

larges pour reconstituer la lèvre supérieure. Ces deux lambeaux doivent être doublés de muqueuse. Lorsqu'ils sont complètement détachés, on les renverse de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à affronter sur la ligne médiane leurs bords inférieurs; les bords internes deve-

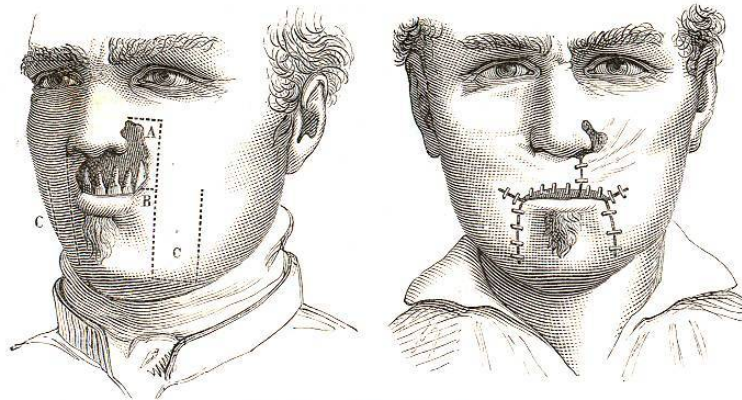


FIG. 149. — Procédé de Sedillot.

nus supérieurs sont fixés au-dessous du nez aux bords de la perte de substance. Quant aux bords externes devenus inférieurs, ils forment le bord libre de la lèvre qui se trouve bordée d'une muqueuse. Enfin les plaies des joues sont réunies. Ce procédé, que j'ai mis deux fois en usage, m'a donné un excellent résultat.

CHAPITRE VII

MALADIES DES JOUES.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES JOUES.

1° Plaies.

Les plaies simples des joues, par instrument piquant ou tranchant, ne donnent lieu à aucune considération particulière. Il suffira de rappeler que la cicatrisation doit être surveillée avec le plus grand soin, afin d'éviter au blessé les inconvénients d'une difformité consécutive; tous les efforts doivent tendre vers la réunion immédiate et la cicatrisation linéaire.

Les plaies ou plutôt les déchirures produites par des armes à feu tirées dans la bouche guérissent encore avec facilité, au moins dans le plus grand nombre des cas; mais elles laissent souvent des cicatrices vi-

cieuses et parfois assez gênantes pour qu'une opération autoplastique devienne nécessaire.

Les plaies des joues empruntent un intérêt particulier à la présence du canal de Sténon, dont la blessure est une complication fort sérieuse. Le siège de la plaie, son étendue, sa profondeur, pourront tout d'abord faire soupçonner la lésion du conduit salivaire, que l'écoulement de la salive par la plaie, au moment des repas, pendant la mastication, rendra plus tard évidente.

La guérison complète, sans accidents consécutifs, est chose rare. On cite quelques cas où le canal incomplètement sectionné s'est cicatrisé, et où les deux bouts restés en contact se sont réunis sans oblitération du conduit; mais ce sont d'heureuses exceptions. Ordinairement l'écoulement de la salive s'oppose à la cicatrisation de la plaie et crée sur la joue une fistule salivaire; dans d'autres cas, la plaie extérieure venant à se fermer, la salive s'infiltré dans le tissu cellulaire ou plutôt s'accumule au niveau du point blessé, dans une sorte de poche salivaire, et forme une tumeur qui se distend pendant la mastication, et se vide dans la bouche quand on la comprime.

Enfin Baillarger et Borel, cités par les auteurs du *Compendium*, ont observé deux cas de blessure du canal de Sténon par coup de feu, avec oblitération consécutive: dans le premier, la salive s'écoulait à travers la peau, pendant la mastication; dans le second, la glande parotide parut s'atrophier.

Prévenir la formation d'une fistule salivaire, telle est l'indication du traitement. Si la plaie est récente et ne comprend pas toute l'épaisseur de la joue, on tentera la réunion immédiate à l'aide d'une suture entortillée. Lorsqu'au contraire la plaie est déjà ancienne, ou lorsque la joue a été transpercée, Boyer conseille la pratique suivante qui consiste à créer une fistule salivaire interne: une mèche est introduite dans la plaie du côté de la muqueuse, et retenue par un fil qui, embrassant sa partie moyenne, traverse le point le plus élevé de la plaie, et est fixé sur la joue par une bandelette agglutinative; la mèche doit rester en place jusqu'à ce que la fistule interne soit bien établie, et dès lors la cicatrisation de l'ouverture externe s'achève rapidement.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES JOUES.

