à une cause que je crois très rare, l'ectopie de follicules dentaires dans l'épaisseur du maxillaire supérieur vers le plancher de l'orbite. Je dus enlever tous les follicules pour guérir l'enfant (1).

(1) L'ectopie s'était produite dans le maxillaire supérieur droit. Aujourd'hui (1885) cette enfant est âgée de dix ans et jouit d'une excellente santé. Il reste un léger ectropion à droite. Le système dentaire s'est normalement développé, sauf du côté

Si le point de départ de la fistule était osseux, il serait nécessaire de pratiquer une incision soit à travers la fistule, soit par la bouche au niveau du repli muqueux gingivo-buccal, pour arriver jusque sur la partie malade et en pratiquer l'ablation.

Les *fistules salivaires* résultent de la division du canal de Sténon. En étudiant la région parotidienne, nous avons vu que la blessure de la glande parotide pouvait être suivie de l'établissement d'une fistule salivaire en général facile à guérir par une simple cautérisation et même la compression seule. Il n'en est pas de même des fistules du canal de Sténon, lesquelles, une fois établies, n'ont aucune tendance à guérir spontanément et nécessitent toujours une intervention souvent délicate.

La cause de ces fistules est ordinairement une plaie qui a divisé complètement le canal; un abcès consécutif à la présence d'un corps étranger, d'un calcul, pourrait aussi les produire. Le diagnostic s'impose, puisqu'il s'écoule par l'orifice génien un liquide clair limpide, surtout au moment des repas.

Les indications à remplir sont les suivantes: 1° rétablir le cours normal de la salive: mais c'est impossible, car on ne retrouverait que fort difficilement dans l'épaisseur de la joue le bout périphérique du canal, et comment d'ailleurs réunir les deux bouts? — 2° tarir la source de la salive en atrophiant ou en extirpant l'organe sécréteur, la glande parotide, mais on n'y réussira pas, si ce n'est à l'aide d'une opération grave laissant après elle des traces plus pénibles que la fistule elle-même; — 3° détourner le cours de la salive en créant un nouvel orifice dans la cavité buccale; cette dernière indication est la vraie et c'est à la remplir que se sont attachés les chirurgiens à l'aide des nombreux procédés qui ont été proposés.

Je dois établir à cet égard une distinction importante qui n'a peut-être pas été faite jusqu'ici. Le canal de Sténon présente dans son trajet deux portions distinctes: une portion massétérine et une buccale. La fistule peut porter sur l'une ou l'autre de ces portions. Or l'indication précédente, à savoir établir un nouvel orifice buccal, est impossible à remplir dans la première portion, puisqu'il faudrait pour cela traverser le masséter, la branche montante du maxillaire inférieur, le ptérygoïdien interne, et encore n'arriverait-on pas

primitivement malade où les petites et les grosses molaires manquent. Seul un chicot noirâtre occupe la place de la dernière grosse molaire.

dans la bouche, mais dans la fosse zygomatique. La méthode n'est donc applicable qu'à la portion buccale ou buccinatrice du canal, et il en résulte qu'une fistule salivaire de la portion massétérine doit être considérée comme incurable. Avant de se prononcer, il faudrait toutefois établir un diagnostic très exact, c'est-à-dire être certain que la fistule part bien du canal et non de la parotide accessoire, qui accompagne et recouvre souvent le canal jusqu'au bord antérieur du masséter. On le reconnaîtra à ce signe: si la fistule part du canal, il ne s'écoulera pas du tout de salive par la bouche, tandis que, si elle part de la glande, il s'en écoulera à la fois et par la joue et par la bouche. Ce diagnostic a d'autant plus d'importance que, si la fistule du canal est incurable, celle de la glande peut très bien guérir, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut.

Nous admettons que le malade est atteint d'une fistule salivaire curable siégeant sur la partie buccale du canal. Comment réaliser la seule indication qu'il y ait à remplir, c'est-à-dire dériver le cours de la salive? Il suffit de perforer la muqueuse buccale dans le point correspondant à l'orifice fistuleux cutané, de façon que la salive s'écoule par la bouche, mais la difficulté est de maintenir cet orifice ouvert. On y peut réussir de plusieurs manières: en perforant la joue avec un fer rouge ou le thermo-cautère pour produire une eschare. Desault maintenait une mèche dans le trajet; Deguise coupait peu à peu un bout de muqueuse avec un fil de plomb noué dans la bouche. Je serais d'avis de commencer par l'emploi du moyen suivant: traverser de part en part la joue au niveau de la fistule, introduire un drain dans le trajet, tirer le drain de façon que l'extrémité externe affleure la peau, faire sortir l'autre extrémité par la bouche, le fixer au niveau de la commissure, et réunir ensuite la plaie extérieure convenablement avivée. Laisser le tube en place pendant trois ou quatre jours jusqu'à cicatrisation de la peau.

