

qu'on rencontre dans l'épaisseur des gencives. On se rappelle que c'est à l'existence de ces mêmes débris épithéliaux que M. Verneuil a, le premier, rapporté la formation des kystes dentaires, dits par M. Magitot, kystes périostiques. Les récentes recherches de M. Malassez, dont nous avons déjà parlé, jettent sur la production de ces tumeurs épithéliales, comme sur celle des kystes, la plus vive lumière. Du moment que ces débris épithéliaux se rencontrent, non seulement dans l'épaisseur des gencives, mais encore dans l'alvéole au pourtour de la dent, on s'explique aussi ces faits signalés par M. Magitot, dans lesquels l'épithélioma formait une petite tumeur appendue à la racine de la dent et qu'on arrachait avec ce dernier organe.

Contrairement aux sarcomes et aux tumeurs à myélopaxes, l'épithélioma des mâchoires se montre généralement chez des sujets avancés en âge.

Symptômes et diagnostic. — Les tumeurs cancéreuses des mâchoires traduisent leur existence par des douleurs qui, dès le début, affectent une extrême intensité; les dents sont généralement incriminées de produire la douleur, et sont arrachées en plus ou moins grand nombre. Celles qui restent ne tardent pas à être ébranlées par les progrès du néoplasme. Ces douleurs violentes tiennent à ce que, de bonne heure, les filets du nerf dentaire lui-même sont envahis par le néoplasme. Les autres tumeurs, y compris même les sarcomes, respectent habituellement le nerf. Aussi est-ce là un caractère qui, sans être absolu, ne laisse pas que d'avoir une très grande valeur au point de vue du diagnostic. La mollesse et la friabilité particulière des tumeurs épithéliales, les hémorragies abondantes, l'apparition rapide de l'ulcération, de l'engorgement ganglionnaire, et de l'altération de la santé générale, sont autant de caractères qui permettent de reconnaître le cancer et de le différencier des autres tumeurs des mâchoires.

Traitement des tumeurs solides des mâchoires. — A part les cas dans lesquels une exostose des mâchoires est d'origine syphilitique, et justiciable, par conséquent, du traitement spécifique, les tumeurs des maxillaires réclament toujours un traitement chirurgical. Dans les cas de tumeurs bénignes, fibromes, ostéomes, chondromes, dans les cas de tumeurs à myélopaxes, on peut généralement se contenter de pratiquer l'ablation de la tumeur, ou une résection partielle du bord alvéolaire, suivant les cas. Encore devra-

t-on faire suivre cette extirpation de la rugination et de la cautérisation des parties voisines avec le thermocautère, de façon à éviter la récurrence. Dans tous les cas de tumeurs malignes, épithéliomas, sarcomes, il ne s'agit plus d'extirper la tumeur, mais bien de pratiquer une large résection de l'os qui la porte. Cette opération sera, suivant les faits particuliers, une résection totale du maxillaire supérieur, une résection partielle, ou même la désarticulation d'une des branches montantes du maxillaire inférieur.

ARTICLE II

MALADIES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

LUXATIONS DE LA MÂCHOIRE

Les luxations de la mâchoire sont assez rares. Dans l'immense majorité des cas, elles ont lieu en avant et sont, tantôt bilatérales, tantôt unilatérales. Les luxations bilatérales sont les plus fréquentes. Malgaigne en compte 54 sur 76 cas.

On cite comme tout à fait exceptionnel le fait de Robert qui observa le déplacement d'un des condyles en haut et en dehors. Il s'agissait d'un jeune homme qui tomba, le côté gauche de la tête touchant le sol, tandis qu'une roue lui passa sur le corps de la mâchoire inférieure du côté opposé. Il en résulta une fracture presque verticale du corps de la mâchoire à droite, tandis que le condyle du côté gauche, pressé de dedans en dehors par la violence extérieure, quitta la cavité glénoïde et vint se placer, en haut et en dehors, dans la fosse temporale. La réduction fut obtenue, et le malade guérit. On ne comprendrait pas la production d'une pareille lésion sans fracture.

