

fentes, des vaisseaux et capillaires lymphatiques, avec production de petits kystes et prolifération du tissu cellulaire. Quelle est la cause première de ces profondes perturbations du système lymphatique? Pourquoi y a-t-il stase et dilatation dans tout un territoire lymphatique? Faut-il admettre qu'un obstacle s'oppose à la circulation de la lymphe? Mais nulle part on ne trouve d'agent de compression, ni sur le trajet des vaisseaux, ni au niveau des ganglions, ni dans la cavité des vaisseaux.

On est alors conduit à soupçonner une altération primitive des vaisseaux capillaires ou du tissu cellulaire. Mais la cause de cette altération est encore indéterminée.

Cependant, il ne paraît pas douteux que cette affection ne soit en rapport avec quelque trouble survenu dans l'évolution de l'embryon. Bien qu'on en ait, dit-on, constaté parfois le développement tardif, c'est presque toujours à la naissance ou peu de temps après que la maladie est reconnue et son développement ne saurait être attribué raisonnablement à aucune cause traumatique, ou infectieuse, ou parasitaire.

Le lymphangiome peut être localisé à l'une ou l'autre lèvre, ou envahir les deux simultanément. Quand il siège à la lèvre supérieure, où il paraît être un peu plus fréquent qu'à l'inférieure, il est habituel qu'il empiète plus ou moins sur la joue.

Par contre, dans un cas figuré par M. Lannelongue le lymphangiome n'occupait qu'une partie de la lèvre supérieure et coïncidait avec un bec-de-lièvre.

A la section, les tissus infiltrés sont durs, résistants, crient sous le couteau, et présentent parfois une densité considérable, comparée à celle du cartilage. Un suc abondant découle des surfaces de section. Les limites du processus pathologique sont incertaines et diffuses; c'est peu à peu que les tissus reprennent à la périphérie du néoplasme leur aspect, leur consistance, leur souplesse normale.

Cliniquement, le lymphangiome des lèvres se reconnaît avec une grande facilité, car il présente un aspect très spécial et très caractéristique. La lèvre, très augmentée de volume, est le siège d'une déformation considérable, qui imprime à la physionomie un cachet de repoussante laideur. Quand la lèvre inférieure est seule prise, elle s'éverse en dehors; la face cutanée de cette lèvre vient se mettre au contact de la peau du menton, et la face muqueuse est exposée à l'air. La lèvre hypertrophiée fait une énorme saillie. La muqueuse s'excorie, se fissure, se couvre de croûtes. Sa coloration est profondément modifiée, elle est pâle et grisâtre. La consistance est ferme et même dure. Quand c'est la lèvre supérieure, il n'y a pas éversion, et la lèvre montre toujours sa face cutanée. Celle-ci présente une teinte pâle, grisâtre ou livide ou légèrement rosée. La tuméfaction est habituellement asymétrique. Elle est telle que la lèvre supérieure

descend au-devant de l'inférieure. La difformité qui résulte de cet épaissement et de l'allongement considérable de cet organe est véritablement hideuse.

Les narines sont elles-mêmes entraînées et déformées; la joue, la paupière sont fréquemment envahies. Cette difformité est ridicule ou répugnante, quand elle est poussée à ce degré, mais parfois elle reste limitée, modérée et tolérable. Si la laideur exagérée du visage n'avait pas de si graves conséquences sociales, le sort de ces malades serait en définitive acceptable. L'affection est en effet constamment indolente. Elle ne détermine que bien exceptionnellement des troubles fonctionnels, à part toutefois une difficulté dans l'articulation des mots. Mais l'alimentation n'est jamais compromise. Cependant la salive s'écoule constamment quand c'est la lèvre inférieure qui est atteinte, et cet écoulement perpétuel, outre qu'il est à la fois gênant et malpropre, peut contribuer à affaiblir le malade.

En outre, des déformations secondaires surviennent du côté du squelette de la face. On note que le maxillaire inférieur a tendance à s'éverser lui-même en dehors, comme s'il était entraîné par la lèvre et modifiait son orientation dans le sens de cette traction. De même le maxillaire supérieur s'aplatit dans sa portion incisive, comme s'il céda à la pression de la lèvre supérieure; et il présente une ampleur moindre, comme si son développement était contrarié par le poids et le voisinage de cette masse. Il est possible, en effet, que ces déformations soient sous la dépendance de la lésion labiale, mais ne s'agit-il pas plutôt de malformations concomitantes et dépendant d'un même trouble de l'évolution de l'embryon? Cette hypothèse, admise par plusieurs auteurs, est parfaitement défendable.