J'ai parlé précédemment des plaies de la joue dans lesquelles le canal de Sténon est intéressé; je crois que dans ces cas, si la paroi buccale n'est pas divisée dans sa totalité, il y aurait lieu de la fendre pour que la salive puisse s'écouler, d'y introduire au besoin un tube à drainage et de fermer ensuite la plaie extérieure: on éviterait sans doute ainsi la production d'une fistule salivaire consécutive.

**F. Névralgies de la joue.** — Dans l'épaisseur de la joue se

trouve un plexus nerveux formé par l'anastomose du nerf facial et du buccal, branche de la cinquième paire. Cette dernière est parfois le siège de névralgies fort douloureuses et peut même déterminer à la surface de la peau la production d'un zona génien. Il est facile de diagnostiquer la névralgie par la direction et le siège des irradiations douloureuses étendues suivant une ligne allant de l'oreille vers la partie moyenne de la joue. Elles offrent trois points douloureux : 1° en avant du lobule de l'oreille; 2° près du rebord antérieur du masséter; 3° à la partie moyenne de la joue. Lorsque cette névralgie est rebelle aux moyens ordinaires de traitement, on a pu songer à pratiquer la résection ou l'élongation du nerf. Les procédés de Michel (de Strasbourg), de MM. Letiévant et Valette (de Lyon), consistent à atteindre le nerf par une incision à la peau, pratiquée parallèlement au bord antérieur du masséter : mais la présence du canal de Sténon, de l'artère faciale et de quelques rameaux moteurs du facial rend cette opération très difficile et souvent nuisible, d'autant plus que ces divers organes ont une direction perpendiculaire à celle de l'incision. Pour ma part, je préférerais une incision horizontale passant au-dessous de la ligne fictive qui indique la direction du canal de Sténon (ligne étendue du lobule de l'oreille à la commissure labiale), afin d'éviter l'inconvénient le plus sérieux, la fistule salivaire.

M. Panas a pratiqué la section du nerf buccal suivant une méthode qui me paraît encore préférable; déjà Nélaton l'avait employée, mais sans en tracer les règles. Elle consiste à opérer par la bouche. Après avoir disposé convenablement son malade, le chirurgien place l'ongle de son indicateur sur la lèvre externe du bord antérieur de la branche montante, à sa partie moyenne, et coupe successivement en avant de ce bord la muqueuse et les fibres du buccinateur; il recherche ensuite le nerf avec la sonde cannelée et en pratique la section.

**G. Tumeurs diverses de la joue.** — Les tumeurs de la joue se développent aux dépens de la graisse : ce sont des lipomes; aux dépens du groupe des glandes molaires : ce sont des kystes, des adénomes, adéno-sarcomes, etc.; aux dépens du canal de Sténon : des calculs, des kystes.

On rencontre plus souvent des kystes sébacés, des angiomes, des épithéliomes, mais ces tumeurs n'offrent rien de spécial à la région. Je dirai seulement qu'il convient d'enlever les kystes

sébacés avec le bistouri, afin d'obtenir une cicatrice linéaire; j'ai l'habitude de traiter les angiomes en les lardant avec la pointe du thermo-cautère chauffé au rouge sombre. Quant aux épithéliomes, si leur ablation entraîne une grande perte de substance, il faut la réparer aussitôt par la génioplastie en empruntant de la peau aux parties voisines.

*Lipomes de la joue.* — La joue présente deux couches de graisse distinctes : l'une superficielle sous-cutanée, sus-aponévrotique; l'autre profonde, sous-aponévrotique. La première couche communique avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané des régions temporale et parotidienne; la seconde se continue avec les graisses de la fosse zygomatique, et par suite avec la couche sous-aponévrotique de la région temporale, ainsi qu'avec le tissu celluleux lâche occupant le fond de la loge parotidienne.

Ces notions anatomiques jettent une certaine clarté sur la question encore obscure des *lipomes de la joue*. Se développant aux dépens des deux couches de tissu adipeux qui existent dans la région, ils sont : les uns sous-cutanés ou sus-aponévrotiques; les autres sous-aponévrotiques. C'est à tort qu'on désigne ces derniers sous le nom de *sous-muqueux*, car ils ne siègent jamais directement sous la muqueuse, mais bien à la face externe du muscle buccinateur; la cause de l'erreur vient de ce que, bridés en dehors par l'aponévrose, ils font saillie dans la bouche plutôt que sous la peau. On conçoit donc qu'un lipome sous-aponévrotique de la joue puisse gagner la fosse zygomatique, la fosse temporale, et forme une tumeur profonde dont le diagnostic sera fort difficile. On conçoit également que des lipomes développés dans le même point se propagent à la loge parotidienne en passant derrière la branche montante, ou que réciproquement ils viennent de la région parotidienne faire saillie dans la joue.

