

CHAPITRE VIII

MALADIES DES LÈVRES ET DU VESTIBULE BUCCAL.

§ 1. — Anatomie.

Quand les deux mâchoires sont appliquées l'une contre l'autre, la cavité de la bouche se trouve divisée en deux parties : une antérieure ou vestibule, l'autre postérieure. La cloison formée par les deux rangées de dents est pourvue d'un certain nombre d'orifices à travers lesquels l'air et les liquides peuvent passer assez facilement ; en outre, un autre orifice ¹ très large est situé entre la dernière grosse molaire et le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

Lorsque la bouche est ouverte, les deux cavités n'en forment qu'une seule ; mais la division que nous venons d'établir est justifiée au point de vue non seulement anatomique, mais aussi pathologique, comme le démontre l'exemple de la constriction des mâchoires qui est une affection de la cavité du vestibule de la bouche.

Cavité antérieure de la bouche. — La paroi antérieure du vestibule buccal est formée par les lèvres et les joues. En déplaçant ces parties molles, on peut arriver à inspecter la plus grande partie de la cavité antérieure. La muqueuse des joues se réfléchit sur les deux maxillaires en formant en haut et en bas une gouttière lisse qui présente seulement un repli médian, le frein, plus marqué sur la lèvre supérieure que sur la lèvre inférieure. Le canal de Sténon qui s'ouvre sur la face interne des joues, en face de la première ou de la seconde molaire supérieure, se dirige suivant une ligne tirée du tragus vers la commissure des lèvres ; l'épaisseur de ses parois rétrécit notablement sa lumière, et son cathétérisme est rendu encore plus difficile par la présence d'un coude qu'il forme au moment de traverser le buccinateur. Outre les arcades dentaires très accessibles, on peut explorer, avec le doigt introduit dans le vestibule buccal, une partie de l'apophyse zygomatique, le bord inférieur de l'os malaire et une partie de sa face interne ; une sorte de crête osseuse, qui va de la canine du maxillaire supérieur vers l'apophyse zygomatique, divise la face externe de ce maxillaire en deux parties : une antérieure (fosse canine) et une postérieure. Sur le maxillaire inférieur on sent très bien le bord antérieur de la branche mon-

(1) Lorsque Fabrice d'Aquapendente s'occupait de l'alimentation des individus atteints de constriction des mâchoires, un de ses élèves attira son attention sur cet orifice : « *Quidam meus auditor amatissimus et mihi familiarissimus aliam detexit viam, longe faciliorem, quæ est per foramen post extremos dentes naturaliter insculptum et pone oris amplitudinem pertusum, quod digitum admittat, longe facilius ingredi cibus poterit, per fistulam recurvatam immissus* ».

tante, et le bord antérieur de l'apophyse coronoïde quand les deux maxillaires sont fortement écartés l'un de l'autre. Si les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, on peut facilement explorer le bord antérieur du masséter et une partie de sa face interne ; si elles sont écartées, le doigt introduit dans la bouche peut toucher le bord antérieur du ptérygoïdien interne.

Le muscle buccinateur forme la plus grande partie de la paroi antérieure de la bouche. Par ses parties supérieure et inférieure il est appliqué contre les arcades alvéolaires ; les fibres de sa partie moyenne viennent du pharynx ; en avant une partie de ses fibres s'insère sur les joues, une autre aux commissures des lèvres, une troisième, la plus grande, vient se perdre dans l'épaisseur des lèvres. Ces fibres sont traversées par les ramifications du nerf buccinateur destinées à la muqueuse des joues. Le tronc du buccinateur se trouve immédiatement au-dessous de la muqueuse, au niveau de l'apophyse coronoïde où il est appliqué contre la face interne du tendon du temporal. Quand on ouvre largement la bouche il se forme sur la partie postérieure du vestibule buccal un sillon qui est traversé par ce nerf.

