

Un fait mieux établi, c'est l'étroite connexion qu'on observe ici comme à la langue entre la leucoplasie et le développement de l'épithélioma. Très souvent c'est au pourtour d'une plaque blanche que le cancroïde prend naissance.

Enfin, comme pour le cancer de la langue, Guérmonprez et Cortyl invoquent la possibilité de la contagion.

A titre d'exception, je citerai les cas où un épithélioma des lèvres prend naissance aux limites d'une cicatrice de lupus, ou sur la cicatrice même [Dubreuilh (1), Hutchinson (2), Hallopeau et Brodier (3), etc.]

Anatomie pathologique. — La muqueuse qui tapisse la face profonde de la lèvre peut être parfois le point de départ du cancer, mais c'est une variété exceptionnelle, et, dans l'immense majorité des cas, c'est au niveau du bord cutané-muqueux que la maladie se développe.

« Les cancroïdes, avant les études histologiques, nous dit Houël (4), n'avaient point été l'objet d'une description particulière. Ils faisaient partie de la grande classe des tumeurs cancéreuses, dans laquelle ils étaient confondus. »

Il se trouve que le progrès des études histologiques a réintégré les *cancroïdes* dans la grande classe des tumeurs cancéreuses.

Ces *cancroïdes*, comme les appelait Lebert, ont été pendant un certain temps rangés dans la catégorie des faux cancers ou pseudo-cancers.

Ecker, en 1844, dans une étude ayant pour base les tumeurs de la lèvre ; un peu plus tard Lebert et Mayor, les différenciaient anatomiquement du véritable cancer.

On est aujourd'hui fixé sur les différences d'aspect microscopique qui séparent l'épithélioma ou cancroïde du carcinome, et l'on sait qu'il n'y a pas de différence essentielle entre ces deux ordres de tumeurs.

Microscopiquement, le cancer des lèvres se présente toujours sous forme d'épithélioma lobulé corné ou muqueux. On en peut décrire deux variétés : la *forme superficielle* ou *papillaire* ; la *forme profonde* appelée autrefois *dermique*.

La première prenant naissance au niveau du sommet des papilles et s'accompagnant d'hypertrophie papillaire, les autres prenant naissance au niveau des espaces interpapillaires et ayant tendance à diffuser dans la profondeur, d'où le nom de cancroïde diffus que lui donnait Lebert.

L'épithélioma a d'abord tendance à se propager en surface, dans la forme habituelle tout au moins, qui est la forme papillaire. Puis, au bout d'un certain temps, il envahit les parties profondes.

(1) DUBREUILH, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1893, p. 607.

(2) HUTCHINSON, *Atlas*.

(3) HALLOPEAU et BRODIER, *Soc. de dermat.*, 1894.

(4) HOUEL, in CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathologique*, t. V.

Heurtaux fait observer que, dans le cancroïde des lèvres, la tumeur s'étend tout d'abord rapidement en largeur, que l'affection marche avec lenteur tant que l'infiltration ne dépasse point le derme, puis qu'elle se propage en suivant les interstices musculaires. Les limites histologiques de la tumeur sont toujours indécises. Le néoplasme envoie dans tous les sens des traînées irrégulières que l'exploration clinique est impuissante à déceler et qui sont destinées à devenir le siège de récurrences rapides et de repullulation si l'on n'a pas pratiqué une très large extirpation.

Au bout d'un certain temps, toutes les parties constitutives de la lèvre sont finalement envahies et le néoplasme se propage à la gencive et au périoste du maxillaire.

Les éléments épithéliaux pénètrent dans l'intérieur même de l'os en suivant le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux et nerfs mentonnières, et arrivent ainsi jusque dans l'intérieur du canal dentaire.