Nous nous bornerons à mentionner l'*érysipèle*, les *furoncles* et les *anthrax*, les *phlegmons* et les *abcès* qui n'offrent rien de particulier à noter. Relativement aux *furoncles* et aux *anthrax*, nous rappellerons que ces affections, généralement bénignes, peuvent, lorsqu'elles siègent aux joues, revêtir le même degré de gravité que lorsqu'elles se développent dans l'épaisseur des lèvres. Quant aux *phlegmons* et aux *abcès*, on doit autant

que possible les ouvrir du côté de la bouche, ou, s'il est nécessaire de les inciser du côté de la peau, il faut pratiquer de petites incisions, afin de prévenir les cicatrices vicieuses, et éviter avec soin l'ouverture du canal de Sténon.

§ I. — Tumeurs.

Parmi les tumeurs des joues, les unes, indépendantes du canal de Sténon, se développent aux dépens de la peau, de la muqueuse et des tissus compris entre ces deux membranes; les autres constituent des maladies propres au canal excréteur de la parotide; quelques-unes même de ces tumeurs ont pour siège la petite glande accessoire qui accompagne le canal de Sténon.

1° Tumeurs indépendantes du canal de Sténon.

Ces tumeurs ne présentent aucune particularité intéressante.

Bisson (d'Argentan) (1) a rapporté l'observation d'une *tumeur cornée* développée sur la joue droite d'une vieille femme.

On a quelquefois observé des *lipomes des joues*, siégeant, soit sous la peau, soit sous la muqueuse. X. Gouraud (2) a montré à la Société anatomique, en 1863, une tumeur lipomateuse, de la grosseur d'un œuf de dinde, développée dans l'épaisseur des téguments de la joue droite, chez un homme de cinquante et un ans; cette tumeur, en apparence très-fluctuante, avait été ponctionnée inutilement, quand Velpeau l'enleva.

Les lipomes sous-muqueux des joues sont assez rares et se reconnaissent à leur mollesse et à l'absence de fluctuation véritable. Ils présentent comme particularité d'être très-faiblement unis aux parties profondes et s'énucléent en général avec la plus grande facilité.

Les *tumeurs érectiles* des joues peuvent être également *sous-cutanées* ou *sous-muqueuses*. Une de ces tumeurs, enlevée par Lenoir sur la face interne de la joue, fut présentée à la Société anatomique par Lebert (3), avec les remarques qui suivent: « 1° la tumeur était parfaitement enkystée; 2° elle était sous-muqueuse; 3° autour d'un réseau vasculaire très-serré se trouvent des éléments de tissu cellulaire et quelques corps fibro-plastiques; dans les interstices des vaisseaux on rencontre quelques vacuoles, de petites ampoules contenant du sang, et qui sont réellement de petits anévrysmes. Le réseau vasculaire est composé à peu près à parties égales d'artères et de veines dilatées. »

(1) *Société de biologie*, 3^e série, t. IV, p. 65.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1863, p. 21.

(3) *Ibid.*, mars 1852, p. 91.

2° Tumeurs dépendantes du canal de Sténon.

a. *Tumeur gazeuse*. — Tillaux (1) a eu l'occasion d'observer, en 1872, à l'hôpital Saint-Louis, une tumeur gazeuse développée aux dépens du canal de Sténon du côté droit; le malade était un ouvrier verrier. Indolente et facilement réductible sous la pression du doigt, cette tumeur se reproduisait rapidement dès que le malade faisait effort pour gonfler les joues: un liquide coloré, injecté dans la tumeur, à l'aide d'une seringue de Pravaz, s'écoula dans la cavité buccale par l'orifice du canal de Sténon.

b. *Tumeurs salivaires*. — *Calculs salivaires*. — Nous avons vu qu'après une blessure du conduit excréteur de la parotide, une *tumeur salivaire* peut prendre naissance au niveau du point lésé; parfois aussi la tumeur salivaire résulte de la présence d'un calcul et de l'accumulation de la salive en arrière de l'obstacle; enfin, la tumeur de la joue peut être uniquement constituée par le calcul lui-même.