Quant à la luxation en arrière, Guillaume de Salicet, Lanfranc, Guy de Chauillac, l'avaient admise. Mais elle fut rejetée par Fabrice d'Aquapendente et par tous les auteurs qui l'ont suivi. Dans ces dernières années, la réalité de ce déplacement a été démontrée par

M. Baudrimont (de Bordeaux), dans un mémoire adressé à la Société de chirurgie, et par M. Farabeuf, dans son rapport sur le travail précédent. Déjà, à propos de l'otorrhagie dans les fractures du crâne, nous avons dit que le sang s'écoulant par l'oreille pouvait provenir, non d'une fracture du crâne, mais bien d'une fracture de la paroi antérieure du conduit auditif. Il arrive, en effet, que dans une chute sur le menton, le condyle du maxillaire inférieur fortement pressé de bas en haut contre la paroi antérieure du conduit auditif, la brise. La violence est-elle plus considérable, le condyle peut passer à travers la solution de continuité de la paroi antérieure du conduit auditif et venir obstruer plus ou moins complètement ce conduit. Il s'agit, on le voit, dans ces cas, d'une véritable luxation de la mâchoire en arrière. La réalité de ce mécanisme est établie par l'existence d'une plaie au niveau du menton. L'otorrhagie sera encore un symptôme de cette variété de luxation.

Ces déplacements exceptionnels étant signalés, nous n'aurons plus en vue, dans ce qui suit, que la luxation en avant, soit unilatérale, soit bilatérale.

Étiologie. — Le sexe et l'âge semblent avoir une certaine influence sur la production de ces luxations. C'est plus souvent chez des femmes et chez des adultes qu'on les observe, beaucoup plus rarement chez des enfants et des vieillards. On a admis comme causes prédisposantes la faiblesse des muscles élévateurs (temporaux et masséters) et le relâchement des ligaments; cette dernière cause doit avoir surtout de l'importance chez les personnes qui sont sujettes à de fréquentes récidives de cette luxation.

Quant aux causes déterminantes, ce sont toutes celles qui ont pour effet d'abaisser brusquement la mâchoire inférieure. Ce sont quelquefois des mouvements physiologiques, comme, par exemple, dans le vomissement, le bâillement, le rire, les convulsions. Dans d'autres cas, ce sont des violences extérieures qui produisent le brusque abaissement de la mâchoire; ainsi, un coup violent appliqué sur le menton, des efforts pour ouvrir la bouche d'un malade qui s'obstine à la tenir fermée, une violence portant sur le maxillaire pendant l'arrachement d'une dent.

Mécanisme. — Le mécanisme des luxations de la mâchoire a donné naissance à de nombreuses théories et n'est pas encore définitivement fixé. Cela tient à la rareté extrême des autopsies.

Toutes les causes que nous avons énumérées agissent en produisant un écartement exagéré des mâchoires, pendant lequel le condyle du maxillaire inférieur, glissant d'arrière en avant, passe au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, et demeure arrêté dans sa nouvelle position. C'est à tort que Malgaigne a prétendu que le passage du condyle en avant de l'apophyse zygomatique était un fait se produisant normalement dans le mouvement d'écartement des mâchoires, et, par conséquent, nullement caractéristique de la luxation. La vérité est qu'à l'état normal, le condyle du maxillaire glisse sur la racine transverse de l'apophyse zygomatique, sans jamais l'abandonner dans les mouvements d'écartement des mâchoires. Le passage de ce condyle au-devant de l'apophyse caractérise donc la luxation. Mais ce qu'il est beaucoup plus difficile d'établir, ce qui est encore aujourd'hui douteux, c'est la cause qui maintient le condyle dans sa nouvelle position, et qui rend permanent, quelquefois même irréductible, le déplacement.

Boyer, J.-L. Petit, et, plus près de nous, Maisonneuve, ont accordé le rôle principal aux muscles élévateurs de la mâchoire. J.-L. Petit admettait que, dans la luxation, le condyle du maxillaire, dépassant en avant l'insertion supérieure des muscles masséter et ptérygoïdien interne, ceux-ci devenaient abaisseurs, au lieu d'être élévateurs et maintenaient la mâchoire dans sa position vicieuse.

M. Richet a pensé que le plan incliné qui se trouve au-devant de l'apophyse transverse constitue un obstacle à la rentrée du condyle dans la cavité glénoïde.