D'autre part, les ganglions sont souvent envahis et d'une façon précoce ; c'est un fait qu'aujourd'hui personne ne songe à contester et qui paraît tout naturel. Mais pendant longtemps, sous l'influence des doctrines qui régnaient sur la nature du cancroïde, ce fait a été mis en doute, ou tout au moins considéré comme absolument exceptionnel, cette rareté étant en rapport avec la nature même de l'affection considérée comme une maladie purement locale.

C'est ainsi que Lebert le considérait comme rare en 1846, ne l'ayant observé que 6 fois sur 90 cas. Plus tard, il admit que les ganglions lymphatiques pouvaient être envahis, mais que l'infiltration ne dépassait pas la zone des ganglions lymphatiques les plus rapprochés.

Broca, ayant observé chez un malade atteint de cancroïde ulcéré de la lèvre un ganglion sous-maxillaire, déclare que cette adénite ne survient que dans des cas infiniment rares ; mais plus tard il revint sur cette opinion.

Cependant Paget faisait déjà remarquer que dans près de la moitié des cas il avait constaté cet envahissement. Il est certain, et le fait ne trouve plus de contradicteurs, que l'envahissement ganglionnaire est non seulement possible, non seulement commun, mais pour ainsi dire fatal à un moment donné de l'évolution.

Ordinairement ce sont les ganglions dans lesquels viennent se jeter les lymphatiques de la région qui sont envahis, mais, par exception, on peut voir des ganglions éloignés envahis et dégénérés. Houël cite un cas où « toute la chaîne ganglionnaire du cou et même celle qui pénètre dans la poitrine étaient profondément envahies par l'altération épithéliale survenue à la suite d'un cancroïde de la lèvre ».

Quand l'épithélioma prend naissance à la partie moyenne de la lèvre inférieure, ce sont habituellement les ganglions sus-hyoïdiens médians qui sont engorgés. Ils sont en effet l'aboutissant habituel des lymphatiques de cette région. Quand ils prennent naissance sur la

lèvre supérieure ou sur les parties latérales de la lèvre inférieure, ou au niveau des commissures, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont envahis. Quelquefois, cependant, les ganglions envahis ne sont pas ceux qui devraient l'être *à priori*.

Ainsi, dans un cas d'épithélioma développé du côté gauche, on peut voir les ganglions engorgés du côté droit.

L'engorgement est souvent bilatéral.

Par exception, on peut observer des ganglions géniens engorgés à la suite d'épithélioma labial.

Enfin, les ganglions peuvent être déjà envahis et dégénérés sans que la palpation puisse révéler leur état pathologique.

Il est possible qu'à la surface d'un épithélioma ulcéré puissent se faire des infections secondaires qui déterminent un engorgement simplement inflammatoire des ganglions. Cruveilhier insiste sur cette distinction. Houël déclarait que « tout ganglion tuméfié dans les cas de canéroïde ne devra donc point être regardé d'emblée comme dégénéré. C'est à la clinique qu'il faut s'adresser pour avoir la solution de ce problème et il existe des symptômes qui permettent de distinguer ces deux variétés qu'il importe au chirurgien de reconnaître, et une main exercée ne se trompe guère ».

En dépit de cette assertion, on voit les mains les plus exercées méconnaître les signes fugaces qui permettraient de différencier ces deux variétés d'engorgement ganglionnaire, et en pratique il est bon de toujours considérer ces ganglions comme suspects et partant de se conduire comme s'ils étaient néoplasiques. Et l'on peut dire qu'en les considérant comme cancéreux, le chirurgien a chance de ne point se tromper dans l'immense majorité des cas.

Signes. — L'épithélioma labial prend naissance à l'union du bord muqueux et du revêtement cutané de la lèvre, soit par une petite excoriation, soit par une petite induration, soit enfin par une légère saillie verruqueuse que les malades comparent à un bouton.

Pendant longtemps, l'excoriation reste insignifiante et n'offre aucun caractère apparent de malignité. Elle se couvre de petites croûtes que le malade arrache d'habitude avec les doigts ou qui tombent spontanément pour se reformer bientôt. Il est rare d'ailleurs que le chirurgien puisse observer ces premiers stades de la maladie, et presque toujours elle évolue depuis longtemps déjà quand le malade se présente à son examen.

