

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

les fibres divisées de l'orbiculaire agissant en sens inverse, tirent sur chacune des lèvres de la plaie et produisent un écartement considérable. Un autre danger des plaies par instruments tranchants, c'est l'hémorrhagie, qui est d'autant plus à craindre que la plaie est située plus près de la commissure labiale, c'est-à-dire plus près de l'origine de l'artère coronaire sur le tronc de la faciale.

Les plaies contuses affectent quelquefois l'apparence de plaies par instrument tranchant, la lèvre saisie entre le corps contondant et l'arcade dentaire venant se couper sur cette arcade qui agit à la manière d'un instrument tranchant. Dans d'autres cas, les plaies contuses des lèvres sont lacérées, irrégulières, avec formation de plusieurs lambeaux, comme dans les plaies contuses ordinaires. C'est ce qui arrive dans les cas de plaies par armes à feu, dans les cas de suicide, lorsque le canon de l'arme est introduit dans la cavité buccale.

Traitement. — Les plaies des lèvres par instruments tranchants réclament absolument la suture, pour éviter la difformité résultant de l'écartement de leurs bords. Même dans les cas de plaies contuses, la suture sera de mise, pourvu que les bords de la plaie ne soient pas trop dilacérés. On pourra même faciliter la réunion, en régularisant les lèvres de la solution de continuité. La seule précaution à prendre pour toutes les sutures des lèvres, soit pour des plaies accidentelles, soit à la suite d'opérations chirurgicales, c'est de comprendre dans la suture la presque totalité de la lèvre, c'est-à-dire de faire passer l'aiguille à suture immédiatement au-devant de la muqueuse. De cette manière, on comprend dans la suture les artères coronaires qui sont profondément situées en avant de la muqueuse, et du même coup on comble la perte de substance et l'on arrête l'hémorrhagie.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

On rencontre aux lèvres les divers modes d'inflammations; les unes sont superficielles, comme l'herpès, l'érysipèle, le psoriasis, qui produisent sur le bord des lèvres des fissures très douloureuses; les autres sont profondes, comme le phlegmon et les abcès, le furoncle

et l'anthrax. Aux lésions inflammatoires se rattachent les ulcères des lèvres dont nous dirons quelques mots.

a. Phlegmons et abcès des lèvres. — Le phlegmon des lèvres peut succéder à des plaies contuses, ou encore à des opérations chirurgicales, par exemple, lorsqu'une suture des lèvres manque et détermine de la suppuration. Il est encore parfois la suite d'érysipèles. Ce qui caractérise surtout l'inflammation phlegmoneuse des lèvres, c'est d'être excessivement douloureuse. Les tissus constituant la lèvre sont si denses, si serrés, que le gonflement inflammatoire y produit une violente douleur. C'est surtout à la face postérieure, du côté de la muqueuse, où le tissu cellulaire est plus lâche, que le gonflement peut se produire; mais il est limité par la rencontre du bord alvéolaire. Aussi le bord libre de la lèvre se renverse-t-il en dehors, en donnant naissance à un véritable ectropion muqueux du bord labial.

Le seul moyen de calmer les douleurs, c'est de donner de bonne heure une issue au pus, sans attendre qu'il soit bien collecté. Dès qu'on constatera un ramollissement dans le gonflement inflammatoire, on pratiquera en ce point une incision, en se guidant aussi sur le maximum du gonflement et de la douleur.

b. Furoncles et anthrax. — Ce qui donne aux furoncles et aux anthrax des lèvres une importance toute particulière, c'est qu'ils peuvent devenir le point de départ des plus graves complications. Il arrive, en effet, que l'inflammation se propage aux veines labiales, et de là, à la veine faciale elle-même. Il en résulte une gêne de la circulation cérébrale, vu l'anastomose de la veine faciale avec l'ophthalmoscope et la large communication de cette dernière avec le sinus caverneux. Aussi voit-on parfois la mort survenir avec des phénomènes cérébraux, et, à l'autopsie, on constate, soit les traces de la congestion cérébrale, soit même une véritable inflammation des méninges et de l'encéphale. Dans d'autres cas, la mort survient par infection purulente, facile à interpréter dans l'inflammation suppurative des veines.

Les symptômes du furoncle et de l'anthrax sont les mêmes aux lèvres que partout ailleurs. Toutefois, comme les phlegmons, ils sont extrêmement douloureux, toujours à cause de la densité considérable des tissus au milieu desquels se développe l'inflammation.