La *marche* de la maladie est graduelle et lente. Elle peut demeurer indéfiniment stationnaire, ou bien s'accroître par poussées successives.

Aucun *traitement médical* ne peut influer sur la marche de l'affection; la thérapeutique interne est impuissante non seulement à la faire rétrocéder, mais à en arrêter l'expansion. La compression a été tentée. Malheureusement elle est d'une application difficile, et ses résultats sont médiocres ou nuls. La cautérisation ignée interstitielle pourrait être utilement employée. Mais quand il n'existe aucune contre-indication tirée de l'état général, il vaut mieux une opération cosmétique, destinée à améliorer l'esthétique du sujet.

Tous les cas ne sont pas susceptibles d'être ainsi traités par une intervention chirurgicale. Un grand nombre échappent malheureusement au domaine de la chirurgie réparatrice à cause de l'étendue trop considérable du lymphangiome. Quand la tumeur occupe une grande étendue de la face, il est évident que le chirurgien est désarmé, et que son rôle doit se borner à prescrire quelques topiques inoffensifs.

Cependant on cite des exemples où l'on a combiné l'excision d'une partie de la lèvre avec des cautérisations de la joue. A côté de ces cas défavorables, il en est d'autres où une intervention est légitime et utile. Celle-ci pourra donner d'excellents résultats quand la lésion est limitée aux lèvres, ou mieux à l'une des lèvres. Même quand on ne peut tout enlever, l'opération peut être suivie de succès. Il se produit dans les environs de la perte de substance un travail de sclérose qui rétracte les tissus et en diminue le volume. Mais comment procéder à cette intervention? Faut-il faire l'ablation de toute l'épaisseur de la lèvre, en pratiquant des incisions analogues à celles qui servent à enlever les tumeurs malignes. Cette pratique serait désastreuse si l'on voulait extirper tout le tissu néoplasique. Elle serait également fort défectueuse, si le chirurgien se contentait de supprimer, dans le sens transversal, des segments plus ou moins étendus de la lèvre hypertrophiée. La véritable indication est de diminuer l'épaisseur de la lèvre. Il faut, pour procéder correctement, conserver la peau d'une part, la muqueuse de l'autre, et supprimer, des parties intermédiaires, la quantité suffisante pour obtenir à peu près la restauration de la forme. Il faut donc faire deux incisions parallèles et transversales, écartées l'une de l'autre par une distance variable avec chaque cas particulier, et tailler dans l'épaisseur de la lèvre un prisme dont la base sera précisément comprise entre ces deux incisions.

Cette ablation terminée, des sutures rapprocheront la muqueuse et la peau : par cet affrontement on reconstituera à la lèvre restaurée un nouveau bord libre.

**TUMEURS D'ORIGINE GLANDULAIRE. — Kystes.** — Les petites glandes annexées à la muqueuse des lèvres sont susceptibles de devenir kystiques.

Ces kystes sont fréquents, et s'observent surtout chez les jeunes sujets, bien qu'on puisse les rencontrer à tout âge. Les glandes labiales sont à peu près aussi nombreuses à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure, et il n'y a, sous le rapport de la structure ou du volume, aucune différence apparente entre les glandes des deux lèvres. Cependant, sans qu'on en puisse donner aucune raison plausible, celles de la lèvre supérieure ne donnent presque jamais naissance à des kystes.

La lèvre inférieure est le siège pour ainsi dire constant de ces tumeurs. On ignore les causes qui peuvent en favoriser le développement. On les rencontre souvent chez des sujets dont la bouche est irréprochable, la dentition superbe. Ils paraissent un peu plus communs chez les femmes.

Anatomiquement, ils sont très comparables aux autres kystes salivaires : ce sont des grenouillettes en miniature. Leur paroi, mince, est formée d'une couche de tissu conjonctif et tapissée à sa face interne d'un épithélium cubique plus ou moins aplati. Cette poche adhère

