

des accidents permettra d'éliminer un certain nombre de ces affections, la température élevée fera songer à une maladie inflammatoire, les commémoratifs viendront en aide dans une certaine mesure, la dysphagie et le siège des douleurs appelleront l'attention dans le pharynx inférieur, la constatation par le toucher pharyngien de l'épaississement des replis aryéno-épiglottiques, la douleur déterminée en pressant sur les parties latérales du larynx, comme si on voulait rapprocher les deux bords postérieurs du cartilage thyroïde, mettront sur la voie du diagnostic.

Traitement. — En présence des accidents dyspnéiques, on est conduit à faire la trachéotomie d'urgence, qui empêche le malade de mourir d'asphyxie. Mais on est fort désarmé contre la maladie elle-même. Dans le plus grand nombre des cas, l'on doit se borner à soutenir l'état général, et à calmer les douleurs. Chez les plus favorisés, l'œdème rétrocede, l'état général se maintient, l'abcès se collecte et s'évacue spontanément, et la guérison survient. Il faudrait, bien entendu, inciser cet abcès si le laryngoscope en avait décelé la présence. On peut dire, en somme, que le pronostic dépend surtout de la forme de la maladie, et que ce pronostic doit toujours être réservé.

D. Phlegmons infectieux du pharynx (1). — Les phlegmons infectieux du pharynx, étudiés par Sénator, Landgraff, Baruch, Merklen, etc., ne doivent être confondus avec aucune inflammation plus ou moins circonscrite du tissu cellulaire pharyngo-laryngé. Ils ont, en effet, une physionomie tout à fait à part.

L'inflammation revêt, dans la forme qui nous occupe, une marche foudroyante et une gravité telle que tous les cas connus se sont terminés par la mort. C'est une affection dont l'allure rappelle un peu celle de certains phlegmons infectieux du plancher de la bouche.

On trouve à l'autopsie du pus infiltré dans l'épaisseur du pharynx, dans tout le tissu cellulaire qui l'entoure, parfois jusque dans le médiastin, avec çà et là des points mortifiés.

Cliniquement l'affection débute comme une maladie infectieuse au premier chef, avec fièvre, délire, douleurs, frissons, albumine dans les urines; le pharynx est rouge, tuméfié dans toute son étendue, la dysphagie considérable. La dyspnée peut être extrême; mais elle peut manquer ou être intermittente. Le cou habituellement est empâté, tuméfié, douloureux, d'un seul ou des deux côtés. Mais ce symptôme lui-même n'est pas constant. L'attention est alors attirée seulement du côté de la cavité pharyngienne et les lésions péripharyngiennes se montrent comme une surprise d'autopsie.

(1) SÉNATOR, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — LANDGRAFF, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — BARUCH, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — JOANNES SCHWAMM, thèse de Munich, 1888. — MASSEL, *Congrès de Berlin*, 1890. — MERKLEN, *Soc. méd. des hôp.*, 1890. — SAUVINEAU, *Soc. anat.*, 1891.

Tout traitement est impuissant à conjurer ces terribles accidents, dont la mort a été jusqu'à présent la terminaison constante.

E. Phlegmon de la loge glosso-thyro-épiglottique (1). — L'inflammation de la loge celluleuse comprise entre la base de la langue et l'hyoïde d'une part, l'épiglotte de l'autre, a fait l'objet d'un mémoire important de MM. Brault et Brousses qui ont donné, de cette variété rare de phlegmon à point de départ bucco-pharyngien, une description, que les travaux de Vidal et Sestier avaient laissée incomplète.

Or il s'agit d'une affection fort sérieuse qui, méconnue, peut déterminer les plus graves accidents. De la loge où elle a pris naissance, l'inflammation peut se propager vers les voies respiratoires et déterminer des phénomènes d'asphyxie par refoulement de l'épiglotte et infiltration œdémateuse des replis aryéno-épiglottiques, créant ainsi un danger immédiat et formidable. Elle peut en outre envahir le cou et le plancher buccal. A cette dernière période il est à peu près impossible de reconnaître l'origine du phlegmon, mais au début, il aurait une symptomatologie propre. D'après MM. Brault et Brousses, dans ce premier stade de l'affection, 1° la tuméfaction et la douleur seraient circonscrites à une petite étendue du cou, à l'union des régions sus et sous-hyoïdiennes, si bien qu'au point de vue symptomatique, cette localisation semble établir un trait d'union entre les phlegmons rangés classiquement en sus et sous-hyoïdiens; 2° d'autre part, on constaterait « une légère infiltration de la région glosso-épiglottique », sans que toutefois l'exploration digitale permette de sentir à ce niveau ni soulèvement marqué ni collection; 3° il y aurait enfin, et ces constatations sont de la plus haute importance pour le diagnostic, intégrité complète de la langue et du plancher buccal.