Très souvent, l'affection est, en effet, longtemps stationnaire ou du moins évolue avec une grande lenteur.

Pendant cette période, qui se prolonge parfois trois, quatre, cinq ans et davantage, elle ne détermine aucune gêne notable ; à peine quelques démangeaisons, parfois quelques légers saignements, mais il arrive toujours un moment où ce bouton, d'apparence insignifiante, irrité par le frottement de la pipe, par les excoriations ou parfois par des

applications médicamenteuses irritantes ou caustiques, prend un développement rapide et augmente en quelques semaines au point d'envahir une notable étendue de la lèvre. On constate alors une ulcération bourgeonnante entourée d'une base violacée et dure, recouverte habituellement d'une croûte noirâtre, dans toute la partie qui est exposée à l'air libre. La partie qui est en contact avec la salive, constamment macérée, est au contraire dépourvue de ce revêtement et montre à nu des saillies bourgeonnantes séparées par des dépressions.

Sous la croûte s'accumule du pus ou de la sérosité sanieuse. Cette croûte se détache avec une grande facilité et se reproduit très vite. La surface ulcérée saigne facilement. En l'explorant avec le doigt on détermine presque toujours de ces petits saignements ; en même temps on reconnaît la dureté de toute la surface altérée. Il est rare que l'ulcération creuse en profondeur. Très souvent, au contraire, on voit la tumeur proliférer, les bourgeons cancéreux former saillie, la marche de la maladie devient extrêmement rapide quand la muqueuse de la cavité buccale est notablement envahie.

La lèvre est alors éversée et montre à nu la surface néoplasique baignée d'un ichor sanguinolent et fétide.

Dans un cas opéré par Richelot, on pouvait voir, sous la muqueuse, des lymphatiques littéralement injectés par le cancer.

L'exploration est généralement indolente. Pendant très longtemps aussi les douleurs spontanées sont nulles ou très modérées, se bornant à quelques vagues sensations prurigineuses, à un léger sentiment de brûlure au moment des repas.

Avec les progrès de l'affection survient une gêne notable dans l'élocution et aussi dans les mouvements de la mastication et de la préhension des aliments.

La lèvre éversée, tuméfiée et rigide, ne peut plus concourir aux mouvements d'occlusion de l'orifice labial et il y a écoulement permanent de la salive.

Quand il y a envahissement étendu des parties molles et surtout quand il y a propagation au maxillaire, peuvent survenir des douleurs spontanées revêtant un caractère extrêmement pénible. La pénétration des masses néoplasiques dans l'intérieur du canal dentaire détermine en particulier d'effroyables douleurs névralgiques.

La tumeur labiale est rarement régulière ; elle est généralement, quand elle a acquis certaines dimensions, divisée en une série de lobes qu'on a comparés à des marrons ou à des rochers.

Les téguments de la lèvre et du menton, envahis par leur face profonde, présentent une coloration violacée, et, à la palpation, présentent une rigidité spéciale qui ne laisse aucun doute sur leur état pathologique et qui est un signe de la diffusion du néoplasme.

Les ganglions sont très souvent envahis de bonne heure : même

quand il n'est pas possible de déceler cliniquement leur engorgement, il faut toujours faire des réserves sur leur intégrité. Dans quelques cas, à la vérité bien rares, le cancer débute non par le bord libre, mais par la face profonde de la lèvre (fig. 12). J'ai vu récemment un cas de ce genre dans le service de M. Le Dentu. Le bord libre de la lèvre était respecté; le néoplasme, ayant pris naissance sur la face