Lorsque la phlébite se propage de l'intérieur de la lèvre à la veine

faciale, on sent un cordon dur qui dessine le trajet des vaisseaux. Il y a un œdème blanc de la face, et même de la projection au dehors du globe de l'œil, donnant naissance à une véritable exophthalmie. A ces signes locaux se joignent des symptômes généraux, du délire, de la fièvre, des frissons, et la mort survient, soit avec les phénomènes de la méningite, soit avec ceux de l'infection purulente.

Le diagnostic de l'anthrax des lèvres est à faire surtout avec la pustule maligne qu'on rencontre assez fréquemment dans cette région. Mais la pustule maligne se reconnaît à son eschare centrale grise, à son cercle de vésicules et à l'absence de suppuration. Le gonflement de la lèvre qu'on observe dans l'érysipèle et dans certains cas de périostites des mâchoires est diffus et mou, il ne se présente pas sous la forme d'une tumeur dure et nettement circonscrite comme dans l'anthrax.

Le traitement consiste à pratiquer de bonne heure l'incision cruciale de la tumeur, qu'on fera suivre de cautérisations et de pansements antiseptiques, pour détruire tous les éléments septiques contenus dans la plaie, et s'opposer, autant que possible, aux chances de la phlébite et de l'infection.

c. **Ulcères des lèvres.** — Outre les ulcérations simples succédant à une éruption du bord libre des lèvres, à l'irritation produite par une dent déviée, on rencontre, aux lèvres, des ulcérations spécifiques qui sont dues, soit à la tuberculose, soit à la syphilis.

Les ulcérations tuberculeuses des lèvres sont rares. Elles peuvent être primitives, mais le plus souvent elles coïncident avec une tuberculose générale, ou une tuberculose buccale.

Quant aux ulcérations dues à la syphilis, elles peuvent appartenir à chacune des trois périodes de la maladie; on trouve, en effet, aux lèvres, des chancres, des plaques muqueuses et des gommès. Dans sa thèse de 1887, le docteur Nivet, relevant la statistique du professeur Fournier, trouve, sur un total de 595 chancres extragénitaux, 268 chancres des lèvres. Ces derniers représentent donc de beaucoup la variété la plus fréquente, parmi les chancres extragénitaux. Dans 400 cas, la lèvre inférieure était atteinte; dans 80 cas, c'était la lèvre supérieure; 11 fois seulement, le chancre siégeait au niveau de la commissure labiale.

III

TUMEURS DES LÈVRES

Les tumeurs qui peuvent se développer dans la région des lèvres ne sont pas très nombreuses : les unes, comme les tumeurs érectiles, les kystes, les adénomes, sont bénignes ; le groupe des tumeurs malignes est représenté aux lèvres par l'épithélioma, dont la fréquence et la gravité méritent toute l'attention du chirurgien.

1^o TUMEURS ÉRECTILES

Les tumeurs érectiles des lèvres sont les plus fréquentes de toutes celles de la face. Un grand nombre d'entre elles sont congénitales et se présentent d'abord sous la forme de *nævi materni*. Le jeune âge et le sexe féminin y sont plus particulièrement disposés.

Bien que tous les points de l'orifice buccal puissent être le siège de tumeurs érectiles, elles paraissent surtout fréquentes à la lèvre inférieure. C'est du moins ce qui ressort de la statistique de Bouisson, qui, sur 10 cas de tumeurs érectiles des lèvres, a vu 6 fois la lèvre inférieure être le siège de la tumeur.

On rencontre aux lèvres toutes les variétés de tumeurs érectiles. Les unes sont des angiomes artériels, superficiels, constituant de simples taches de naissance, *nævi materni*; les autres sont des tumeurs érectiles veineuses, profondes, occupant toute l'épaisseur des tissus de la lèvre et se diffusant parfois plus ou moins loin.

Les symptômes et la marche ne présentent rien de particulier. Si l'on a vu exceptionnellement ces tumeurs demeurer stationnaires, ou même guérir spontanément, dans la plupart des cas, au contraire, elles ont tendance à faire des progrès et appellent un traitement chirurgical.

Lorsqu'il s'agit de simples *nævi materni*, la vaccination de la tache érectile pourra suffire. S'agit-il de tumeurs érectiles profondes, mais bien limitées, on pourra les traiter comme toute autre tumeur solide des lèvres, c'est-à-dire en pratiquer l'extirpation, en faisant une excision en forme de V du bord labial. Si la tumeur est diffuse et en même temps profonde, ce procédé n'est plus applicable; il faut

alors avoir recours, soit aux injections coagulantes (perchlorure de fer, chloral, liqueur de Piazza), soit à l'électrolyse qui constitue en pareil cas un excellent mode de traitement. Lorsque la tumeur peut se pédiculiser et qu'elle n'occupe que le bord labial, on peut l'enlever à l'aide de la ligature, soit simple, soit multiple, par le procédé de Rigal (de Gaillac). Bouisson rapporte un exemple intéressant à l'appui de cette méthode. C'est celui d'une petite fille de dix mois, qui présentait une tumeur érectile occupant tout le contour de l'orifice buccal, et faisant de rapides progrès. Étreinte par 12 ligatures, cette tumeur tomba le sixième jour, et laissa l'ouverture de la bouche agrandie, mais régulière. Plus tard la rétraction cicatricielle ramena la bouche à des dimensions normales. Quatre ans après, la guérison complète se maintenait.