Indépendamment du caractère infectieux que ce phlegmon est sans doute susceptible de revêtir dans certains cas, le pronostic est assez alarmant à cause de l'intensité des phénomènes respiratoires. Aussi faut-il donner issue au pus par une intervention. C'est par l'extérieur qu'il faut aller à sa recherche, et pour cela faire une incision sus-hyoïdienne et aller couche par couche jusqu'au foyer, en sectionnant s'il le faut une partie des insertions de la langue à l'os hyoïde.

V. — TUMEURS

I. — TUMEURS DES LÈVRES.

Les lèvres peuvent être le siège de tumeurs très variées, qu'on peut ranger en deux groupes, celles qui sont bénignes et celles qui ne le sont pas. Cette division n'est sans doute pas rigoureuse, mais

(1) BRAULT et BROUSSES, *Rev. de clin.*, 1893.

elle est suffisante, puisqu'en clinique, chacun s'entend sur le sens à donner à ces mots.

Tumeurs bénignes des lèvres.

Dans la première catégorie, nous placerons toutes les productions dont l'évolution purement locale n'entraîne pas habituellement de modification sérieuse de l'état général et n'entraîne pas directement la mort.

Ces tumeurs peuvent prendre naissance aux dépens des différentes parties constitutives des lèvres. Or nous avons d'un côté la peau et ses annexes, de l'autre la muqueuse et ses glandes, entre les deux des fibres musculaires, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, du tissu conjonctif. Les tumeurs des lèvres appartiennent donc à des espèces très variées, mais toutes n'ont point la même fréquence, les unes sont des curiosités, d'autres sont communes, ainsi qu'il arrive d'ailleurs pour tous les organes de l'économie.

TUMEURS D'ORIGINE CUTANÉE. — La peau des lèvres est un siège commun de *naevi*, qui s'observent surtout à la lèvre supérieure. Les kystes sébacés s'y rencontrent quelquefois, bien que ce soit une localisation peu habituelle.

Il en est de même des papillomes et des cornes, qui sont des papillomes cornés très développés, avec prédominance considérable de la production cornée. J'en ai observé récemment deux exemples, une petite corne sur la lèvre supérieure d'un architecte, une autre chez un marchand de poissons. Chez ce dernier elle siégeait, ce qui est assez exceptionnel, sur la bordure rouge de la lèvre inférieure.

M. Denis a présenté en 1895 à la Société des sciences médicales des hôpitaux, un malade de Rollet qui en présentait une de 5 centimètres à la lèvre inférieure, à l'union de la muqueuse et de la peau.

Vidal en a observé une qui s'était développée sur la cicatrice d'un lupus (1).

TUMEURS D'ORIGINE CONJONCTIVE. — On a cité quelques cas de *lipomes*. Le plus connu est celui de Follin, où la tumeur siégeait à la lèvre inférieure et faisait relief, sous la muqueuse. En pareil cas la mollesse, la lobulation, l'indolence, la longue durée de l'affection sont des signes qui doivent faire songer au lipome, diagnostic qu'on pourra formuler d'une façon ferme quand on percevra à travers la muqueuse amincie la coloration jaunâtre du tissu graisseux. En pratique, toutefois, ces considérations ne trouveront pas souvent leur application, car il s'agit d'une affection extrêmement rare.

Il en est de même du fibrome, dont on ne connaît qu'un nombre infime d'observations. Encore sont-elles contestables pour la plupart, car on a négligé d'y joindre un examen histologique. Ce reproche

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 597.

ne peut s'adresser à Mermet qui, dans un cas récent (1), a soigneusement étudié la structure de la tumeur, de manière à ne garder aucun doute sur sa nature fibreuse. Elle avait pris naissance aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux et des couches profondes du derme de la muqueuse.

La dureté, la limitation, la mobilité seraient des signes en rapport avec le fibrome, mais ces caractères appartiennent aussi à des tumeurs bien plus fréquentes aux lèvres, les adénomes, et, précisément à cause de leur caractère exceptionnel, on sera exposé à les méconnaître.