Cette étiologie des lipomes géniens offre plus qu'un intérêt théorique. En effet, si le lipome est sous-aponévrotique, on devra l'attaquer par la muqueuse buccale. Dolbeau a fait remarquer que ces tumeurs ne présentent aucune adhérence avec les parties voisines; que la graisse dont elles sont formées est molle, s'étire sous l'effet d'une traction soutenue, en sorte qu'on en peut faire l'extirpation par une incision étroite. Était-ce le cas du lipome dont a parlé Demarquay à la Société de chirurgie, et qu'il a désigné du nom de lipome sous-parotidien? Il en fit l'extraction de dehors en

dedans à travers la parotide. Il sera bon de rechercher si les lipomes parotidiens profonds font saillie du côté de la bouche, car, en les attaquant par la voie buccale, on substituerait une opération très légère à un grave traumatisme.

*Kystes, adénomes, adéno-sarcomes de la joue.* — Au-dessous de l'aponévrose buccinatrice, entre ce feuillet fibreux et le muscle, se trouve constamment un groupe de glandes en grappe dont le conduit excréteur traverse les fibres musculaires et va s'ouvrir à la surface de la muqueuse. Il est vraisemblable que les kystes ou les tumeurs solides de nature bénigne que l'on observe, parfois, rarement, il est vrai, dans l'épaisseur des joues, ont pour point de départ ce groupe glandulaire. Bridées par l'aponévrose, ces tumeurs ont plus de tendance à faire saillie du côté de la muqueuse que vers la peau, et c'est par la bouche qu'il convient de les attaquer. Je crois inutile de m'y arrêter davantage, car c'est tout ce qu'elles présentent de particulier dans cette région. On éviterait la blessure du canal de Sténon en pratiquant une incision horizontale en dehors de la ligne que j'ai indiquée précédemment comme représentant la direction du canal.

Le canal de Sténon peut renfermer des calculs, des corps étrangers introduits par son orifice dilaté; il peut contenir des caillots sanguins à la suite d'une contusion de la face. Dans ces diverses circonstances, le cours de la salive est interrompu, et il en résulte un gonflement très douloureux de la glande parotide. Le toucher buccal permet parfois de reconnaître la présence d'un calcul dont on pratique facilement l'extraction directe en incisant la muqueuse à sa surface, mais on peut ne pas le sentir, et le diagnostic n'est établi qu'à l'aide du cathétérisme. Cette exploration peut aussi servir de moyen de traitement lorsqu'il s'agit d'une obstruction passagère du canal.

J'ai observé cette année dans mon service (mai 1886), chez une femme d'une quarantaine d'années, une affection du canal de Sténon que je crois absolument rare. Sous une influence que je n'ai pu déterminer, ce canal se dilata peu à peu et, dans l'espace de dix-huit mois, parvint à acquérir le volume d'un œuf de poule. La tumeur était bilobée, dirigée transversalement dans le sens du canal et à peu près indolente. La pression à sa surface faisait sourdre à travers l'orifice buccal un liquide lactescent. La glande

elle-même n'était pas tuméfiée. Je fendis largement le kyste par la bouche et touchai la surface interne avec la teinture d'iode, ce qui amena la guérison.

Bien que l'orifice du canal de Sténon soit très étroit, on réussit cependant à y introduire un stylet fin. Il suffit de se rappeler qu'il correspond à la partie moyenne du collet de la première grosse molaire supérieure, qu'il est situé à 4 millimètres au-dessous du cul-de-sac de la muqueuse gingivo-buccale et à 33 millimètres environ en arrière de la commissure. Les courbures du canal causeront un léger obstacle au cathétérisme, mais on les fera disparaître par une traction exercée sur la joue.

### 3° MALADIES DES LÈVRES.

Les lèvres sont le siège de deux affections que nous rencontrons communément dans la pratique et qui nécessitent toujours une intervention active et souvent délicate: c'est l'épithéliome et le bec-de-lièvre: je m'en occuperai donc d'une façon plus spéciale. On y observe cependant aussi d'autres vices de conformation, tels que la macrochylie, l'atrésie buccale. Elles sont également le siège de plaies, d'abcès, de furoncles, d'anthrax, d'ulcérations, de tumeurs variées dont je dirai seulement quelques mots.

**Macrochylie.** — Une grosse lèvre est presque toujours l'indice d'un tempérament scrofuleux et ne nécessite aucune intervention. En est-il de même de ces hypertrophies énormes de la lèvre supérieure, de ces sortes d'éléphantiasis que l'on peut comparer à la macroglossie, analogues à celle qu'a présentée M. Blot à la Société de chirurgie en 1873? Dolbeau a résolu la question en opérant, en 1874, l'enfant auquel je viens de faire allusion. Il dédoublait la lèvre à l'aide de deux incisions horizontales, l'une rapprochée de la peau, l'autre de la muqueuse; et en enleva un fragment de forme prismatique et triangulaire. Après avoir ainsi diminué l'épaisseur de la lèvre, il en diminua la largeur en retranchant un lambeau triangulaire de la muqueuse comprenant environ le tiers moyen de celle-ci.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie appréciable.

L'examen histologique de cette pièce exceptionnelle, sinon unique, faite par le professeur Grancher, alors chef du laboratoire d'histologie de Clamart, démontra qu'elle était essentiellement