2° KYSTES

Il peut se développer, aux lèvres, des kystes, soit du côté de la peau, soit du côté de la muqueuse. Les premiers, beaucoup plus rares, sont des kystes sébacés. Blandin cite le cas d'une tumeur sébacée des lèvres qui avait été prise pour un cancer.

Quant aux kystes profonds, ils se développent aux dépens des nombreuses glandules qui siègent au-devant de la muqueuse labiale. Tantôt uniques, tantôt multiples, ces kystes forment de petites tumeurs lisses et arrondies, rénitentes plutôt que fluctuantes. Comme la grenouillette, dont nous parlerons plus tard, et à laquelle on peut fort bien les comparer, ces kystes présentent quelquefois une teinte bleuâtre. Le contenu de la tumeur est un liquide visqueux et filant. Dans un cas que nous avons observé à la Salpêtrière, le kyste siégeant à la lèvre inférieure avait, par son contact incessant avec l'arcade alvéolaire, produit une ulcération présentant l'apparence d'un chancre. En palpant la base de l'ulcération pour y chercher l'induration, nous constatâmes une petite tumeur arrondie, globuleuse, qui avait tous les caractères d'un kyste. Le diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la ponction.

L'incision de la tumeur, donnant issue au liquide, ne suffit pas pour amener la guérison. Il faut y joindre les cautérisations répétées de la poche pour détruire complètement les éléments épithéliaux, origine de la sécrétion. Si le kyste est très volumineux, on pourra,

par une dissection de la muqueuse, mettre à découvert sa face antérieure et en pratiquer une résection plus ou moins étendue; après quoi, on cautérisera la portion restante de la poche.

5° ADÉNOMES ET ADÉNO-CHONDROMES

Les nombreuses glandules labiales donnent plus souvent naissance à des tumeurs adénoïdes qu'à des kystes. Ici, comme pour la parotide, on peut avoir affaire à des tumeurs mixtes. M. Duplay dit avoir observé un cas dans lequel la consistance dure de la tumeur avait fait penser à un fibrome, et où l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un chondrome. Dans une thèse sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, M. Pérochaud (1885) rapporte 2 cas d'adéno-chondromes de la lèvre supérieure.

Les caractères de ces tumeurs sont d'être profondément situées du côté de la muqueuse, là où siègent normalement les glandes. Elles ont de plus une consistance ferme et une surface granitée caractéristique. Pour bien apprécier ce dernier caractère, il faut renverser en dehors la surface muqueuse de la lèvre et la tendre; on sent alors, en passant le doigt à la surface de la tumeur, de fines bosselures, égales, qui ne présentent ni la même régularité, ni le même nombre, dans les diverses variétés de tumeurs qu'on pourrait confondre avec l'adénome, telles que le fibrome, le sarcome, certaines tumeurs érectiles solidifiées.

L'adénome des lèvres est une tumeur bénigne. Le seul traitement qui lui convienne est l'extirpation, qui sera toujours pratiquée du côté de la muqueuse.

4° ÉPITHÉLIOMA

Beaucoup plus fréquent que les tumeurs précédentes, l'épithélioma des lèvres affecte une prédominance marquée dans le sexe masculin, et à la lèvre inférieure. Il est exceptionnel de le rencontrer à la lèvre supérieure. Habituellement unique, la tumeur peut être double, ainsi que cela existait chez deux malades que j'ai observés. Chez l'un d'eux, il y avait à la fois un petit épithélioma de la lèvre supérieure et un de la lèvre inférieure, se correspondant si exactement qu'on aurait pu penser que l'inoculation s'était faite d'un point à l'autre.

Le second malade portait à la lèvre inférieure deux tumeurs épithéliales séparées par un intervalle de peau saine.