Une théorie qui a eu plus de succès que les deux précédentes, est celle qui, émise pour la première fois par Hunauld, a été reprise et développée par Nélaton. Elle admet que l'apophyse coronoïde, abaissée et portée en avant, vient s'accrocher au bord inférieur de l'os maxillaire, et que cet accrochement constitue un obstacle invincible à la réduction. Cette théorie, acceptée par Malgaigne et les auteurs du *Compendium*, a été généralement adoptée. Mais deux autopsies, publiées depuis lors, ne lui sont pas favorables. L'une appartient à Demarquay et a été publiée en 1865 dans la *Gazette des hôpitaux*, l'autre a été communiquée en 1878 à la Société de chirurgie, par M. Périer. Dans aucun de ces deux cas, il n'existait d'accrochement de l'apophyse coronoïde.

La dernière théorie est celle qui a été développée en 1868, dans

les *Archives de médecine*, par M. Mathieu, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et établie par lui sur de nombreuses recherches expérimentales. M. Mathieu admet que le fibro-cartilage articulaire peut se luxer en même temps que le condyle du maxillaire. Mais cela doit être exceptionnel, car cela suppose de grands désordres, et notamment la déchirure du très fort ligament postérieur de l'articulation. Beaucoup plus souvent le ménisque intra-articulaire doit abandonner le condyle, et c'est lui qui, restant fixé sur la racine transverse de l'apophyse zygomatique, s'oppose à la rentrée du condyle dans la cavité glénoïde. Déjà Astley et Samuel Cooper, Chélius, avaient admis la variété de luxation sous-méniscoïde. Lorsqu'on réussit à la produire par l'expérimentation et qu'on cherche à rapprocher les mâchoires, on éprouve un temps d'arrêt qui est dû à l'interposition du ménisque entre le condyle et l'apophyse transverse. De plus les faits sont venus confirmer cette théorie qui semble aujourd'hui la mieux établie. Dans les autopsies de Demarquay et de M. Périer, dont nous avons déjà parlé, on a pu constater ce déplacement du fibro-cartilage. Ce n'est pas que, dans cette théorie, on nie le rôle des muscles et de l'accrochement de l'apophyse coronéide, mais il n'est plus que secondaire. En 1886, M. Farabeuf est revenu, devant la Société de chirurgie, sur le mécanisme des luxations de la mâchoire. Il admet, suivant les cas, l'accrochement de l'apophyse coronéide, ou, si cette apophyse n'est pas suffisamment longue, le simple contact entre son bord antérieur, convexe et le bord inférieur de l'os malaire (contact rétro-malaire). Mais, en même temps, M. Farabeuf fait intervenir la tension des ligaments postérieurs longs (ligament sphéno et stylo-maxillaire), de sorte qu'en définitive sa théorie est mixte.

Symptômes. — Ils doivent être examinés isolément, suivant que la luxation est bilatérale ou unilatérale.

a. *Luxation bilatérale.* — Le premier symptôme de la luxation de la mâchoire, c'est pour le malade, l'impossibilité de fermer la bouche. Non seulement l'arcade dentaire inférieure est écartée de 5 à 4 centimètres de la supérieure, mais encore elle se trouve sur un plan antérieur à cette dernière; en d'autres termes, il y a projection du menton en avant. Il en résulte une gêne de la parole, la difficulté de la déglutition et l'impossibilité de la mastication. Il y a de plus un écoulement incessant de la salive au dehors.

La déformation consiste dans l'allongement et l'aplatissement des joues, au niveau desquelles les masséters forment des cordes fortement tendues. On sent au devant du conduit auditif une dépression correspondant à la cavité glénoïde abandonnée par le condyle; enfin, les doigts introduits dans le vestibule de la bouche rencontrent de chaque côté la saillie formée par l'apophyse coronéide portée en avant, et se rapprochant de l'os malaire, au point même d'être parfois accrochée à son bord inférieur.

b. *Luxation unilatérale.* — Les symptômes de la luxation unilatérale sont beaucoup moins prononcés. Le menton est porté du côté sain; l'arcade dentaire est déplacée latéralement, la bouche est de travers. La joue du côté luxé est aplatie, tandis qu'elle semble creuse du côté sain, à cause du relâchement des parties molles de ce côté. Enfin on ne constate au devant du conduit auditif qu'une seule dépression correspondant au côté luxé.

Diagnostic. — Il ne présente pas de difficultés. On a peine à comprendre comment une luxation de la mâchoire a pu être confondue avec un spasme musculaire, un trismus et même une paralysie faciale. Et cependant l'erreur a été commise; pour l'éviter, il suffit de se rappeler que, dans aucun des états précédents, il n'y a écartement des mâchoires avec perte de la mobilité.