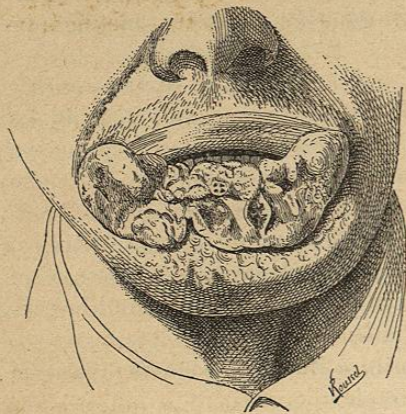


Fig. 12. — Cancer de la lèvre inférieure (d'après MICKULICZ et MICHELSON, pl. 5, fig. 1).

muqueuse de la lèvre, avait envahi peu à peu toute l'épaisseur de cet organe jusqu'aux téguments, et de la mortification graduelle des masses néoplasiques était résultée, finalement, une perforation qui faisait communiquer le vestibule buccal avec l'extérieur et par laquelle se déversait constamment la salive. Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens étaient engorgés.

Le cancer des lèvres envahit progressivement de proche en proche les joues, les

gencives, le maxillaire, les ganglions sous-hyoïdiens, parfois les ganglions carotidiens, mais il n'y a pas de généralisation.

Le malade succombe à la cachexie, rendue plus rapide par la difficulté de l'alimentation et par l'ingestion continuelle de débris cancéreux mêlés à sa salive.

On a vu des cancers secondaires se développer dans l'œsophage ou l'estomac, mais par le mécanisme des greffes.

Bergmann aurait observé une greffe plus exceptionnelle sur la lèvre opposée dans le point en contact avec l'épithélioma ulcéré.

Pronostic. — Le pronostic du cancer des lèvres est moins sombre que celui de la plupart des autres cancers de l'économie. Il évolue parfois avec une extrême lenteur, pendant une longue période. Il ne se généralise point. Ce sont des conditions qui, jointes à l'accès facile de la lésion, permettent de lui appliquer, plus aisément qu'à tout autre néoplasme de ce genre, un traitement chirurgical convenable.

Il est certain que dans un nombre considérable de cas on a pu obtenir, après opération, la guérison durable, sinon définitive, de ces lésions.

Cependant, l'affection abandonnée à elle-même conduit à une mort certaine, inéluctable; et, si la guérison chirurgicale est possible, c'est quand l'individu qui est porteur de l'épithélioma est encore opérable dans de bonnes conditions. Si la tumeur est diffuse, si les ganglions

dégénérés sont encore adhérents aux parties molles voisines, le traitement est généralement stérile, en ce sens qu'une récidive, habituellement rapide, vient détruire les illusions qu'avait pu conserver le chirurgien sur le sort de son malade.

Diagnostic. — L'affection se présente généralement avec des caractères qui ne laissent absolument aucun doute sur sa nature.

Le siège de l'ulcération, son fond bourgeonnant et irrégulier, l'induration qui l'entoure, la présence de ganglions chez un sujet âgé, ne permettent guère d'hésiter longtemps sur le diagnostic.

Mais il est des cas où la lésion observée au début peut être confondue soit avec des ulcérations simples, soit, et plus souvent, avec des ulcérations syphilitiques.

Les tumeurs mixtes des lèvres généralement ne rappellent en rien par leur aspect et leur évolution le cancer. Elles occupent habituellement la lèvre supérieure, elles sont sous-muqueuses, mobiles, développées surtout chez des femmes, n'ulcèrent pas la muqueuse, ne lui adhèrent pas : tels sont du moins les caractères des tumeurs mixtes développées aux dépens des glandes. Mais cependant, si l'on admet avec Collet que, par assimilation avec ce qui se passe dans les autres glandes salivaires, l'élément épithélial peut à un certain moment prédominer dans des tumeurs mixtes, qui alors se comporteraient comme des tumeurs malignes, on conçoit que dans ces cas on puisse se trouver aux prises avec les plus grandes difficultés. Cette supposition est d'ailleurs encore purement théorique, ces tumeurs malignes d'origine glandulaire n'étant pas encore décrites.