Bien qu'on puisse observer l'épithélioma des lèvres chez des sujets encore jeunes, c'est cependant de cinquante à soixante ans qu'on le rencontre le plus souvent. Il est plus fréquent chez les gens de la classe pauvre que chez les personnes aisées. Sa fréquence est surtout remarquable chez les individus des campagnes, soit parce qu'ils ne prennent guère de soins hygiéniques, soit aussi parce que le séjour continuel au grand air détermine chez eux sur le pourtour des lèvres des fentes, des gerçures, qui sont le point de départ de l'épithélioma.

En effet, ici comme pour toutes les variétés de tumeurs épithéliales, les irritations répétées ont une grande importance dans l'étiologie de la maladie. On trouve cité partout le cas du malade de Lassus, dont la profession consistait à engraisser des volailles, et qui, soufflant des grains dans le bec de ces animaux, avait constamment la lèvre mordue au même endroit. Parfois l'on voit des personnes chez lesquelles une dent déviée, irrégulière, venait constamment irriter la lèvre, présenter un épithélioma à ce niveau. Enfin, on a incriminé surtout l'usage du tabac, et spécialement des pipes à tuyau court, vulgairement désignées sous le nom de brûle-gueule. M. Bouisson (de Montpellier) s'est fait surtout le défenseur de cette opinion. Mais il n'y a là évidemment qu'une source d'irritation, et non pas une cause véritable de la maladie; car, dans les pays où les femmes fument la pipe, comme dans le Finistère, elles ne sont pas pour cela sujettes à l'épithélioma des lèvres.

Symptômes. — La maladie présente dans sa forme et dans sa marche un certain nombre de variétés. Dans un premier ordre de faits, décrits par Bouisson comme une forme spéciale, il n'existe rien autre chose qu'une production épithéliale exagérée qui recouvre une étendue plus ou moins considérable du bord labial. Cette forme diffuse et superficielle reste souvent stationnaire et n'aboutit pas nécessairement à l'ulcération.

Une seconde forme est représentée par l'épithélioma corné et offre également une bénignité relative. Elle est constituée par des excroissances en forme de corne, de nature épithéliale, qui coexistent parfois avec les autres variétés d'épithélioma.

Enfin, la troisième forme, qui est de beaucoup la plus ordinaire, débute par une excroissance verruqueuse ou par une fissure dont les

bords sont plus ou moins indurés. Lorsque le mal a débuté sous la forme de végétations verruqueuses, on voit les papilles hypertrophiées augmenter sans cesse de volume et de nombre. La tumeur s'accroît ainsi en tous sens; les irritations extérieures y déterminent bientôt de petites érosions qui se recouvrent de croûtes. Celles-ci tombent de temps en temps ou sont arrachées par le malade; au-dessous d'elles on trouve alors une surface ulcérée. Lorsque le début a eu lieu par une fissure, celle-ci se creuse de plus en plus; l'induration épithéliale qui constitue ses bords s'étend de proche en proche, et de bonne heure la tumeur arrive à la période d'ulcération.

Que l'ulcère soit déprimé, enfoncé, se bornant à la destruction des tissus (forme rongearite), ou qu'il s'accompagne, au contraire, de la production de bourgeons exubérants (forme végétante), il donne naissance à un écoulement ichoreux, fétide et parfois à des hémorrhagies assez abondantes.

Arrivé à cette période, le mal s'étend à la fois en surface et en profondeur. Il gagne parfois la plus grande partie du contour buccal; en même temps il se répand dans les tissus voisins de la joue et du menton et, suivant de préférence le tissu conjonctif, comme l'a montré M. Heurtaux dans son étude sur l'épithélioma, il arrive à l'orifice inférieur du canal dentaire par lequel il s'infiltré dans le maxillaire inférieur.

En même temps que cet envahissement des tissus voisins, on observe la propagation du mal par les lymphatiques. C'est à tort qu'on a pensé autrefois que l'infection ganglionnaire était rare en pareil cas. Elle est, au contraire, la règle à une certaine période de la maladie. Sur 12 cas d'épithéliomas de la lèvre inférieure, M. Heurtaux l'a trouvée 6 fois; d'après Lortet, elle existait 97 fois sur 181 cas opérés à l'Hôtel-Dieu de Lyon par Desgranges. Ce sont d'abord le ganglion sus-hyoïdien situé au niveau des insertions antérieures du digastrique, puis les ganglions sous-maxillaires, qui sont envahis; plus tard le mal s'étend à la chaîne des ganglions carotidiens. D'abord simplement augmentés de volume, les ganglions sont durs, mobiles les uns sur les autres et mobiles sur les parties profondes. Puis le tissu cellulaire voisin, venant à s'enflammer, soude ces ganglions entre eux; il les unit aussi intimement à la peau et aux tissus ambiants, et même au maxillaire inférieur. Enfin, dans une dernière période, ces masses ganglionnaires augmentent consi-

dérablement de volume; elles se ramollissent, deviennent fluctuantes et finissent par s'ulcérer. Les trajets fistuleux ainsi formés livrent passage à un ichor abondant et fétide, constitué par un pus ténu, très fluide, mélangé de débris caséux de nature épithéliale.