Pronostic. — En général, le pronostic n'a pas de gravité; la réduction du déplacement est aisée, mais il faut tenir compte de la facilité de sa reproduction. Enfin, dans certains cas, on a pu voir échouer toutes les tentatives de réduction. La luxation non réduite a de graves inconvénients pour la mastication, la déglutition et l'articulation des sons; aussi faut-il faire des tentatives de réduction même fort longtemps après l'accident. Donovan a obtenu la réduction au bout de quatre-vingt-dix-huit jours, Michon et M. Gosselin au bout de cent trente jours.

Traitement. — L'indication à remplir consiste à abaisser la paroi postérieure du maxillaire inférieur, de manière à dégager le condyle, puis à le reporter dans sa cavité par un brusque mouvement d'élevation de la mâchoire. Bien des procédés ont été employés pour arriver à ce but. Le plus ancien, puisqu'il date d'Hippocrate, consiste à abaisser le maxillaire, en agissant seulement sur le menton, puis à repousser la mâchoire en arrière.

Un procédé plus efficace et aussi beaucoup plus employé consiste

à appuyer sur les dents molaires postérieures de chaque côté les pouces préalablement entourés de linge ou de diachylon, pour les préserver de la morsure. Le chirurgien saisit ainsi l'angle de la mâchoire entre ses pouces appliqués sur les dents molaires et les autres doigts embrassant le bord inférieur de l'os, puis il porte le maxillaire inférieur en bas et en arrière. Il retire brusquement ses pouces au moment où l'os reprend sa place. La crainte d'être mordu a fait imaginer un autre procédé qui a été employé par Dupouy, Fabre (d'Avignon), Chaussier, et qui a été remis en honneur par Nélaton, en vertu de la théorie de l'irréductibilité à laquelle il s'était arrêté. Ce procédé consiste à appuyer les pouces, non plus sur les dents molaires, mais sur les apophyses coronoides, et à les repousser de haut en bas et d'avant en arrière. Il a pu procurer des succès. Enfin, dans les cas anciens, on a réussi parfois en interposant entre les molaires postérieures un coin de bois, et en élevant la mâchoire inférieure à l'aide d'une fronde. Divers instruments ont été imaginés pour arriver au même but, notamment les pinces d'Atti et celles de Stromeyer, qui, introduites entre les dernières molaires, écartent les dents des deux mâchoires par l'écartement de leurs mors, et produisent ainsi l'abaissement du maxillaire inférieur. On comprend que, dans les cas difficiles, on aura un auxiliaire puissant dans l'emploi du chloroforme.

On peut aussi recourir au procédé indiqué par Hey et Monteggia, qui consiste à réduire successivement l'un après l'autre les deux condyles du maxillaire. Ce procédé s'imposerait dans les luxations bilatérales de la mâchoire accompagnées de fracture, comme Malgaigne en rapporte deux exemples. Ce dernier auteur insiste avec raison sur la nécessité de faire porter pendant plusieurs jours au malade une fronde, de ne lui faire prendre que des aliments liquides, enfin de lui interdire tous les mouvements d'écartement étendu de la mâchoire. C'est à cette condition seulement qu'on obtiendra la cicatrisation des ligaments rompus et qu'on évitera la reproduction de la luxation.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

1^o ARTHRITES TEMPORO-MAXILLAIRES

L'inflammation de l'articulation temporo-maxillaire est très rare.

L'arthrite aiguë, soit spontanée, soit d'origine traumatique, est assez exceptionnelle pour que les auteurs du *Compendium de chirurgie*, et M. Guyon, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, déclarent ne l'avoir jamais rencontrée. On observe des arthrites de voisinage consécutives, soit aux oreillons et à la parotidite suppurée, soit à des périostites de la branche montante du maxillaire inférieur ou du temporal. La périostite phosphorée, les périostites consécutives à l'éruption de la dent de sagesse, peuvent leur donner naissance.

L'arthrite fongueuse ou tuberculeuse de l'articulation temporo-maxillaire est tout aussi rare que l'arthrite aiguë. Elle peut être primitive ou succéder à une ostéite du temporal, elle-même consécutive à une otite purulente. Il peut en résulter des complications graves, non seulement du côté de l'oreille, mais encore du côté des méninges et du cerveau. Dans un cas communiqué par M. Lannelongue à la Société anatomique, le condyle, séparé du reste de l'os, et poussé en haut par les muscles, avait pénétré lentement à travers le conduit auditif externe et la partie antérieure du rocher, jusque dans la cavité crânienne, en refoulant le nerf facial et le ganglion de Gasser. Ce déplacement du condyle avait amené la formation d'un abcès du lobe moyen du cerveau.