peu à la muqueuse labiale, qui glisse à sa surface. Au contraire, elle est assez difficile à séparer des couches profondes. Le contenu de ces kystes est filant, visqueux, parfois légèrement jaunâtre. Le développement de ces petites tumeurs est indolent et se fait avec lenteur. Tout au plus déterminent-elles une gêne très légère. Leur aspect est assez caractéristique pour qu'on les reconnaisse toujours sans hésitation. Elles se montrent sous forme de saillie hémisphérique, du volume d'un grain de maïs, d'une petite noisette. La muqueuse est mobile à la surface de cette tumeur, dont la palpation, d'ailleurs absolument indolente, révèle les contours bien limités, la parfaite rondeur, la situation immédiatement sous-muqueuse. A travers cette membrane amincie transparait le kyste, qui offre une teinte légèrement bleuâtre. Quand il est un peu développé, on constate la fluctuation, bien que les parois du kyste soient toujours tendues. Ces kystes, abandonnés à eux-mêmes, sont susceptibles de s'ouvrir spontanément dans la cavité buccale. Il va sans dire que cette éventualité ne saurait conduire à la guérison, et que le kyste se reproduit toujours. Pas plus que les autres kystes salivaires, il n'a tendance à s'infecter et à suppurer.

Le pronostic en est absolument bénin, mais cependant il y a intérêt à en débarrasser le malade.

J'ai vu récemment, à Broussais, une jeune femme, qui, pour un de ces petits kystes, avait subi des cautérisations multiples au nitrate d'argent et au thermocautère. Il en était résulté la production d'une cicatrice blanchâtre de la muqueuse qui masquait la coloration habituelle du kyste, mais c'est tout. En pareil cas il n'y a qu'un seul bon procédé, l'extirpation au bistouri. On a proposé de tailler sur la muqueuse un lambeau semi-lunaire pour rendre plus facile la dissection de la poche. Cela n'a pas grande importance; incision droite ou courbe, ou elliptique, en vérité c'est bien secondaire. Ce à quoi il faut s'attacher, c'est à détruire exactement la paroi du kyste, pour en empêcher la reproduction. La dissection est plus aisée quand on évite l'ouverture de la poche. Celle-ci extirpée, un ou deux points de suture réuniront la petite plaie.

**Tumeurs mixtes des lèvres.** — Les tumeurs les plus communes des glandes salivaires sont des tumeurs mixtes, où entrent dans des proportions variables deux éléments, l'un épithélial, l'autre conjonctif. Ces tissus et leurs dérivés sont susceptibles de former ainsi des tumeurs d'une extrême complexité.

Cette notion, bien mise en évidence pour les grosses glandes salivaires par Pérochaud, a été étendue par de Laraberie aux glandules du vestibule buccal, et enfin Collet (1), dans une excellente thèse consacrée aux tumeurs des lèvres, a montré qu'elle s'appliquait com-

(1) COLLET, thèse de Paris, 1894.

plètement aux glandes labiales. Je ne saurais mieux faire que de m'aider de ce remarquable travail pour exposer l'état actuel de la question.

Les glandes des lèvres donnent naissance à des adénomes qui sont rarement typiques. Ils s'accompagnent presque toujours de productions conjonctives, cartilagineuses et même osseuses.

Le siège presque constant de ces tumeurs est la lèvre supérieure, contrairement à l'inférieure qui, nous l'avons vu, est le lieu d'élection des kystes salivaires, qu'on ne rencontre presque jamais à la lèvre supérieure.

Leur volume est en général médiocre et ne dépasse guère celui d'une noisette, d'une petite amande, bien qu'on cite toujours un cas où elle atteignait celui d'une orange.

Leur forme est arrondie ou ovoïde, leur surface en général unie et lisse, parfois légèrement bosselée.

Elles sont toujours encapsulées, et, de ce fait, facilement isolables. Leur consistance est ferme et résistante.

Accidentellement elles peuvent contenir de tout petits kystes.

A la coupe, leur aspect est loin d'être homogène : il y a des parties dures et des points friables, qui sont en rapport avec la nature différente des tissus constituants. La proportion de ces tissus variant d'une tumeur à l'autre, il en résulte au premier abord que ces diverses productions ne paraissent pas toujours comparables. Cependant l'étude microscopique montre qu'elles sont toutes reliées les unes aux autres et procèdent d'une commune origine. A ce point de vue il y a deux choses à étudier, les masses épithéliales et la trame interstitielle. Or les éléments épithéliaux ne reproduisent jamais la structure glandulaire typique, mais forment des boyaux irréguliers, continus ou égrenés en chapelets.

Dans ces prolongements, les cellules ne conservent même pas leur forme ordinaire, et l'on trouve au milieu de boyaux épithéliaux des cavités remplies de substance muqueuse transparente ou colloïde.

Il peut se former de petits kystes par dilatation de ces cavités glandulaires.