La mort survient par le fait de la cachexie cancéreuse. Exceptionnellement on observe la généralisation et le développement de tumeurs secondaires dans les viscères.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'épithélioma des lèvres ne présente pas, en général, de grandes difficultés. Les ulcérations scrofuleuses siègent de préférence à la lèvre supérieure, elles sont superficielles, ne s'accompagnent pas de l'existence d'une tumeur indurée. Elles se montrent de préférence chez les enfants et les jeunes gens.

Le lupus se distingue de l'épithélioma à la forme serpiginieuse de l'ulcération, à la présence de points cicatrisés dans son voisinage, aux tubercules ulcérés qui caractérisent la maladie et aux plaques crustacées qui revêtent les ulcérations.

Ce sont certainement les manifestations de la syphilis sur les lèvres qui prêtent le plus à la confusion. Le chancre induré surtout, à cause de la base résistante sur laquelle il repose, à cause de la croûte qui le recouvre parfois, peut simuler l'épithélioma. Mais il s'accompagne toujours de l'adénopathie qui fait habituellement défaut au début du développement des tumeurs épithéliales. Les ulcérations tertiaires pourraient également donner lieu à des erreurs. Mais les gommés se voient surtout à la lèvre supérieure; leur ulcération a été précédée de l'évacuation d'un liquide purulent; leurs bords sont taillés à pic, et moins indurés que ceux des ulcérations épithéliales. Il ne faut pas, du reste, attacher à ces difficultés une importance exagérée. Le traitement spécifique nous fournit un précieux moyen de trancher la question. Si, méthodiquement soumise au traitement antisyphilitique, la lésion ne s'améliore pas, si même elle s'aggrave, la question du diagnostic est tranchée. Il ne faut pas insister plus longtemps sur un traitement inutile, et recourir sans retard à l'opération.

Pronostic. — Comme tous les épithéliomas, celui des lèvres a un pronostic grave; trop souvent il récidive après avoir été enlevé et cause la mort par cachexie cancéreuse. Cependant si on le compare aux diverses formes d'épithélioma des muqueuses, de la langue, de

l'utérus, du rectum, on s'aperçoit qu'il a un pronostic beaucoup moins défavorable que ces derniers. Sa marche est beaucoup moins rapide, ses récidives bien moins fatales. C'est par un prompt diagnostic et par une large ablation du mal qu'on atténuera autant que possible la gravité du pronostic.

Traitement. — Le traitement est en effet tout entier chirurgical. Il consiste dans la large excision de la tumeur, c'est-à-dire qu'il faut toujours, en pratiquant cette ablation, comprendre dans les parties excisées une large zone, un travers de doigt au moins, de tissus sains, pour se mettre à l'abri de la récidive. Il faut aussi explorer avec le plus grand soin les régions ganglionnaires répondant à la lèvre malade et pratiquer l'extirpation de tous les ganglions qui sont suspects.

Dans les cas d'épithélioma superficiel du bord labial, on peut pratiquer l'excision d'une bandelette de tissu, parallèle au bord libre de la lèvre. Quelquefois même on peut, à l'exemple de Bouisson, pratiquer une excision, en forme de coin, des tissus, dans l'épaisseur du bord libre. Mais le plus souvent tout le bord libre doit être sacrifié; l'excision cunéiforme n'est plus possible. Il faut avoir recours à l'ablation d'un V des parties molles dont la base est au bord libre, dont le sommet est dirigé du côté du menton. La réunion sera faite ensuite par la suture, en conduisant les fils immédiatement au-devant de la muqueuse, de façon à comprendre dans leurs anses les artères coronaires et à faire en même temps l'hémostase et la réunion. Dans les cas plus complexes, il faudra pratiquer de larges opérations autoplastiques, et quelquefois même des résections partielles du maxillaire inférieur.

IV

VICES DE CONFORMATION

Nous dirons d'abord quelques mots du renversement et de l'atrésie des lèvres; puis, nous insisterons sur la principale des difformités des lèvres, le bec-de-lièvre.

1^o RENVERSEMENT

Le renversement des lèvres en dehors peut être congénital ou

accidentel. Tantôt il tient à une hypertrophie du bord libre de la lèvre, qui forme un bourrelet muqueux rouge et saillant en dehors : tantôt le renversement est dû à l'existence d'une cicatrice cutanée qui, tirant la lèvre de haut en bas et de dedans en dehors, expose au dehors sa face muqueuse et produit un véritable ectropion du bord labial. C'est surtout à la lèvre inférieure que s'observe cette dernière variété.

