

c'est-à-dire de reconnaître si la fistule a pour cause la blessure du canal excréteur lui-même, ou bien celle du prolongement antérieur de la glande dont il est accompagné, quelquefois, jusqu'au bord antérieur du masséter; et c'est, sans doute, à cette difficulté du diagnostic qu'il faut attribuer la divergence d'opinion qui règne entre les auteurs à l'égard de la guérison *spontanée* plus ou moins facile des fistules salivaires. Je pense, en effet, que la fistule de la glande guérit *toujours*, et que la fistule du canal, surtout si celui-ci a été intégralement coupé, ne guérit *jamais* spontanément. Je dirai, comme élément de diagnostic, que dans la fistule de la glande il s'écoulera encore beaucoup de salive par le conduit, tandis qu'il ne s'en écoulera plus du tout si le canal lui-même a été intéressé dans sa totalité. A la suite d'une plaie de la glande, le canal de Sténon peut, néanmoins, être obstrué par des caillots qui entretiennent l'écoulement de la salive au dehors. Il faudrait, dans les cas de ce genre, pratiquer le cathétérisme.

RÉGION DES LÈVRES

Les *lèvres* sont deux replis musculo-membraneux qui ferment en avant la cavité buccale. On donne vulgairement le nom de bouche à l'espace qu'elles circonscrivent, mais cette expression doit s'appliquer seulement à la cavité qui leur fait suite.

Il existe une lèvre supérieure et une inférieure. Les limites extérieures sont : pour la supérieure, le pli naso-labial en haut, et sur les côtés le pli génio-labial; pour l'inférieure, le pli mento-labial. Je répète que le chirurgien doit toujours, quand cela est possible, dissimuler les incisions au fond de ces plis.

Les culs-de-sac de la muqueuse limitent naturellement les lèvres à leur face profonde.

Sur les côtés, les deux lèvres se réunissent pour former les *commissures*.

On distingue à chaque lèvre une face antérieure, une face postérieure, un bord adhérent et un bord libre.

Parlerai-je des variétés si nombreuses qui existent entre les sujets eu égard à la hauteur, à l'épaisseur, à la largeur, etc., des lèvres? C'est plutôt affaire aux artistes.

Qu'une lèvre soit trop longue, cela n'a d'autre inconvénient que d'être un peu disgracieux, mais, lorsque la lèvre supérieure est trop courte, indépendamment de la difformité sérieuse qui en résulte, la fonction peut être entravée: aussi, faut-il y remédier par une opération autoplastique.

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 macro-glossie, analogues à celle que présenta 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 dédoubla 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'hémorragie appréciable.