TUMEURS D'ORIGINE VASCULAIRE. — Contrairement aux tumeurs précédentes, les *angiomes* des lèvres sont relativement fréquents. Dans l'immense majorité des cas il s'agit d'enfants encore tout jeunes. On les constate au moment de la naissance ou peu après. La tumeur peut occuper un point quelconque des lèvres, mais c'est le plus ordinairement au niveau du bord libre qu'elle prend naissance, et le plus souvent à la lèvre inférieure. Les angiomes des lèvres sont parfois multiples, parfois aussi coïncident avec d'autres tumeurs du même genre occupant la langue, la joue, plus rarement un autre point de l'économie. De la simple tache érectile à la tumeur énorme occupant toute une lèvre et envahissant même une grande partie de la face, on peut trouver tous les intermédiaires.

Les causes susceptibles de produire les angiomes, ou de hâter leur développement, sont encore problématiques, et notre ignorance à cet égard est pour ainsi dire absolue. Notons toutefois que l'orifice buccal résultant de la coalescence de plusieurs bourgeons, les tumeurs érectiles qui prennent naissance à son pourtour rentrent pour un bon nombre dans la catégorie des angiomes fissuraires, les points où existaient primitivement des fissures chez l'embryon paraissant particulièrement prédisposés au développement de ces tumeurs. Un angiome labial peut coïncider avec un bec-de-lièvre (Lannelongue, de Bovis) (2).

L'anatomie pathologique de ces tumeurs ne présente rien de bien particulier aux lèvres (fig. 10). Cependant Lefèvre, dans son intéressant travail sur les angiomes des muqueuses, rapproche leur mode de développement de celui des angiomes de la langue, et leur décrit un processus commun, le mode de début par les vaisseaux des papilles et les capillaires du réseau sous-épithélial, et admet comme pour la langue, avec Cornil et Ranvier, l'isolement possible d'un certain nombre de cavités du tissu caverneux. Ces petites portions de l'angiome, séparées du reste de la tumeur par l'oblitération des voies de communication, se transformeraient en kystes remplis d'une sérosité rougeâtre ou ocreuse.

(1) MERMET, *Soc. anat.*, 1894.

(2) DE BOVIS, *Soc. anat.*, 1897.

Ces angiomes sont susceptibles de s'étendre, de se transformer en anévrysmes cirsoïdes.

Enfin le processus pathologique peut porter non seulement sur les

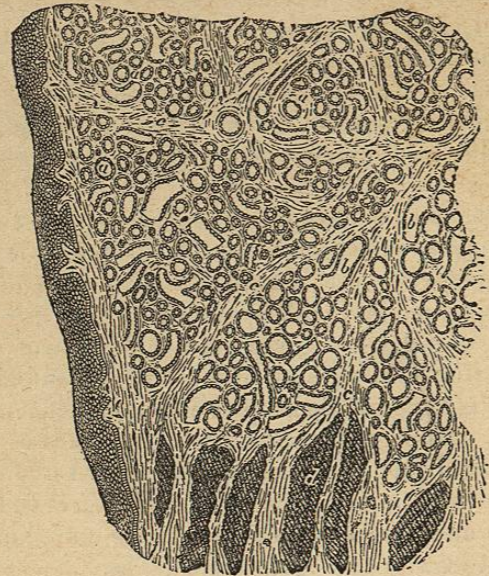


Fig. 10. — Angiome de la lèvre. Coupe antéro-postérieure. — a, très petits vaisseaux formés d'une couche de cellules endothéliales et d'un revêtement de tissu conjonctif; — b, vaisseaux plus volumineux et offrant plutôt le caractère veineux; ils sont entourés par du tissu conjonctif abondant, c, divisant la tumeur en un certain nombre d'alvéoles; — d, coupe de faisceaux musculaires (KÖNIG).

vaisseaux sanguins, mais encore sur les vaisseaux lymphatiques, pour former des tumeurs mixtes et complexes, des angio-lymphangiomes.

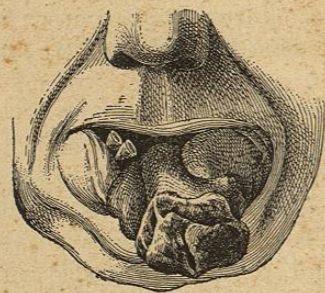


Fig. 11. — Épithélioma développé sur un angiome (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

le siège d'un angiome, comme dans le cas figuré ci-contre que nous empruntons à l'atlas de Mikulicz et Michelson (fig. 11) (1).