Lorsque la difformité consiste dans l'hypertrophie du rebord muqueux de la lèvre, il faut en pratiquer l'excision, puis la suture. Si le renversement est dû à une cicatrice cutanée, il faut pratiquer la section de brides cicatricielles, et même une opération autoplastique, telle que celle de Wharton Jones, pour augmenter la hauteur de la surface cutanée de la lèvre, et éviter tout renversement.

2° ATRÉSIE

L'atrésie ou rétrécissement de l'orifice buccal est congénitale ou acquise.

L'atrésie congénitale complète ou imperforation de l'orifice buccal coïncide habituellement avec d'autres vices de conformation, incompatibles avec l'existence. Dans d'autres cas, l'atrésie congénitale est due à la présence d'une membrane accidentelle obturant la bouche, ou bien à des adhérences anormales, établies entre les deux lèvres pendant la vie fœtale. Dans ces derniers cas, la guérison peut quelquefois être obtenue par une opération.

Quant à l'atrésie accidentelle, elle est toujours due à la production d'un tissu de cicatrice, fusionnant l'une avec l'autre les deux lèvres, dans une plus ou moins grande étendue. Plusieurs cas peuvent se présenter, suivant que l'atrésie s'accompagne ou non d'une perte de substance, suivant qu'elle est ou non compliquée d'adhérences aux mâchoires. Nous suivrons ici cette division, qui est celle des auteurs du *Compendium de chirurgie*, également adoptée par M. Duplay.

a. *Atrésie sans perte de substance et sans adhérences aux mâchoires.* — Elle est la conséquence d'ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses, d'excoriations ou de gerçures du bord libre des lèvres. Ces différentes ulcérations produiront d'autant plus aisément l'atrésie de la bouche qu'elles siégeront au voisinage de la commissure.

b. *Atrésie avec perte de substance.* — Ici la difformité est la

suite de la rétraction du tissu de cicatrice, que la perte de substance soit la conséquence de l'intervention du chirurgien, par exemple dans l'extirpation d'une tumeur, ou qu'elle ait une cause accidentelle. Cette dernière variété succède aux plaies contuses, aux plaies par armes à feu ; à la gangrène des lèvres, telle qu'on l'observe, par exemple, chez les enfants à la suite des fièvres éruptives ; à la pustule maligne, aux brûlures.

c. *Atrésie avec perte de substance et adhérences aux mâchoires.*

— Beaucoup plus graves que les deux variétés précédentes, cette forme succède aux larges ulcérations occupant à la fois la face interne des lèvres et les gencives, comme cela s'observe dans le noma, dans les stomatites gangréneuses, dans les chancres phagédéniques. Parfois aussi les plaies contuses et surtout les plaies par armes à feu produisent le même résultat. Non seulement l'orifice buccal est rétréci en pareil cas, mais les brides fibreuses, unissant les mâchoires entre elles, s'opposent à leur écartement.

Symptômes. — Outre la difformité produite par l'atrésie buccale, on observe encore une gêne considérable de l'alimentation et de la phonation. A ces symptômes se joignent l'écoulement incessant de la salive, dans les cas où il y a une large perte de substance, et l'impossibilité d'écarter les mâchoires, si des brides fibreuses les relient l'une à l'autre.

Traitement. — Le traitement palliatif par la dilatation artificielle au moyen de la laminaire ou de l'éponge préparée n'a que peu de valeur, et ne serait de mise que si le malade se refusait absolument à une opération.

Quant au traitement chirurgical, l'incision simple des commissures ne saurait suffire, car bientôt la cicatrisation de la plaie reproduirait la difformité. Ce qu'il faut, c'est avoir recours à l'autoplastie par inflexion ou par ourlet, suivant le procédé de Dieffenbach. Il consiste à exciser une bandelette mince de la peau et des muscles ; on a ainsi une certaine largeur de la muqueuse mise à nu. Cette muqueuse est fendue sur sa partie moyenne, et chacune de ses moitiés est suturée avec la peau, et surtout avec la commissure, de façon à obtenir une réunion immédiate et à éviter une rétraction cicatricielle reproduisant la difformité.

Dans les cas où l'atrésie se complique de perte de substance et d'adhérences aux maxillaires, il faut avoir recours à l'autoplastie, à

la dissection et à l'excision des brides cicatricielles, et aussi à la dilatation; mais ici le succès est très difficile à obtenir, et le pronostic beaucoup plus grave.

