

Diagnostique. Avant la période d'ulcération, il est possible de se méprendre sur la nature d'une affection cancéreuse de la lèvre; de confondre avec une verrue simple la saillie formée par l'infiltration épidermique; avec des kystes, ou même une tumeur érectile transformée spontanément en tissu fibreux (voy. p. 408), les indurations squirrhueuses ou encéphaloïdes. A la période d'ulcération, ou lorsque le cancer épithélial débute sous cette forme, il y a d'autres causes d'erreur :

On observe aux lèvres, notamment à l'inférieure, des ulcères *simples* et des ulcères *vénériens*. Tantôt les ulcères *simples* se présentent sous forme d'*excoriations* ou de *fissures* occupant le bord libre de la lèvre; c'est ce qui arrive aux sujets lymphatiques et strumeux pourvus de lèvres volumineuses. Ce dernier caractère joint à la forme linéaire de l'ulcération permet d'éviter toute confusion avec les ulcérations cancéreuses. Tantôt les ulcères *simples* consistent en *ulcérations arrondies, superficielles*, habituellement recouvertes d'une croûte, et succèdent à l'*impétigo* ou à l'*herpès*; ils occupent la face antérieure des lèvres; on les distingue des ulcères cancéreux, en ce que les premiers se développent dans le jeune âge, se guérissent sous l'influence de topiques émollients et reparaissent souvent après la guérison. On peut aussi confondre avec les ulcérations cancéreuses les ulcères qui succèdent à l'*esthiomène* ou *lupus*; mais ces derniers sont supportés par des *tubercules*, s'accompagnent de rougeur et d'induration de la peau; ils sont aussi l'apanage de la jeunesse et se rattachent à une constitution scrofuleuse.

Les ulcères *vénériens* des lèvres sont *primitifs* ou *consécutifs*. Les premiers, ou *chancre labiaux*, occupent en général le bord libre de la lèvre, sont ordinairement solitaires, à fond grisâtre et piqueté, à surface lisse, luisante et reposent sur une base indurée; ils sont accompagnés d'une adénopathie indolente des ganglions sous-maxillaires et ne tardent pas à être suivis des symptômes d'infection générale, notamment d'une roséole. C'est par ces derniers caractères qu'on distingue le chancre des lèvres du cancroïde ulcéré; en cas de doute, on soumet le malade à un traitement par les préparations hydrargyriques.

Les ulcères *vénériens consécutifs* se montrent, ou bien sur la face muqueuse des lèvres et ne sont que des *plaques muqueuses ulcérées*, reconnaissables à des caractères définis et à la concomitance de plaques muqueuses à la face interne des joues, aux amygdales; ou bien ces mêmes ulcères se développent sur la face cutanée des lèvres, et alors ils succèdent à une *sypphilide tuberculeuse*, caractérisée par des indurations rougeâtres, multiples, coïncidant avec des tubercules semblables d'autres parties de la face, et avec d'autres manifestations tertiaires.

Pronostic. Il est moins grave pour le cancroïde que pour les autres formes de cancer. Le cancer épithélial passe plus rapidement à la période d'ulcération, quand la tumeur est irritée par des cautérisations mal faites.

Traitement. La destruction du cancer par les *caustiques*, notamment par l'application du *caustique de Canquoin*, doit être réservée pour les cas où l'affection ne siège pas sur le bord libre de la lèvre, parce que dans ce point

il serait trop difficile de maintenir le caustique en place. C'est d'ailleurs une méthode moins expéditive que l'*ablation par l'instrument tranchant*.

Le procédé opératoire varie en raison de l'étendue de la dégénérescence. Si le cancer occupe le bord libre de la lèvre, ou s'il ne dépasse pas beaucoup en hauteur le voisinage de ce bord, on peut le cerner par une *incision semi-lunaire* à concavité dirigée vers le bord libre de la lèvre; si le cancer s'étend à une certaine hauteur de la lèvre, on le circonscrit par *deux incisions obliques* en forme de V, partant du bord libre et se réunissant par leur extrémité au delà des limites de la tumeur; on réunit les lèvres de la perte de substance par la suture entortillée. Dans les cas où le mal s'est déjà propagé dans une plus grande étendue, il faut le cerner par deux incisions verticales, partant du bord libre de la lèvre, s'étendant par en bas jusqu'au delà des limites du cancer, réunies par une troisième incision horizontale. Après l'ablation, il reste souvent une perte de substance qu'on est obligé de combler immédiatement par une autoplastie (voy. *Chéiloplastie*).

DE LA CHÉILOPLASTIE.

La CHÉILOPLASTIE est l'art de restaurer les lèvres; on l'applique à la lèvre supérieure et à l'inférieure, et on emploie l'une des deux grandes méthodes actuellement en usage pour les autoplasties: la méthode *indienne* et la *française*. Chacune des méthodes comporte un grand nombre de procédés dont la description dépasserait les limites d'un traité élémentaire; aussi nous contentons-nous de citer un seul des *procédés* de chaque *méthode*.

1^o RESTAURATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Méthode indienne. Procédé à double lambeau de Sédillot. Supposons un cas (fig. 208) dans lequel on a été forcé d'enlever, pour un cancer A

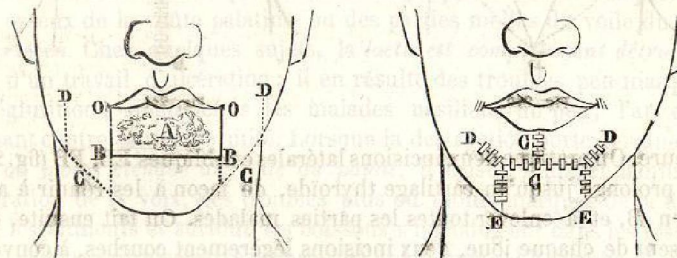


Fig. 208.