(1) MIKULICZ u. MICHELSON, *Atlas der Krankheiten der mund-und Rachenhöhle*.

Les angiomes des lèvres se présentent avec des signes d'une netteté particulière, en raison de leur situation qui permet de les reconnaître dès le début, et de les explorer avec une extrême facilité. Dès le tout jeune âge on constate en un point du bord libre de la lèvre une tache rouge ou violacée plus ou moins saillante, ou une petite tumeur, inégale, irrégulière, mamelonnée, plus ou moins bien circonscrite et présentant également une coloration d'un rouge plus ou moins vif. Les choses peuvent rester longtemps en cet état, indéfiniment même, et l'on rencontre des adultes ou des vieillards qui toute leur vie ont ainsi porté de ces petites tumeurs érectiles sans en éprouver la moindre gêne. Mais pour un grand nombre de sujets il n'en est pas ainsi. Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle l'angiome augmente avec lenteur ou paraît ne pas augmenter, on le voit sans raison apparente prendre des proportions rapidement croissantes. Cette augmentation se fait souvent par saccades, les périodes d'accroissement étant séparées par des intervalles de durée variable pendant lesquels la tumeur semble stationnaire. Elle ne diminue pas cependant durant ces périodes de calme, et conserve chaque fois le terrain qu'elle a gagné.

La déformation est proportionnelle à l'étendue et au siège de l'angiome. Situés dans l'épaisseur de la lèvre, ou débutant sur la face muqueuse de cette lèvre et faisant saillie dans la cavité buccale, ils peuvent pendant longtemps ne pas produire de notable difformité.

Mais ce n'est pas le cas habituel. Il est de règle que la tumeur prenne naissance au niveau du bord libre des lèvres, et soit ainsi apparente à l'extérieur. Pour peu qu'elle soit un peu volumineuse, elle fait ainsi une saillie disgracieuse (1) et entraîne une éversion plus ou moins considérable de la lèvre, dont elle modifie en outre considérablement la physionomie. Son aspect est alors tellement caractéristique, qu'il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître la nature de l'affection. Cette surface violette ou rouge, irrégulière et bosselée, est particulière aux angiomes. Les limites de la tumeur sont indécises, c'est graduellement qu'elle se continue avec les tissus environnants. Quand elle est volumineuse, on voit se détacher de sa périphérie toute une série de grosses veines s'irradiant dans tous les sens. Il suffit de mettre un doigt sur la tumeur pour qu'elle s'affaisse et se réduise, cédant sous la pression comme le ferait un flocon de duvet ou de coton, et pâlisce en même temps au voisinage du point comprimé. Elle augmente de volume pendant l'effort et change de coloration quand la respiration est entravée.

Bref la difficulté n'est pas de reconnaître la maladie, mais d'en apprécier exactement les limites.

Quant à la variété clinique de l'angiome, il n'est pas non plus très difficile d'être fixé à cet égard, les angiomes capillaires et artériels

(1) « On dirait un museau », écrit Vidal à propos d'un de ses petits malades.

occupant le bord libre et présentant une coloration d'un rouge plus vif, les angiomes veineux, se développant d'ailleurs un peu plus tard et évoluant avec une lenteur plus grande, occupant surtout l'épaisseur de la lèvre proprement dite et offrant une coloration plus sombre. C'est la variété exceptionnelle. Elle seule pourrait, à la simple inspection, laisser place à d'autres hypothèses, mais la parfaite réductibilité de la tumeur est pathognomonique.

Certes il existe des cas un peu embarrassants : il y a des angiomes qui ne sont pas purs, qui ont subi des transformations, dont la consistance et l'aspect se sont modifiés ; mais ces cas sont en somme exceptionnels et ne sauraient en rien infirmer la règle générale énoncée plus haut, à savoir que presque toujours le diagnostic s'impose immédiatement.

Naturellement ces tumeurs sont exposées aux complications habituelles des angiomes ; elles peuvent s'ulcérer, donner lieu à d'abondantes hémorragies, se transformer en anévrysmes circoïdes ; les traumatismes sont particulièrement dangereux sur ces lèvres, à cause des pertes de sang considérables qui peuvent résulter de la moindre blessure. Mais habituellement leur évolution est lente et bénigne. Ne déterminant aucun trouble fonctionnel, n'empêchant ordinairement ni la succion, ni l'alimentation, ni la parole, elles seraient en somme assez facilement acceptées des malades comme une infirmité tolérable, n'était la difformité trop apparente et disgracieuse, pour ne pas causer à ces infortunés un sérieux préjudice.