Pour ce qui est des tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif, comme les fibromes, les lipomes, elles sont d'une extrême rareté, et leurs caractères spéciaux suffisent à les faire reconnaître sans difficulté.

Pour ce qui est des ulcérations tuberculeuses, elles sont rarement isolées à la lèvre, elles siègent en même temps sur la joue, sur la langue, dans le pharynx et s'accompagnent des caractères propres à ces ulcérations qui permettent difficilement d'en méconnaître la nature (points jaunâtres, bords irréguliers, etc.), outre qu'elles se montrent généralement chez les tuberculeux avérés et qu'elles sont dès le début très douloureuses.

Pour ce qui est des ulcérations simples, il est certain que de simples gerçures, de petites plaies entretenues par la salive ou les mouvements de la lèvre, des érosions liées à la situation anormale ou à l'état pathologique de quelque une des dents antérieures, peuvent simuler l'épithélioma à ses débuts. Cependant les sièges d'élection de ces ulcérations simples ne correspondent pas d'ordinaire à celui de l'épithélioma : elles sont plus fréquentes chez les jeunes sujets que chez les sujets âgés; enfin, il est rare qu'elles résistent à un traitement sérieux. On a ainsi un excellent moyen de diagnostic, puisque quelques cau-

térisations, lotions et applications de poudres, de pommades antiseptiques suffisent à amener la guérison dans le cas d'ulcération simple, au lieu qu'elles ne modifient en rien la marche de l'épithélioma.

La véritable difficulté consiste à ne pas confondre la *syphilis labiale* avec l'épithélioma.

Pour ce qui est des labialites tertiaires, la distinction n'est pas trop malaisée; le syphilome diffus présente une physionomie trop caractéristique pour prêter à confusion, et pour les gommes, elles siègent le plus souvent à la lèvre supérieure et respectent le bord libre. Mais il n'en est pas de même du chancre: celui-ci peut revêtir absolument les caractères extérieurs de l'épithélioma au début, et plus d'une fois la confusion a été commise.

J'ai vu commettre cette méprise par un de mes maîtres les plus distingués. L'erreur fut soupçonnée sur la table d'opération. L'opération fut remise, et fort heureusement, car, quelques jours après, une éruption de syphilides vint dissiper tous les doutes.

Dans un autre cas, un malade qui faisait l'objet d'une épreuve de concours pour le Bureau central fut considéré comme atteint d'un chancre de la lèvre. Cependant, au bout d'un certain temps, la marche de la maladie vint démontrer qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Dans d'autres circonstances, on voit des cliniciens de premier ordre suspendre leur diagnostic pendant plusieurs jours, attendant l'apparition de quelque symptôme complémentaire ou le résultat de l'examen histologique.

Dans l'immense majorité des cas, cependant, l'examen minutieux du malade permet de reconnaître sans hésitation la nature de la maladie.

Le chancre se développe un peu partout sur la lèvre, et en particulier, au niveau même du tégument, à distance du bord libre de la lèvre. Il s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire très rapide et généralement considérable.

L'induration, signe habituel du chancre, manque ici très fréquemment ou est peu prononcée.

L'ulcération du chancre est extrêmement superficielle, sèche, présente parfois un aspect vernissé et vermeil.

En outre, il se rencontre fréquemment dans des circonstances où il est exceptionnel d'observer l'épithélioma, chez des sujets jeunes et chez des femmes principalement.

Enfin, la *marche* de la maladie vient, au bout d'un certain temps, dissiper tous les doutes. L'ulcération chancreuse a en effet tendance à la guérison spontanée, puis d'autres manifestations viennent généralement trancher la question.

Traitement. — On a renoncé depuis longtemps à détruire les cancroïdes des lèvres par les applications de caustiques, de pâte arseni-

cale, de pommade du Frère Côme, de poudre de Rousselot, de flèches de Canquoin, etc.