Le buccinateur et le masséter sont recouverts par une aponévrose, l'aponévrose buccale, qui se dédouble en deux feuillets. Le feuillet superficiel, qui part de l'arcade zygomatique et de la portion cartilagineuse du conduit auditif, recouvre le masséter et la parotide ; il est connu sous le nom d'aponévrose massétéro-parotidienne. Le feuillet profond, appelé aussi aponévrose bucco-pharyngienne, recouvre la face externe du buccinateur et, après avoir suivi la face interne du maxillaire inférieur, enveloppe le ptérygoïdien interne et vient se perdre en arrière sur la paroi latérale du pharynx. Le feuillet superficiel se continue avec l'aponévrose superficielle du cou, le feuillet profond avec l'aponévrose cervicale profonde. Entre ces deux feuillets qui se réunissent au niveau du bord antérieur du masséter, se trouve une masse graisseuse qui se continue avec celle de la fosse zygomatique et de la fosse temporale. C'est cette couche qui donne aux enfants leur apparence joufflue ; quand elle vient à disparaître, les joues et les tempes se creusent et la figure prend l'aspect de celle d'un vieillard. Boyer a déjà remarqué dans un cas de plaie de la joue que la suture, après réduction de cette masse graisseuse, n'a pas empêché cette dernière de se gangréner. Malgaigne et un certain nombre d'auteurs français soutiennent que les abcès de la fosse temporale et de la fosse zygomatique se développent dans cette couche de graisse et peuvent venir proéminer au niveau de la joue. Comme le muscle buccinateur s'oppose à l'ouverture spontanée de ces collections au niveau de la face interne des joues, le pus se porte plus facilement vers la région du cou ; aussi Malgaigne conseillait-il de faire à ce niveau la contre-ouverture. Seulement il faut savoir que ces abcès s'observent très rarement.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de certaines affections de la cavité antérieure de la bouche. Nous nous contenterons par conséquent de passer rapidement en revue les phénomènes que nous avons déjà étudiés : effacement des gouttières formées par la muqueuse buccale au moment où elle se réfléchit sur les maxillaires, dans le cas d'abcès périostiques des rebords alvéolaires ou de tumeurs développées sur les maxillaires ou dans l'intérieur de l'os ; pénétration dans la cavité antérieure de la bouche, des tumeurs de la fosse ptérygo-palatine avec propulsion de la gouttière supérieure dans sa partie comprise entre

le maxillaire supérieur et la branche montante du maxillaire inférieur ; propulsion de la paroi antérieure du maxillaire supérieur, dans les tumeurs de l'antre d'Highmore.

Parmi les opérations qui se pratiquent sur cette région, nous avons déjà étudié la résection du nerf maxillaire inférieur à son entrée dans le canal dentaire inférieur et à sa sortie au niveau du trou mentonnier, l'ouverture des abcès périostiques et la résection des kystes dentaires. Dans le bec-de-lièvre, on est quelquefois obligé d'inciser la gouttière supérieure quand on veut mobiliser la lèvre correspondante. Nous avons également étudié les fentes congénitales des lèvres et les fentes qui intéressent l'orifice buccal.

§ 2. — Difformités des lèvres.

Difformités congénitales. — Il nous reste à étudier certaines difformités qu'on rencontre dans cette région.

La *double lèvre* est produite par la brièveté congénitale de la peau de cette région. Elle s'observe ordinairement sur la lèvre supérieure, plus rarement sur les deux à la fois, et se présente sous forme d'un bourrelet muqueux tendu horizontalement derrière le rouge des lèvres et coupé, sur le milieu et les côtés, par un certain nombre de plis. Sous l'influence des gerçures, de l'infiltration inflammatoire, des morsures répétées, le bourrelet s'hypertrophie de plus en plus et arrive à former une sorte de lèvre surnuméraire qui devient surtout accusée pendant le rire.

Le traitement consiste à enlever le bourrelet muqueux et à suturer les bords de la plaie opératoire ; au début, les dents restent à découvert après l'opération, mais avec le temps, la lèvre s'allonge et arrive à recouvrir l'arcade dentaire et les dents.

Une autre difformité congénitale est la *synchélie* ou l'*atrésie* de l'orifice buccal, affection qui est très rare et présente plusieurs variétés. Tantôt l'atrésie est complète, tantôt il persiste un orifice permettant l'introduction d'une sonde (G. Braun), tantôt l'orifice buccal présente la forme qu'il a dans l'acte de siffler (Ammon). Les cas d'atrésie incomplète sont encore désignés sous le nom de microstome congénital.