Fig. 209.

de la lèvre inférieure, la totalité de cette lèvre par les trois incisions OB, BB, BO. Il s'agit de réparer cette large perte de substance: pour cela, on taille, de chaque côté (fig. 208), aux dépens de la joue, un lambeau vertical DCB, DCB, que l'on peut au besoin prolonger sur la région cervicale. La base de chacun de ces lambeaux est en DO, le bord libre en C. Il faut que chacun des

lambeaux, ayant la forme d'un quadrilatère allongé, soit doublé de la muqueuse buccale. On renverse chacun des lambeaux, par un mouvement de quart de cercle de bas en haut et de dehors en dedans, de façon à affronter le bord libre C de chaque lambeau avec le bord libre C correspondant de l'autre lambeau; on maintient ces bords CC (fig. 209) par la suture simple ou entortillée. Le bord DC de chaque lambeau est réuni avec le bord supérieur de la perte de substance de la lèvre (fig. 209). Les bords de la perte de substance qui existe alors à chaque joue sont également réunis par la suture en E, E. Pour compléter la forme de la lèvre de nouvelle formation, on fixe la muqueuse sur le bord libre de chaque lambeau par une suture en surjet.

Méthode française. On circonscrit les parties malades par une incision en V, dont le sommet répond au menton; on affronte ensuite les deux surfaces de la plaie. Lorsque le mal a détruit toute la lèvre inférieure et une portion du menton, on peut employer le *procédé de Chopart*, consistant à comprendre tous les tissus altérés entre deux incisions verticales prolongées sur la région sus-hyoïdienne, de façon à former un vaste lambeau quadrilatère, dont on retranche les tissus désorganisés, qu'on relève ensuite en faisant pencher la tête du malade, pour recouvrir l'os maxillaire inférieur et refaire la lèvre inférieure.

PROCÉDÉ DE SERRE (de Montpellier). Supposons un cancer de toute la lèvre

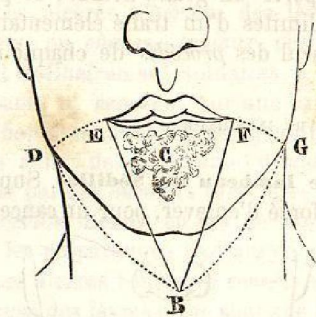


Fig. 210.

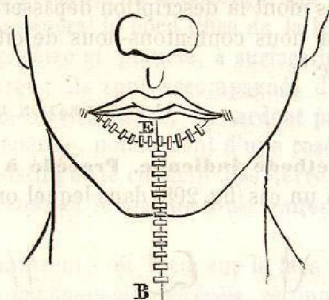


Fig. 211.

inférieure. On pratique deux incisions latérales et obliques EB, FB (fig. 210), qu'on prolonge jusqu'au cartilage thyroïde, de façon à les réunir à angle aigu, en B, et à enlever toutes les parties malades. On fait ensuite, dans l'épaisseur de chaque joue, deux incisions légèrement courbes, à convexité tournée en haut FG, ED, partant de la commissure labiale, se dirigeant en arrière en suivant l'arcade alvéolaire supérieure, pour se terminer à quelques millimètres au-devant des masséters. On détache de la face externe du maxillaire inférieur les parties molles comprises entre les triangles BFG, DEB; puis on fait glisser l'un vers l'autre les lambeaux BFG, DEB, de façon à affronter le bord BF avec le bord BE (fig. 211, BE). On réunit la muqueuse avec la peau du bord libre des lambeaux E (fig. 211) par quel-

ques points de suture. Il importe, lorsqu'on pratique les incisions latérales ED, FG (fig. 210), de ménager le canal de Sténon.

2^o RESTAURATION DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

Elle peut être exécutée par la méthode indienne et par la méthode française, en se conformant aux données exposées pour la restauration de la lèvre inférieure.

SECTION XXXI.

MALADIES DE LA VOUTE PALATINE, DU VOILE DU PALAIS
ET DES AMYGDALES.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Les anomalies de la voûte palatine et du voile du palais sont, dans le plus grand nombre des cas, *congénitales*, et s'expliquent par un *arrêt de développement*, un *défaut de réunion* des parties qui, à une certaine période de la vie intra-utérine, forment ces organes (voy. p. 402). Dans d'autres circonstances, elles sont le résultat d'une blessure *accidentelle* ou *volontaire*, d'une ulcération syphilitique ou scrofuleuse qui a détruit une portion du tissu osseux de la voûte palatine ou des parties molles du voile du palais.

Variétés. Chez quelques sujets, la *lucette est complètement détruite* à la suite d'un travail d'ulcération; il en résulte des troubles peu marqués de la déglutition; quelquefois les malades nasillent un peu; l'art est impuissant contre cette difformité. Lorsque la destruction porte sur une *partie plus ou moins étendue du voile du palais*, il existe, indépendamment de l'altération de la voix, des troubles plus ou moins marqués de la déglutition; les aliments et surtout les boissons s'introduisent dans les fosses nasales; si le travail ulcératif s'est propagé aux trompes d'Eustache, il y a de la surdité. On remédie, mais imparfaitement, aux troubles de la phonation et de la déglutition au moyen d'un *obturateur*. Ce dernier mode de traitement est aussi le seul applicable aux cas où, le voile du palais ayant contracté des *adhérences cicatricielles avec le pharynx et les amygdales*, il reste une communication entre l'arrière bouche et le haut du pharynx. D'autres anomalies de la voûte palatine et du voile du palais exigent un examen plus