Après quelques améliorations plus apparentes que réelles, la maladie reprenait toujours sa marche inexorable. C'est donc à l'extirpation qu'il faudra avoir recours, sauf dans quelques cas tout à fait rares, où la trop grande étendue des lésions, aussi bien que l'état misérable du malade, contre-indiquent une intervention, dont les chances d'insuccès seraient considérables, alors qu'on ne pourrait conserver qu'un espoir absolument insignifiant et illusoire de guérir son malade.

Ces interventions ne sont d'ailleurs point comparables au point de vue de la gravité. D'une grande bénignité la plupart du temps, alors qu'il s'agit d'enlever simplement un segment de la lèvre, elles peuvent devenir meurtrières quand, la tumeur étant adhérente au maxillaire et les ganglions envahis, il faut supprimer une partie de cet os et extirper une notable étendue du plancher buccal.

Enfin, la nécessité de faire suivre l'opération fondamentale d'une opération autoplastique rend parfois ces interventions aussi laborieuses que délicates.

Quand la tumeur est limitée et de petit volume et que tout se borne à enlever une portion de la lèvre, le procédé de choix est l'excision en *coin* des tissus comprenant la tumeur, coin limité par deux incisions se réunissant en forme de V. Ces deux incisions doivent naturellement passer à bonne distance des limites apparentes du néoplasme.

Dupuytren, Richerand et Velpeau préconisaient l'ablation de la tumeur à l'aide d'une incision en demi-lune. La plaie ainsi produite était abandonnée à elle-même, et Velpeau fait remarquer que quand même ce lambeau comprendrait tous les tissus jusqu'à la rainure mento-labiale, l'échancrure qui en résulte ne serait pas aussi marquée qu'on pourrait le croire après la cicatrisation. Sans doute, cette difformité peut dans une certaine mesure se réparer spontanément et n'être pas trop apparente, de même qu'au point de vue fonctionnel, ses conséquences peuvent être négligeables. Cette conduite, cependant, ne saurait plus être considérée que comme un pis-aller, et habituellement on a recours à une pratique plus conforme aux règles de la bonne chirurgie qui est de réunir les surfaces cruentées pour en éviter l'infection, abrégier la durée du traitement et restaurer autant que possible la forme naturelle des parties. Aussi l'excision en V, qui se prête mieux à la réunion, est généralement adoptée. Elle sera suivie de sutures soigneusement faites qui comprendront toute l'épaisseur de la lèvre moins la muqueuse pour assurer l'affrontement et l'hémostasie. Quelques auteurs conseillent même de faire une suture spéciale de la muqueuse. Les suites de cette opération sont presque toujours simples et satisfaisantes. La plaie se réunit d'une façon irrépro-

chable et ne laisse qu'une petite ligne cicatricielle peu visible.

La forme générale des lèvres n'est pas compromise et même nombre de vieillards sont ainsi avantageusement modifiés par la suppression d'une partie des lèvres, que l'âge et la chute des dents avaient rendues excessives et flottantes. Mais ce procédé n'est malheureusement pas applicable à tous les cas, et quand la tumeur présente des dimensions transversales trop étendues, les bords de la perte de substance ne peuvent être réunis directement; aussi est-il alors indiqué d'avoir recours, pour combler cette perte de substance, à l'un quelconque des procédés de cheiloplastie.

Cette opération réparatrice et complémentaire doit-elle suivre immédiatement l'opération d'exérèse ou bien au contraire faudra-t-il différer la restauration et attendre que le malade soit remis de la première opération et que la nature elle-même ait fait les premiers frais de la réparation?