Sous le nom de *brachychélie* on a étudié une difformité de la lèvre supérieure, dans laquelle, la partie moyenne de la lèvre étant trop courte, la face inférieure forme un arc de cercle à concavité tournée en bas, en découvrant ainsi les dents de la partie moyenne du maxillaire supérieur.

Enfin les *freins* des lèvres peuvent être le siège d'anomalies congé-

nitales. Par exemple, au lieu d'être unique pour chaque lèvre, le frein est quelquefois double ou triple ; ou bien, il est trop court, de sorte que dans tous ces cas la lèvre est moins mobile qu'à l'état normal.

Difformités acquises. — Parmi les *difformités acquises* des lèvres, nous pouvons citer les *fentes* acquises consécutives aux plaies par instruments piquants ou tranchants, aux morsures, aux ulcérations ; les *adhérences* cicatricielles entre les lèvres à la suite des brûlures, des cautérisations ou à la suite des ulcérations qui surviennent dans le cours de la syphilis, l'intoxication mercurielle, la variole, etc. ; les adhérences entre les lèvres et les mâchoires après la cicatrisation des ulcérations qui occupent en même temps la face buccale des lèvres et la muqueuse gingivale ou à la suite des cicatrices vicieuses résultant des pertes de substance considérables ; l'*achélie* ou l'absence d'une partie considérable de l'une ou des deux lèvres à la suite des traumatismes ou des processus ulcéreux.

La rétraction cicatricielle de la lèvre, et plus spécialement l'*ectropion*, s'observe dans le cas où la destruction plus ou moins étendue de la peau de la lèvre donne lieu à une cicatrice rétractile qui attire en quelque sorte vers elle la muqueuse restée intacte. L'ectropion de la lèvre supérieure se rencontre principalement à la suite des processus ulcéreux spontanés (syphilis, variole, lupus), et dans ce cas la muqueuse n'est renversée que dans un point limité ; l'ectropion de la lèvre inférieure est le plus souvent le résultat d'une brûlure. Lorsque l'ectropion est très prononcé, la muqueuse renversée cache complètement la face cutanée de la lèvre.

Dans les *brûlures étendues* occupant la poitrine, le cou et les joues, la cicatrice attire en bas non seulement la lèvre, mais aussi la joue, et par l'intermédiaire de celle-ci, la commissure des lèvres, la lèvre supérieure, la peau du nez, voire même les paupières¹. Dans le chapitre consacré aux opérations autoplastiques sur la face, nous étudierons les procédés qui permettent de remédier aux difformités qui résultent de ces cicatrices étendues.

(1) La traction exercée par la rétraction cicatricielle peut même, comme dans des faits de Teale, de Verneuil, déformer le maxillaire inférieur dont la partie moyenne tend à se rapprocher de l'horizontale. L'ectropion de la lèvre inférieure, lorsqu'il est parvenu à un certain degré, devient une cause sérieuse de dénutrition, car la salive s'écoule continuellement et d'autre part la mastication est rendue difficile, les aliments ayant tendance à tomber hors de la bouche. (A. B.)

§ 3. — *Inflammations et tumeurs de la face muqueuse des lèvres.*

Les *fissures* des lèvres, particulièrement tenaces pendant l'hiver, n'exigent aucune intervention chirurgicale. Si le malade est assez intelligent pour ne pas arracher la petite croûte qui se forme en ce point, la fissure guérit spontanément; chez les enfants, on pourra avoir recours aux pommades ordinaires. Dans les fissures qui persistent pendant la belle saison et font penser à l'épithéliome au début, Stromeyer obtenait de bons résultats par l'application d'un petit linge enduit d'une pommade au borax.

L'*hypertrophie* de la lèvre supérieure, qu'on observe ordinairement chez les scrofuleux et qui quelquefois s'accompagne d'ozène, est connue de tout le monde. Certains auteurs ont prétendu que cette hypertrophie disparaît quand une suppuration de nature scrofuleuse s'établit sur un autre point de l'organisme.

La *syphilis* provoque sur la face muqueuse des lèvres des modifications caractéristiques revêtant la forme de *plaques muqueuses* dues à l'hyperplasie de l'épithélium de cette muqueuse.