Outre ces graves complications du côté de l'oreille et de l'encéphale, la tumeur blanche temporo-maxillaire, en apportant une gêne aux mouvements de l'articulation, entrave la mastication. Elle se traduit par l'existence d'une douleur et d'un gonflement au niveau de l'articulation; la production de fongosités et d'abcès, qui se montrent, soit du côté de la peau, soit dans l'intérieur du conduit auditif externe.

Contrairement à l'arthrite aiguë et à l'arthrite fongueuse, l'arthrite sèche de l'articulation temporo-maxillaire est loin d'être exceptionnelle. Son existence est parfaitement établie par l'anatomie patho-

logique, qui a permis de constater la disparition des surfaces articulaires, des stalactites osseuses au pourtour de l'articulation, et des corps étrangers nombreux dans son intérieur.

Tout peut se borner à une crépitation indolente de l'articulation; mais, dans d'autres cas, il existe de la douleur et une gêne marquée des mouvements. Enfin la maladie peut même aboutir à l'ankylose complète. Des poussées aiguës interrompent de temps en temps la marche chronique de la maladie, qui s'accompagne assez souvent d'arthrite sèche des autres articulations, et, en particulier, d'arthrite cervicale.

2° CONSTRICTION DES MACHOIRES

Sous ce titre, on étudie la perte de mouvement des mâchoires, quelle qu'en soit la cause. C'est donc simplement un symptôme qui peut tenir, soit à une lésion de l'articulation temporo-maxillaire, soit à une altération des parties molles ou des os eux-mêmes. Suivant la cause qui lui a donné naissance, la constriction des mâchoires peut être passagère ou permanente, et c'est là une division qui a la plus grande importance au point de vue du traitement.

Étiologie et pathogénie. — D'après leur mécanisme et les causes qui leur donnent naissance, les diverses variétés de constriction des mâchoires peuvent être divisées en : 1° constrictions musculaires; 2° constrictions cicatricielles; 3° constrictions par ankylose.

1° *Constrictions musculaires.* — La contracture du masséter est assez fréquemment la cause de constriction des mâchoires.

Elle est très souvent consécutive aux périostites du maxillaire inférieur, et notamment à l'éruption difficile de la dent de sagesse.

La myosite syphilitique et les gommés du masséter, sur lesquelles M. Guyot a appelé l'attention dans un mémoire, lui donnent également naissance. La contracture du temporal, dans les ostéo-périostites de la fosse temporale, peut aussi donner lieu à la constriction des mâchoires. On admet que la contracture du ptérygoïdien interne peut aboutir au même résultat. Enfin Duchenne (de Boulogne) a signalé comme cause de constriction des mâchoires la rétraction du buccinateur consécutive à la paralysie faciale.

2° *Constrictions cicatricielles.* — Ce sont les plus fréquentes, et aussi les plus importantes. Elles succèdent le plus souvent, soit aux

ulcérations de la stomatite, soit à la gangrène de la bouche; plus rarement, elles ont pour causes des brûlures ou des traumatismes. C'est dans ces derniers cas seulement que la cicatrice occupe toute l'épaisseur de la joue. Dans les cas les plus fréquents, la peau reste intacte. Les brides cicatricielles sont développées seulement du côté de la muqueuse et des parties molles de l'épaisseur de la joue. Ces brides ont une consistance très variable; tantôt fibreuses, tantôt fibro-cartilagineuses, elles peuvent être même ossifiées; mais ce qui a plus d'importance encore que leur volume et leur consistance, c'est leur siège. On peut, à cet égard, les diviser, comme l'a fait M. Verneuil, en deux groupes, suivant qu'elles sont antérieures ou postérieures. Ces dernières, siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire et des grosses molaires, sont les plus graves au point de vue des mouvements de l'articulation.

3° *Constrictions par ankylose.* — Les lésions de l'articulation peuvent déterminer l'ankylose osseuse ou fibreuse, centrale ou périphérique. L'ankylose osseuse ou par fusion est exceptionnelle.