Cette dernière opinion était celle que soutenait Verneuil avec beaucoup de ténacité et de talent. Il attendait, appliquant là, d'ailleurs, des règles qu'il avait posées pour les autoplasties en général, il attendait quelquefois des semaines, pour pratiquer l'opération anaplastique devenue alors plus facile et nécessitant des sacrifices moindres, des lambeaux moins étendus. Quelque sage que soit cette conduite, à part certains cas où il y a en effet intérêt à surseoir à ce complément d'intervention, soit à cause de l'état d'affaiblissement du malade qui commande de ne pas trop prolonger les manœuvres opératoires, soit que réellement on craigne de ne pas trouver immédiatement l'étoffe suffisante, il vaut mieux épargner au malade les ennuis d'une nouvelle intervention et abrégier la durée totale de la cure en procédant sans délai à l'opération complémentaire. Cette conduite a encore cet avantage, en restaurant immédiatement la forme, de permettre plus rapidement une alimentation régulière. Les procédés cheiloplastiques usités en pareil cas sont extrêmement variés, et nous retrouvons là l'utilisation des principales méthodes d'autoplastie : française, indienne et italienne. L'antique procédé de Chopart consiste à attirer en avant les téguments de la région sus-hyoïdienne, préalablement libérés à l'aide de deux longues incisions antéro-postérieures, de façon que l'extrémité de ce lambeau vienne au contact de la lèvre supérieure, et à la fixer dans cette position. Ce procédé est vraiment très défectueux; il nécessite une longue dissection, l'étendue du lambeau compromet sa nutrition; ce lambeau fort mince et exposé à se sphacéler présente encore ce désavantage de se recroqueviller, de se raccourcir, d'adhérer au maxillaire et d'être absolument dépourvu de muqueuse et d'éléments musculaires.

Les procédés qui consistent à tailler des lambeaux d'un côté, ou des deux côtés, sont plus commodes, en ce sens que ces lambeaux sont plus commodément maniables, comme ceux de Sédillot, de Serres,

de Trélat, de Dieffenbach. Dans certains cas, on est autorisé à imiter la conduite de Stein (de Copenhague), d'Estlander, de Larger, de Guinard (1), et à tailler un lambeau aux dépens de la lèvre opposée. Enfin, dans certains cas, la méthode par transplantation de lambeau peut donner des résultats superbes.

II. — TUMEURS DES JOUES.

La peau des joues est susceptible de donner naissance aux tumeurs qui prennent naissance sur tous les points des téguments aux dépens des papilles, des glandes sébacées ou sudoripares; c'est ainsi qu'on peut observer à ce niveau des cornes cutanées, des kystes sébacés, des adénomes sudoripares ou sébacés : ces diverses affections ne présentent ici absolument rien de particulier.

Tumeurs bénignes.

Lipomes. — Les lipomes de la joue peuvent être superficiels, c'est-à-dire siéger au-dessous des téguments, ou bien profonds, c'est-à-dire se développer aux dépens de l'amas graisseux connu sous le nom de *boule de Bichat*. Les premiers ne présentent absolument aucun caractère qui les distinguent des lipomes vulgaires qu'on rencontre habituellement sous la peau.

On peut dire toutefois que c'est là un siège rare.

Pour ce qui est des lipomes profonds, contrairement aux précédents qui soulèvent les téguments, ils font saillie tout d'abord du côté de la bouche, en repoussant le muscle buccinateur. Quand ils sont un peu plus développés, ils font saillie également au-devant du muscle masséter.

Le Professeur Tillaux décrit une lamelle aponévrotique qui, se prolongeant du bord antérieur du masséter sur la face externe du buccinateur, séparerait la joue en deux loges contenant deux couches graisseuses distinctes : l'une superficielle, sous-cutanée, l'autre profonde, sous-aponévrotique. Ces derniers, comme le fait observer avec raison Tillaux, ont été à tort désignés sous le nom de sous-muqueux, car en réalité, ils ne siègent jamais directement sous la muqueuse, puisqu'ils sont séparés de celle-ci par toute l'épaisseur du muscle buccinateur.

L'affection se rencontre surtout chez les jeunes sujets; elle évolue avec une extrême lenteur, sans déterminer ni gêne, ni douleur.

La déformation de la face attire l'attention à un moment donné. On constate alors une saillie plus ou moins considérable au-devant du muscle masséter.

(1) Thèse AUDOUET, 1895.