5° BEC-DE-LIÈVRE

Avec les auteurs du *Compendium*, nous définirons le bec-de-lièvre : une division verticale des lèvres dans une étendue plus ou moins grande de leur hauteur. Ainsi comprise, cette difformité peut être accidentelle ou congénitale.

Il peut arriver, en effet, que, par suite d'un traumatisme, l'une des lèvres présente une fente qui n'a de commun avec le bec-de-lièvre congénital que de nécessiter l'avivement et la suture de ses bords. Mais elle en diffère complètement à tous les autres points de vue; aussi laisserons-nous ici de côté le bec-de-lièvre accidentel, pour ne nous occuper que du bec-de-lièvre congénital.

Bien qu'on ait pensé qu'elle ait été connue dans l'antiquité, cette difformité n'est nettement indiquée dans les livres de chirurgie que depuis la Renaissance. C'est A. Paré qui créa le mot *bec-de-lièvre* et proposa son traitement par la suture entortillée. Franco proposa, de son côté, le nom de *lèvre fendue de nativité*, et attacha son nom au traitement d'une des formes de bec-de-lièvre compliqué. Depuis lors, un très grand nombre d'auteurs se sont occupés du bec-de-lièvre, soit au point de vue de sa pathogénie, soit au point de vue du traitement. Leurs noms trouveront place dans le cours même de notre description. Nous nous contenterons de signaler ici les articles de MM. Bouisson et Demarquay dans les Dictionnaires où l'on trouvera réunis tous les éléments de la question.

Pathogénie. — Le bec-de-lièvre est dû à un arrêt de développement de la face; aussi, pour comprendre cette difformité et les nombreuses variétés qu'elle présente, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit les notions d'embryogénie de cette région.

Déjà un certain nombre d'auteurs avaient pressenti cette véritable pathogénie du bec-de-lièvre. Ainsi A. Paré le regardait comme un défaut de la force formatrice. Harvey dit que beaucoup naissent avec une fente de la lèvre supérieure, parce que, dans l'évolution du fœtus humain, les moitiés latérales de la lèvre supérieure se soudent très tardivement. Blumenbach avait invoqué comme explication du

bec-de-lièvre le développement de la lèvre supérieure par trois points, un médian et deux latéraux, qui se réunissent de bonne heure; mais il n'avait pas apporté de preuve à l'appui de son assertion. La démonstration du mode de développement des lèvres, et, par suite, de la véritable pathogénie du bec-de-lièvre, n'a été fournie que par Coste, l'illustre embryologiste français, dont l'*Histoire générale et partielle du développement* a été publiée en 1848.

Le développement de la mâchoire supérieure se fait par trois bourgeons qui sont déjà visibles dès le vingtième jour de la vie intra-utérine. Le bourgeon médian ou frontal est un appendice de la vésicule cérébrale antérieure. De chaque côté de lui s'avancent deux bourgeons latéraux ou maxillaires, qui se subdivisent eux-mêmes, de façon à donner naissance aux bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs.

Le bourgeon médian ou frontal, en se développant, se creuse à sa partie moyenne d'une échancrure qui le partage en deux bourgeons plus petits, appelés bourgeons incisifs. Les bourgeons maxillaires supérieurs de chaque côté marchent à la rencontre du bourgeon médian; mais ils en sont séparés par une échancrure profonde qui est le premier rudiment des narines. A ce moment donc, la lèvre supérieure est formée par quatre bourgeons séparés les uns des autres par trois échancrures ou fentes. Sur les parties latérales se trouvent les deux bourgeons maxillaires supérieurs, séparés l'un et l'autre du bourgeon médian ou frontal par une échancrure qui représente la narine. Au centre se trouve le bourgeon médian lui-même subdivisé par une incisure verticale en deux bourgeons incisifs.

Au trente-cinquième jour de la vie intra-utérine, les bourgeons maxillaires arrivent au contact des bourgeons incisifs, dont ils ne sont plus séparés que par une fente représentant le sac lacrymal et le canal nasal, et aboutissant au grand angle de l'œil. Plus les bourgeons maxillaires se développent, plus les bourgeons incisifs diminuent de volume; ils se réunissent de haut en bas sur la ligne médiane l'un à l'autre, tandis que leurs parties latérales se soudent avec les bourgeons maxillaires. Ainsi, la lèvre supérieure, primitivement composée de trois parties distinctes, se trouve définitivement constituée.