Symptômes et diagnostic. — Tantôt la constriction n'est pas complète; un certain degré d'écartement des mâchoires est encore possible. Tantôt elle est complète, et l'on comprend la gêne qui en résulte pour l'alimentation.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté lorsqu'il existe des brides cicatricielles évidentes; tout se borne en pareil cas à constater l'intégrité de l'articulation du côté opposé, afin de pouvoir juger l'opportunité d'une intervention chirurgicale. En l'absence des brides cicatricielles, il peut être beaucoup plus difficile de savoir si la cause de la constriction est d'origine musculaire ou articulaire. Le chloroforme peut être utilement employé pour résoudre cette question.

Pronostic et traitement. — Il varie essentiellement suivant la nature de la cause qui a donné naissance à la constriction. S'il s'agit d'une lésion syphilitique du masséter ou des os voisins, on peut espérer la guérison par le traitement spécifique. De même encore, dans les cas où la constriction est due à la présence d'un séquestre, d'un corps étranger, à une altération de la dent de sagesse. L'extraction de ces différents corps suffira à amener la guérison. Il en est tout autrement dans les cas où la constriction est due à l'ankylose ou à la présence de brides cicatricielles très étendues. Il importe

tout d'abord de mettre de côté les cas où la lésion est double, et qui sont au-dessus de nos ressources. Nous ne nous occuperons donc ici que des cas où la lésion est unilatérale.

C'est seulement dans les faits de constriction passagère, due à des altérations des dents ou des os voisins, qu'on peut espérer réussir par la dilatation mécanique pratiquée au moyen des divers ouvre-bouche, et des coins de bois introduits entre les arcades dentaires.

Dans les strictions permanentes dues à l'ankylose ou à des brides cicatricielles, une opération est nécessaire. C'est seulement dans les cas d'ankylose où les lésions sont nettement limitées à l'articulation qu'on pourrait réussir par la résection du col du condyle déjà conseillée autrefois par A. Bérard et par Richet, et remise en honneur par bon nombre de chirurgiens modernes. Lorsqu'il s'agit de brides cicatricielles, la section de ces brides et même l'autoplastie pourront être parfois suffisantes. Mais, lorsque les brides sont très étendues, lorsqu'elles sont situées très en arrière, leur section ne suffit plus. C'est pour ces cas qu'Esmarch et Rizzoli ont conseillé de pratiquer la section du maxillaire inférieur au niveau du corps de l'os, c'est-à-dire en avant de la branche montante, en avant des brides fibreuses qui s'opposent aux mouvements de la mâchoire. Tandis qu'Esmarch pratique la résection d'un coin osseux, Rizzoli se contente d'une simple section de la mâchoire. Le résultat qu'on se propose ainsi d'obtenir, c'est la création d'une fausse articulation qui permette au côté sain de la mâchoire de se mouvoir librement. Lorsque la constriction est bilatérale, elle n'est plus curable par une opération. Il faut se contenter alors d'un traitement palliatif, qui consiste dans l'extraction d'une ou plusieurs dents, de façon à permettre l'alimentation.

CHAPITRE VII

MALADIES DE LA BOUCHE ET DES GLANDES SALIVAIRES

ARTICLE PREMIER

MALADIES DES LÈVRES

Après avoir dit quelques mots des lésions traumatiques et des inflammations des lèvres, nous insisterons surtout sur leurs tumeurs et leurs vices de conformation, comprenant l'épithélioma des lèvres et le bec-de-lièvre, affections qui, par leur fréquence et leur traitement, appellent toute l'attention du chirurgien.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES LÈVRES

a. Contusions. — Les contusions des lèvres n'ont que peu d'importance; souvent elles compliquent des traumatismes plus graves, tels que des fractures des maxillaires. Les tissus de la lèvre étant très serrés du côté de la peau, c'est du côté de la muqueuse, où le tissu cellulaire est plus lâche, que se montre l'ecchymose.

b. Plaies. — Les plaies par instrument piquant sont sans gravité, à moins qu'elles ne soient l'occasion de l'inoculation d'un venin, ou qu'elles ne se compliquent de la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, il peut se produire un gonflement considérable et de la suppuration.

Les plaies par instruments tranchants présentent un bien plus grand intérêt. Lorsqu'elles sont incomplètes, c'est-à-dire lorsqu'elles n'intéressent que la muqueuse ou la peau, elles guérissent aisément. De même encore, la cicatrisation des plaies transversales ne présente pas de difficulté, car elles n'ont que peu de tendance à l'écartement de leurs bords. Il n'en est point de même des plaies verticales. Ici