Les glandes muqueuses, bien plus nombreuses sur les lèvres que sur les joues, peuvent devenir le siège de *kystes par rétention*, se présentant sous forme de vésicules rondes, transparentes, grosses comme un pois. Ces vésicules proéminent sur la face interne des lèvres et renferment un liquide visqueux; comme traitement, l'ablation simple avec des ciseaux suffit.

Les néoplasmes de la face interne des joues sont très rares; les seules tumeurs de cette région que j'aie observées étaient des carcinomes.

§ 4. — *Stomatites.*

Aphtes. — Parmi les processus ulcéreux dont est le siège la cavité antérieure de la bouche, il faut mentionner encore les aphtes qui s'observent chez des enfants et chez certaines femmes pendant l'époque menstruelle. Les aphtes ne proviennent pas de vésicules, mais de taches rouges qui dans l'espace de quelques heures se transforment en ulcérations rondes, nettement limitées, des dimensions d'une lentille, recouvertes par un enduit grisâtre. Ordinairement ils se développent en plusieurs points à la fois, sont très douloureux, de sorte que les malades souffrent réellement quand ils mangent, parlent ou rient. L'affection disparaît spontanément en quelques jours, et il faut

être bien maladroit pour confondre les aphtes avec des ulcérations sypilitiques.

J'ai observé chez des enfants de 4 à 6 ans des ulcérations très curieuses qui siégeaient sur la face interne des joues et rappelaient le début du noma. Ces ulcérations qui se développaient sur une partie infiltrée de la joue étaient rondes, avec des bords taillés à pic, présentaient un enduit visqueux gris-sale, et mesuraient 2 cent. de diamètre. La guérison était lente à venir et nécessitait l'emploi du chlorate de potasse ou des solutions phéniquées. Je n'ai pas employé dans ces cas la cautérisation au fer rouge, mais je m'en servirai à la prochaine occasion. Dans tous ces cas il ne s'agissait certainement pas de noma. Les malades en question étaient mal nourris, misérables, et il est possible que j'aie eu affaire à une forme particulière de diphthérie¹.

Stomacace. — On désigne sous ce nom une affection caractérisée par l'apparition sur les gencives d'ulcérations s'accompagnant de fétidité d'haleine. Cette affection est contagieuse, transmissible par le contact et l'inoculation, apparaît quelquefois sous forme d'épidémie. Le tableau que revêt cette maladie est très caractéristique. Les premiers phénomènes qui frappent le malade sont la *fétidité d'haleine* et la *sensibilité* excessive des gencives.

A l'examen, on trouve les gencives tuméfiées, saignant au moindre contact et présentant sur leur bord libre un liseré gris-jaune, visqueux. Une parcelle de ce détritit mis sous le microscope fait voir une masse granuleuse, amorphe, des hématies et des leucocytes et un nombre considérable de bactéries (microcoques). Mais pour faire le diagnostic on peut se passer de l'examen microscopique. La fétidité d'haleine et le liseré qui court tout le long du bord libre des gencives caractérisent suffisamment cette affection et permettent d'éviter toute confusion avec le scorbut où ce liseré manque. Quand on enlève le liseré, on trouve le bord libre des gencives couvert d'ulcérations, tandis que dans le scorbut, les gencives sont au début tuméfiées, œdématisées, cyanosées, livides, mais non ulcérées.

Si l'on n'arrive pas à arrêter la stomacace à ce moment, l'ulcération linéaire envahit et détruit toute la gencive, pénètre dans les alvéoles et s'attaque à la pulpe dentaire, de sorte qu'au bout d'un certain temps on peut facilement extraire les dents sans douleurs ni hémorrhagie.

(1) Il est probable que ces cas sont relatifs à la stomatite ulcéro-membraneuse, affection contagieuse, donnant lieu parfois à des épidémies soit dans des écoles, soit dans des régiments. Il y a, en effet, deux âges auxquels elle est à peu près spéciale: de 4 à 7 ans, et de 20 à 25 ans. C'est qu'il semble démontré aujourd'hui que l'agent de contagion, encore inconnu, n'agit guère que lorsque la bouche y est prédisposée par l'évolution dentaire (molaires de l'enfant; dent de sagesse). Un fait remarquable et inexplicable est la prédilection des ulcérations pour le côté gauche de la bouche.