Les *calculs* du canal de Sténon, rarement observés, sont généralement d'un volume plus considérable que ceux de la glande parotide. On les trouve ordinairement dans le canal lui-même, cependant ils passent quelquefois dans le tissu cellulaire environnant, à travers la paroi du conduit salivaire érodée et détruite. L'accident le plus fréquent causé par ces concrétions est l'obstruction plus ou moins complète du canal et la rétention du liquide sécrété, d'où résulte tantôt un engorgement œdémateux de la joue, tantôt une tumeur molle, souvent indolente, mais qui peut devenir douloureuse lorsque l'écoulement de la salive est fortement entravé et que la sécrétion est active, par exemple pendant la mastication. Enfin, il peut arriver encore que les calculs se fassent jour au dehors, à travers les téguments enflammés et ulcérés; de là une fistule salivaire.

L'apparition du gonflement de la joue ou d'une tumeur molle sur le trajet du canal de Sténon, la présence d'un corps dur et résistant dans l'épaisseur des parties molles, la dilatation anormale et exagérée de l'orifice du conduit dans la cavité buccale, sont autant de signes qui doivent faire soupçonner l'existence d'un calcul salivaire. Le cathétérisme pratiqué par l'ouverture naturelle du canal ou par la fistule génienne, s'il en existe une, donnera des indications encore plus certaines.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'ablation du corps étranger. Tantôt on a pu enlever le calcul simplement à l'aide d'une pince, par l'orifice agrandi du canal; tantôt l'extraction n'a été possible qu'après une incision de la paroi du conduit, du côté de la muqueuse. S'il existe une fistule à la joue, c'est par cette voie qu'il faut aller à la recherche du calcul, en élargissant au besoin l'orifice cutané: ce dernier procédé, mis en usage

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1872.

pour des calculs volumineux, ne semble pas avoir été suivi, comme on serait autorisé à le croire, d'une fistule salivaire consécutive.

3° Tumeurs de la glande accessoire de la parotide.

D'après un fait observé par eux, les auteurs du *Compendium* admettent la possibilité d'une hypertrophie de la glande accessoire qui accompagne le conduit salivaire. Broca (1), en 1850, a présenté à la Société anatomique une tumeur encéphaloïde, développée au niveau de la pommette gauche, indépendante de la parotide, adhérente en un point au canal de Sténon. Il serait possible qu'elle eût son siège dans la petite parotide accessoire de Haller. Elle adhérerait, en effet, au canal de Sténon, précisément au point où ce canal reçoit normalement le conduit excréteur de cette petite glande.

§ II. — **Fistules salivaires au canal de Sténon.**

DUPHÉNIX, MORAND et LOUIS, *Observations sur les fistules du canal salivaire.* (Mém. de l'Académie roy. de Chir., 1757, t. III, p. 434, in-4°.) — J. A. DUPONS, *Histoire du canal de Sténon et de ses fistules.* Thèse de Strasbourg, 1823. — DE GAFFARY, *Fistules de la parotide et du canal de Sténon.* Thèse de Paris, 1867.

ÉTILOGIE. — On a vu que la fistule salivaire était une des plus graves complications des traumatismes de la joue, soit à la suite d'une plaie par instrument tranchant, soit après une opération chirurgicale. Nous savons, d'autre part, qu'un calcul développé dans le canal de Sténon peut ulcérer les téguments et créer ainsi une fistule génienne. Nous ajouterons que tout autre corps étranger introduit dans le canal est susceptible de donner lieu au même accident; enfin une brûlure profonde, une ulcération de la joue peut être suivie de fistule salivaire.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le symptôme capital est l'écoulement de la salive parotidienne, c'est-à-dire d'un liquide clair, limpide et non visqueux, par l'orifice cutané: l'écoulement est continu ou présente de rares et courtes intermittences; mais il s'exagère toujours au moment des repas. L'orifice de la fistule est situé en un point variable, selon les cas, soit au niveau du buccinateur, soit au niveau du masséter; tantôt on l'aperçoit au fond d'une dépression, tantôt on le trouve perdu au milieu de fongosités saignantes ou de tissus cicatriciels.