Cette considération suffirait à elle seule à justifier un traitement énergique, mais d'autres motifs rendent cette indication plus impérieuse, puisque la tumeur est exposée à grossir, à s'étendre et en somme constitue toujours un danger.

Quand l'angiome est circonscrit et quand son évolution est lente, on a une foule de moyens à sa disposition pour en obtenir la guérison. La région est favorable aux injections coagulantes telles que le perchlorure de fer, le tannin, le chloral. On ne peut guère songer à la compression. Boyer nous parle d'une mère qui pendant plusieurs mois fit à son enfant sept ou huit heures par jour de compression sur un angiome labial. Sa patience fut récompensée et la guérison fut obtenue. Mais voilà un exemple bien difficile à imiter.

La méthode sclérogène trouverait ici une de ses meilleures applications, et donnerait sans doute d'excellents résultats. J'ai vu obtenir de beaux succès par l'emploi de la cautérisation interstitielle avec la fine pointe du thermocautère.

Dans un cas de Reclus, il s'agissait d'une jolie fillette de cinq ans, portant un angiome veineux de la lèvre supérieure, n'intéressant pas le bord libre, mais remontant le long de l'aile gauche du nez. Les cautérisations furent faites par la face muqueuse de la lèvre et le sillon labio-gingival.

J'ai vu aussi, à Necker, ce traitement donner un excellent résultat entre les mains de Le Dentu.

Enfin l'extirpation au bistouri, suivie de réunion par première intention, est encore une méthode d'application facile, et qui ne doit donner que des succès quand il s'agit de tumeurs petites et limitées.

Si l'on songe toutefois que cette méthode, qui ne s'applique pas aux angiomes étendus dont l'extirpation donnerait lieu à de vastes délabrements, n'est en réalité une bonne méthode que pour les cas susceptibles de guérir par des procédés plus doux et plus simples, et que, si elle est plus rapide dans son action, elle n'est pas dépourvue de dangers quand les sujets sont jeunes, ce qui est fréquent, et qu'enfin elle modifie la conformation de l'orifice labial et laisse une cicatrice apparente, on sera conduit à n'utiliser la méthode sanglante que dans des cas assez restreints.

Pour les angiomes un peu étendus, il nous semble qu'il y a actuellement deux méthodes de choix : l'électrolyse, patiemment mise en œuvre, et répétée aussi longtemps qu'il sera nécessaire, et la méthode sclérogène de Lannelongue.

Anévrysmes des lèvres. — Ils sont à peine connus, et d'ailleurs ne présentent aucun intérêt particulier qui puisse légitimer une description spéciale.

Lymphangiome. — Les tumeurs constituées par les vaisseaux lymphatiques, les lymphangiomes, doivent nous arrêter un instant, ces tumeurs, qui ne sont pas extrêmement rares, ayant une certaine importance. Le lymphangiome des lèvres constitue la macrocheilie, affection que caractérise une augmentation considérable d'une ou des deux lèvres, augmentation indolente, graduelle et souvent congénitale.

Il est essentiel de dire dès à présent que seules rentrent dans le cadre de la macrocheilie, les hypertrophies qui ne sont pas sous la dépendance immédiate d'une des maladies nettement définies de la lèvre. C'est ainsi que les tumeurs malignes et bénignes, la syphilis, la scrofule, peuvent déformer et hypertrophier les lèvres sans qu'il y ait rien de commun entre ces affections et la macrocheilie que le fait grossier de l'augmentation de volume. De même l'énorme développement que prennent les lèvres dans la race nègre, n'étant pas pathologique, n'a rien à voir avec la macrocheilie. Le temps n'est pas encore bien loin où l'on faisait encore ces confusions. Aujourd'hui la nature lymphatique et l'origine congénitale de la macrocheilie paraissent des faits bien acquis. L'histoire de cette affection a suivi une évolution à peu près parallèle à celle de la macroglossie. Ce sont des maladies de même ordre et tout à fait comparables, ou plutôt il s'agit de deux localisations différentes de la même maladie. Celle-ci a pour siège primitif les vaisseaux et les fentes lymphatiques. Histologiquement elle est caractérisée par l'ectasie de ces