Tandis que, par leur partie antérieure, ces bourgeons donnent naissance aux tissus mous constituant la lèvre supérieure, par leur

partie profonde ils fournissent au développement du squelette de la mâchoire supérieure. Les bourgeons latéraux donnent naissance aux maxillaires supérieurs; les bourgeons médians ou incisifs forment les os du même nom, portant les dents incisives; de sorte que la fente séparant ces bourgeons du bourgeon maxillaire existe de chaque côté entre la dent incisive latérale et la canine. Ajoutons que, d'après Albrecht, il y a, de chaque côté, non pas un, mais deux os incisifs, qui se fusionnent ultérieurement. C'est un point sur lequel nous devons revenir, quand nous parlerons du siège précis de la fissure anormale, dans le bec-de-lièvre de la lèvre supérieure.

Ainsi formée, la mâchoire supérieure ferait largement communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales. Mais tandis que les bourgeons incisifs se soudent entre eux et avec les bourgeons maxillaires supérieurs, on voit se développer une cloison médiane qui, partant du bourgeon frontal, sépare l'une de l'autre les cavités nasales et constitue la cloison de ces cavités. En même temps, de la partie postérieure des bourgeons maxillaires partent deux cloisons horizontales qui, marchant à la rencontre l'une de l'autre, arrivent à se souder sur la ligne médiane entre elles et avec la cloison verticale, de façon à constituer la voûte palatine osseuse et le voile du palais. Ainsi se trouve établie la séparation entre la cavité de la bouche et celle des fosses nasales.

Le développement de la lèvre inférieure est à la fois beaucoup plus simple et plus rapide que celui de la lèvre supérieure. Tandis que le développement de cette dernière n'est pas complet avant le quarantième jour, dès le trentième jour, les deux bourgeons maxillaires inférieurs se sont soudés sur la ligne médiane pour donner naissance à la lèvre correspondante.

On suivra aisément les différentes phases de ce développement sur la description et les figures qui en sont données par M. Sappey, figures empruntées à l'atlas de Coste.

Anatomie pathologique et variétés du bec-de-lièvre. — Les notions embryologiques précédentes nous permettent de nous rendre aisément compte de la production du bec-de-lièvre et des nombreuses variétés qu'il peut présenter.

Tout d'abord, le bec-de-lièvre est infiniment plus fréquent à la lèvre supérieure; celui de la lèvre inférieure est une rareté tout à fait exceptionnelle. La complexité beaucoup plus grande et la marche

plus lente du développement de la lèvre supérieure nous aident à comprendre cette localisation spéciale de la maladie. En effet, plus l'évolution embryonnaire est lente, plus elle est complexe, et plus on a de chances de la voir arrêtée à un moment donné d'une manière accidentelle; d'où la production d'une difformité.

1° Bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. — Nous insisterons sur le bec-de-lièvre de la lèvre supérieure, qui est celui qu'on rencontre chaque jour; nous consacrerons ensuite quelques mots au bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, qui n'est guère qu'une rareté pathologique.

A la lèvre supérieure, la difformité connue sous le nom de bec-de-lièvre est susceptible de présenter un grand nombre de variétés, qui peuvent être rangées dans les trois groupes suivants, selon que le bec-de-lièvre est unilatéral ou bilatéral, simple ou compliqué.

a. Bec-de-lièvre unilatéral simple. — Le type de cette variété est constitué par une simple fissure congénitale, occupant le côté gauche de la lèvre supérieure. On peut faire remarquer, à propos de cette fréquence plus grande du bec-de-lièvre à gauche, qu'à part le cerveau, le développement de la moitié gauche du corps est plus lent que celui de la moitié droite. De là, comme nous l'avons déjà dit, une plus longue chance de production d'une difformité. Jusqu'à ces dernières années, on s'accordait à dire que le bec-de-lièvre latéral siège entre le bourgeon médian ou incisif et le bourgeon maxillaire supérieur. D'après cela, la fente devrait siéger entre l'incisive latérale gauche et la canine du même côté. Telle n'est pas l'opinion d'Albrecht; pour lui, la fissure anormale siège entre les deux moitiés de l'os incisif de chaque côté, de sorte qu'elle doit laisser en dehors d'elle l'incisive latérale. S'il n'en est pas toujours ainsi, cela tient à des anomalies du système dentaire. L'opinion d'Albrecht a été confirmée en France par les recherches de M. A. Broca.

Tantôt la fente existant normalement en ce point au début du développement embryonnaire a persisté dans toute sa hauteur, et communique en haut avec la narine qui est transversalement aplatie; tantôt la fente s'est en partie comblée, elle n'occupe plus alors qu'une hauteur variable de la lèvre supérieure, et la narine est complètement fermée. Les bords de la solution de continuité ont une coloration rosée, due à la présence de la muqueuse; habituellement