Le siège de la fistule en avant de la glande parotide, l'écoulement très-abondant de la salive sur la joue et la suppression de cet écoulement par l'orifice buccal du conduit, enfin le cathétérisme par le trajet fistuleux ou par l'ouverture naturelle, du côté de la bouche, permettent de reconnaître que la lésion porte sur le canal excréteur et non sur la glande elle-même.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1850.

PRONOSTIC. — La gêne causée au malade par l'écoulement incessant du liquide, la perte d'une grande quantité de salive, et enfin les difficultés de la guérison, donnent au pronostic une certaine gravité.

TRAITEMENT. — Les moyens de traitement sont nombreux et très-variés; Malgaigne les rattache aux quatre méthodes qui suivent: 1° *Occlusion de la fistule*; 2° *oblitération du conduit salivaire*; 3° *formation d'un nouvel orifice buccal*; 4° *atrophie de la glande parotide par compression*.

1° *Occlusion de la fistule.* — Cette méthode n'est applicable que si le bout antérieur et l'orifice normal du conduit sont restés perméables; elle comprend divers procédés:

a. *Suture.* — La suture, nous l'avons vu déjà à propos des plaies de la joue, peut donner de très-heureux résultats, si la blessure est récente; dans le cas contraire, la réunion ne peut être tentée qu'après avivement des bords cicatrisés. On emploiera la suture enchevillée ou entortillée.

b. *Cautérisation.* — Elle a pour but de produire une eschare qui forcera la salive à reprendre son cours naturel jusqu'à l'oblitération de l'orifice fistuleux. Si celui-ci est étroit, le nitrate d'argent suffira; s'il est plus large, une pointe de fer rouge sera préférable. Ce moyen a donné un succès entre les mains de Louis; mais il compte aussi de nombreux échecs.

c. *Compression.* — Faite au niveau même de la fistule, elle est à peu près inutile; appliquée entre la glande et la fistule, de façon à supprimer le passage de la salive dans le canal jusqu'à la cicatrisation complète de l'orifice accidentel, elle a réussi sur un malade de Maisonneuve. Viborg a proposé de remplacer la compression par la ligature du canal.

d. *Occlusion.* — Malgaigne a encore conseillé l'occlusion de la fistule à l'aide d'une mince feuille d'or collée sur les téguments de la joue avec de la poix. Ce moyen, très-ingénieux et d'une exécution facile, mérite d'être tenté.

2° *Dilatation du canal de Sténon.* — Nous ne signalerons que pour mémoire cette méthode aujourd'hui abandonnée. Morand et Louis l'ont jadis conseillée et pratiquée de la façon suivante: un stylet très-fin introduit par l'orifice normal ou par l'orifice fistuleux servait à passer dans le canal une mèche qu'on renouvelait chaque jour en augmentant son volume. C'est une méthode difficile et incertaine, car la dilatation du conduit n'est pas toujours suivie de l'oblitération de la fistule.

3° *Formation d'un nouvel orifice buccal.* — Cette méthode, qui consiste en réalité à créer une fistule salivaire interne, fut imaginée par Deroy (1). Ce chirurgien eut l'idée de traverser la joue dans toute son épaisseur avec un fer rouge au niveau de l'orifice extérieur; au bout de quelque temps, l'eschare s'étant détachée, cet orifice se cicatrisa, tandis que la fistule, du côté de la muqueuse, resta persistante.

Monro se servait d'une aigle de cordonnier pour passer obliquement à

(1) Saviard, *Observations de chirurgie*, p. 531.

travers la joue un cordon de soie dont l'anse était au niveau de la fistule, et dont les deux chefs ramenés en avant furent noués près de l'angle de la bouche.

Desault traversa la joue avec un trocart, et dans la canule passa un fil ; puis, la canule enlevée, il se servit de l'extrémité buccale du fil pour fixer une mèche dans la partie interne seulement de la plaie. Ce procédé, incontestablement supérieur aux précédents, nous semble assurer beaucoup mieux le succès.

Duphœnix incisa obliquement la joue avec un bistouri, de dehors en dedans et d'arrière en avant, et dans la partie interne de la plaie mit une canule que le malade garda seize jours ; les bords de l'ouverture extérieure, préalablement avivés, furent réunis par une suture entortillée.