Enfin, dans les culs-de-sac plus ou moins modifiés, il ne serait pas rare de rencontrer de petits calculs verdâtres, d'origine salivaire.

Quant à la trame, elle emprunte ses éléments constituants « à toutes les variétés de tissus de la série connective, tous réunis ou représentés par une ou deux variétés ».

Le tissu fibreux est presque toujours prédominant et si fréquemment associé au cartilage qu'on a autrefois décrit ces tumeurs sous le nom de chondromes des lèvres. Dans les cas déjà anciens de Paget et Goodhart, et dans l'observation récente de Collet, il y avait dans la tumeur du tissu osseux.

En définitive, tout paraît aujourd'hui devoir faire adopter la conclusion de Paget, de Butlin et de Collet qui considèrent ces tumeurs comme d'origine épithéliale.

Au point de vue de leur origine, on peut se demander si elles sont congénitales et comparables à des tératomes, qu'on fasse intervenir ici les inclusions blastodermiques, la persistance de débris des tissus embryonnaires, les cellules nodales, ou si elles sont acquises et résultent d'une transformation des tissus de l'adulte.

A cet égard Collet, après avoir déclaré « qu'entre ces deux théories soutenues par des auteurs d'une compétence spéciale il désire garder une sage et modeste réserve », semble pencher plus volontiers vers la théorie embryonnaire.

**Signes.** — Ces tumeurs se présentent presque toujours sous le même aspect. Elles occupent la lèvre supérieure et se rencontrent habituellement chez des femmes. Leur développement lent et graduel s'est effectué avec une indolence parfaite. Sauf les cas d'ailleurs exceptionnels où elles atteignent de grandes proportions, elles ne déterminent qu'une gêne modérée. Par contre, de bonne heure, elles modifient désavantageusement la physionomie. Prenant naissance à une certaine distance du bord libre, elles ne font pas saillie par l'orifice buccal, mais elles repoussent en avant la lèvre, et, comme le dit Collet, on peut en avoir une idée en introduisant une amande entre la lèvre et les incisives. Elles sont toujours latérales.

La palpation révèle leur mobilité et leur dureté. Même quand il y a de petits kystes dans leur épaisseur, on n'y perçoit pas de fluctuation. La muqueuse qui glisse à la surface est amincie et tendue, mais non altérée.

On sait que les tumeurs mixtes des glandes salivaires, après une longue période pendant laquelle elles se présentent avec les caractères d'une tumeur bénigne, évoluent avec une extrême lenteur ou restent stationnaires, peuvent subitement changer d'allure et se comporter comme les pires tumeurs malignes. Par analogie, on peut se demander s'il n'en est pas de même pour les adénomes des lèvres. Cela est possible, probable même, mais aucun fait n'est encore venu le démontrer.

Les tumeurs mixtes ont donné lieu à quelques confusions, alors qu'elles étaient mal connues, mais aujourd'hui leur diagnostic, on peut le dire, ne présente plus de réelle difficulté dans l'immense majorité des cas.

Le *traitement* que comportent ces productions est très clairement indiqué par les considérations qui précèdent.

Il faut en pratiquer l'ablation au bistouri, en incisant la muqueuse qui les recouvre. La laxité du tissu cellulaire qui les entoure rend leur extirpation très facile, et, comme on doit toujours

le faire, la réunion sera tentée par première intention. On doit ainsi obtenir la guérison définitive, et restaurer la lèvre dans sa forme primitive.

#### Tumeurs malignes des lèvres.

Dans la catégorie des tumeurs malignes on devrait décrire le *sarcome* et l'*épithélioma*.

Parmi ces tumeurs une seule est fréquemment observée en clinique, c'est l'*épithélioma*. Nous nous en occuperons exclusivement.

Le *sarcome*, qui paraît être extrêmement rare aux lèvres, sera laissé de côté, son étude ne pouvant être ébauchée d'après le très petit nombre d'observations que nous possédons (1).