Le procédé de Deguise diffère des précédents en ce qu'il crée deux orifices du côté de la muqueuse, au lieu d'un seul. Il a été modifié de la façon suivante par Béclard : avec un trocart porté au fond de la fistule, on perfore la joue obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière ; par la canule on glisse dans la bouche l'extrémité d'un fil de plomb, dont l'autre bout reste au dehors ; puis, la canule enlevée, on perfore de nouveau la joue avec le trocart, mais cette fois de dedans en dehors, à 6 ou 7 millimètres en avant de la première ponction, et obliquement d'avant en arrière, de sorte que la pointe de l'instrument vienne sortir au niveau de la fistule. L'extrémité du fil de plomb laissée en dehors est maintenant engagée dans la canule et conduite dans la bouche, et les deux bouts du fil ainsi réunis sont tordus l'un avec l'autre. Il ne reste plus qu'à fermer par une suture la plaie extérieure ; et, quand la réunion est complète, on enlève le fil par la cavité buccale, ou bien on le tord chaque jour davantage pour sectionner les parties molles comprises entre ses branches et réunir les deux orifices internes.

Enfin Langenbeck a proposé d'isoler par la dissection le bout postérieur du canal de Sténon, de le diriger vers la cavité buccale, à travers une ouverture faite à la muqueuse, puis de réunir la plaie de la joue par une suture entortillée. Ce procédé ne pourrait être appliqué qu'aux fistules salivaires, situées en avant du masséter.

4^e *Atrophie de la glande parotide par compression.* — La compression est exercée directement sur la glande, à l'aide de compresses graduées maintenues par un bandage imaginé par Desault. Ce procédé, dont l'efficacité est d'ailleurs fort douteuse, a l'inconvénient d'être long et douloureux.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES JOUES.

Les vices de conformation des joues consistent uniquement en des fissures congénitales : celles-ci ont été décrites à l'occasion du bec-de-lièvre. (Voy. BEC-DE-LIÈVRE.)

Les *difformités acquises* se rencontrent à la suite de plaies, de brûlures, de gangrène des joues, comme on l'observe dans l'affection de la muqueuse buccale désignée sous le nom de *noma*. Ces difformités consistent en *adhérences anormales* de la joue et des lèvres avec les gencives, d'où résulte la difficulté ou même l'impossibilité d'écarter les mâchoires. On peut également observer des cicatrices extérieures, avec ou sans pertes de substance, souvent compliquées d'adhérences avec les gencives et par conséquent de resserrement permanent des mâchoires. Ce dernier accident, qui peut reconnaître des causes multiples, sera étudié plus tard. On comprend, d'autre part, qu'il soit difficile de tracer des règles générales pour la restauration des pertes de substance des joues, attendu que ces difformités sont le plus souvent complexes. Dans le cas d'une grande perte de substance, Nutter, cité par Roser (1), pratiqua une opération autoplastique à l'aide des incisions courbes indiquées sur la figure 144, et guérit la malade.

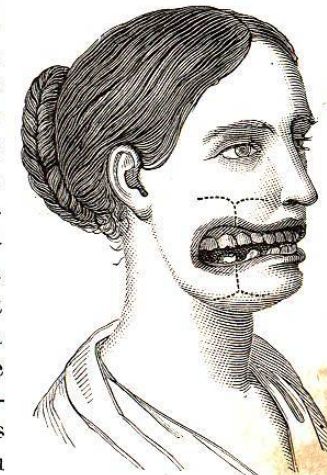


FIG. 144. — Génoplastie (Roser).

CHAPITRE VIII

MALADIES DES DENTS.

Avant d'aborder la description des maladies des dents, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de rappeler, dans un court préambule, les notions d'anatomie et de physiologie indispensables pour l'intelligence des accidents morbides dont les dents sont le siège ou le point de départ.

La dent, arrivée à son développement complet, est composée de parties dures et de parties molles. Les parties dures sont, en allant de dehors en dedans, l'*émail*, le *cément* et l'*ivoire* ou *dentine*.

L'*émail* revêt la couronne de la dent, depuis sa surface triturante où il forme une couche relativement épaisse, jusqu'au collet où il se termine en s'amincissant graduellement ; à ce niveau, il est légèrement recouvert par le cément. Cette coque protectrice est transparente, d'une dureté telle qu'elle fait feu sous le briquet. Essentiellement composée de sels calcaires, elle contient à peine à l'état normal de 1 à 3 pour 100 d'une ma-

(1) *Manuel de chirurgie anatomique*, 2^e édit., trad. franç., p. 145.