**Cancer des lèvres. — Étiologie.** — La lèvre inférieure est un siège fréquent de cancer : « J'ignore si le cancer occupe jamais la lèvre supérieure, dit Sabatier, mais je ne l'ai rencontré qu'à l'inférieure » ; par exception, cependant, on observe aussi des épithéliomas de la lèvre supérieure ; cette localisation est incomparablement plus rare que celle qui se fait à la lèvre inférieure ; à cet égard, toutefois, il faut faire une distinction entre les cancroïdes qui prennent naissance aux dépens des glandes de la peau (sébacées ou sudoripares) et qu'on observe moins fréquemment aux lèvres que sur le reste de la face, mais que néanmoins on rencontre souvent, et les véritables épithéliomas labiaux qui se développent au niveau de la bordure rouge des lèvres. Le siège d'élection de ces derniers est la lèvre inférieure, au lieu que les petits cancroïdes sébacés et sudoripares s'observent plus souvent à la lèvre supérieure. Toutefois les épithéliomas de la lèvre supérieure sont peut-être d'une rareté moins grande qu'on ne le croirait d'après la lecture des auteurs, et, pour ma part, j'en ai déjà observé au moins six cas.

De tout temps on a noté l'extrême rareté du cancer des lèvres chez la femme. Ericksen prétendait qu'il n'en avait jamais vu. On en connaît cependant bon nombre d'exemples. En 1892, le *British medical Journal* en a publié tout une série. Dans plusieurs le diagnostic avait été vérifié par l'examen histologique. Dans celui de Herbert Barclay la malade fumait. Habitant dans la montagne, loin de toute autre habitation, et restant seule pendant les absences de son mari qui duraient des semaines, elle cherchait une consolation dans la pipe.

J'en ai observé deux pour ma part : l'un sur une dame de la Martinique ; l'autre dans le service de M. Le Dentu, en 1893.

C'est le plus souvent chez des individus âgés qu'on rencontre cette

(1) PÉAN, Clinique, 1879. Sarcome de la lèvre supérieure. — VIDAL, Musée de l'hôpital Saint-Louis. — BESNIER et DARIER, Lymphosarcome de la lèvre inférieure. Voy. Musée de l'hôpital Saint-Louis.

affection. Il est rare d'en constater le développement avant cinquante ou soixante ans.

Cependant on cite quelques cas survenus dans la jeunesse, et Gangolphe, par exemple, a opéré un jeune malade de quatorze ans atteint d'un épithélioma labial. Le même auteur rapporte avoir observé un cas de ce genre dans le service de Tripier. D'autre part on a cité des cas dans la plus extrême vieillesse. Jalland en a opéré un chez un individu de cent deux ans (1).

L'épithélioma prend naissance parfois sur la ligne médiane. J'ai observé, dans le service de M. Campenon, un homme qui précisément était atteint d'un cancroïde de la lèvre supérieure, exactement médian. On le voit parfois aussi débiter par la commissure, mais presque toujours c'est entre la ligne médiane et la commissure que la maladie prend naissance, sur le bord cutané-muqueux de la lèvre, sur la partie rouge visible. Certaines causes ont été invoquées pour expliquer cette localisation. C'est principalement l'usage du tabac et celui de la pipe qui ont été incriminés. Comme pour le cancer de la langue, Bouisson a voulu établir une corrélation étroite entre l'usage du tabac et le cancer de la lèvre. Il le fait rentrer dans la catégorie du cancer des fumeurs. Cette question sera plus longuement traitée à propos du cancer de la langue. Disons toutefois que ces idées, tour à tour adoptées et rejetées, comptent encore des partisans.

Il est certain que l'usage du tabac ou de la pipe peuvent agir ici comme sources d'irritation locale susceptible peut-être de favoriser le développement de l'épithélioma. Mais il ne faut rien exagérer, car on ne compte plus les cas de cancroïdes des lèvres survenus chez des individus qui n'ont jamais fumé, et ceux qui continuent à incriminer avec persistance le tabac ne songent point à l'énorme quantité d'individus qui fument sans cesse dans les plus déplorables conditions, sans avoir jamais de cancer de la lèvre. D'ailleurs, on sait que, dans les régions où les femmes usent de la pipe aussi bien que les hommes, le cancroïde des lèvres ne se manifeste pas avec une fréquence plus grande dans le sexe féminin.

On fait remarquer cependant que le point de départ de beaucoup le plus commun du cancer des lèvres est la région de la lèvre inférieure qui se trouve ordinairement en contact avec le tuyau de la pipe.

On a invoqué aussi l'irritation causée par le frottement de dents déviées, cariées, usées. Il faudrait faire aussi une part à l'hygiène défectueuse de la bouche. « On ne le voit survenir, dit Sabatier, qu'à ceux qui ont passé la première jeunesse et qui n'ont pas été à portée de s'occuper des soins de propreté que les personnes qui vivent dans l'aisance négligent rarement. »

(1) JALLAND, *British med. Journal*. London, 1891.