

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.

La palpation fait reconnaître qu'elle est molle, légèrement réductible.

En combinant cette exploration extérieure avec le toucher intra-buccal, on arrive à circonscrire une masse molle ou légèrement pâteuse à la partie postérieure de la joue. L'absence de fluctuation empêche de songer à un kyste ; le jeune âge du sujet et la lente évolution de la tumeur éloignent l'idée d'une tumeur maligne. L'absence de connexions avec le squelette fait rejeter l'hypothèse d'un sarcome ; les angiomes pourraient prêter à confusion, mais, outre qu'ils sont parfaitement réductibles, ils sont moins bien circonscrits et s'accompagnent de dilatations vasculaires du côté de la peau et du côté de la muqueuse.

Enfin, le siège même de l'affection est un signe de présomption de la plus haute importance en faveur du lipome de la boule de Bichat.

Bien que le pronostic de cette affection ne comporte aucune gravité, il est incontestable qu'il y a grand intérêt pour le malade à être débarrassé de cette difformité.

Mais comment procéder à cette intervention. L'extirpation par une incision cutanée serait possible, mais il y a tout avantage à procéder à l'opération par la voie buccale. On évite ainsi les inconvénients d'une cicatrice cutanée et l'on se met à l'abri de toute lésion du canal de Sténon ou des filets du facial. Une incision sera donc pratiquée sur la partie saillante de la tumeur dans le fond du vestibule buccal.

Après avoir traversé la muqueuse et le buccinateur, on arrive sur la tumeur qu'il suffit de saisir avec des pinces pour l'extraire à travers cet orifice. J'ai vu enlever de cette manière un lipome de la boule de Bichat, en 1890, dans le service de Richelot, et l'opération fut ainsi menée avec une grande simplicité.



Fig. 13. — Angiome de la joue (d'après FERGUSON).

Angiomes. — Les angiomes des lèvres, du plancher de la bouche, du pharynx, de la paupière, etc., peuvent envahir secondairement les joues. D'autres angiomes peuvent y prendre naissance pour point de départ la boule graisseuse de Bichat (1). Ces tumeurs ne présentent ici rien de bien spécial ; elles peuvent subir, comme ailleurs, la transformation en anévrisme cirsoïde. J'ai vu un cas de cette espèce sur une jeune fille espagnole chez laquelle un petit angiome de la joue resté stationnaire pendant de longues années s'était rapidement transformé sans cause appré-

(1) DELENS et BERGER, *Soc. de chir.*, 1883.

chable en un anévrisme cirsoïde qui occupait toute l'étendue de la joue droite. La tumeur présentait un thrill absolument caractéristique, ainsi que du souffle, des mouvements d'expansion isochrones aux battements artériels.

Sur un malade de Richet, un angiome de la joue s'était ulcéré ; et cette ulcération irrégulière, anfractueuse, à bords indurés, couverte d'un ichor sanguinolent et fétide, avait été prise pour un épithélioma. L'erreur était d'autant plus facile à commettre qu'il s'agissait d'un vieillard. Il est vrai que des hémorragies répétées et abondantes avaient appelé l'attention sur la possibilité d'un angiome, mais cette hypothèse avait été écartée. Richet s'arrêta au diagnostic d'épithélioma et fit l'extirpation de la tumeur. L'opération fut malaisée, car chaque coup de bistouri ouvrait de gros vaisseaux, et l'hémostase fut particulièrement laborieuse.

L'examen histologique en donna l'explication en montrant qu'il s'agissait d'un angiome.

Aux ectasies des capillaires sanguins qui constituent l'angiome peuvent s'associer, ici comme aux lèvres, des dilatations des capillaires lymphatiques, et la tumeur devient ainsi un angio-lymphangiome. J'ai eu l'occasion d'en observer un cas à Broussais sur une jeune fille de vingt ans. La tumeur occupait toute la joue gauche. A sa surface et surtout à la partie supérieure de la joue, on voyait saillir de grosses veines. Elle était partiellement réductible, et subissait une augmentation de volume périodique au moment des règles. Ces phénomènes se manifestaient principalement à la partie supérieure de la joue, où la tumeur avait bien les caractères d'une tumeur sanguine, présentait une teinte violacée et se laissait réduire par la pression. La partie inférieure de la joue était blafarde, ferme, son volume ne diminuait que fort peu par la pression. Le siège de cette tuméfaction avait donné lieu à une assez singulière erreur de diagnostic. On avait cru à une affection du sinus maxillaire. La malade ne voulut jamais mettre en doute ce diagnostic, et réclamait sans cesse la trépanation de son sinus. Il se trouva un opérateur pour pratiquer cette intervention qui, bien entendu, n'amena aucun résultat. L'affection dont elle était véritablement atteinte eût été assez difficile à traiter ; mais cette jeune personne, quoique défigurée du côté gauche, restait encore assez avenante quand on la regardait du côté droit. Pendant que je réfléchissais au traitement qu'il convenait d'appliquer, elle fut séduite et enlevée.

Le traitement des angiomes de la joue est délicat. Quand ils sont tout petits, on peut en faire l'extirpation. C'est ce que j'ai fait dernièrement chez une petite fille, qui n'a pour ainsi dire pas conservé de trace visible de l'opération. Mais quand la tumeur est étendue et volumineuse, cette extirpation peut présenter de grands dangers. Crickk, ayant entrepris l'ablation au bistouri d'un angiome considérable

siégeant entre le buccinateur et la peau chez un jeune homme de dix-huit ans, perdit son malade d'hémorragie sur la table d'opération. Il vaut mieux alors avoir recours, soit aux injections coagulantes, soit aux injections sclérosantes. L'emploi des premières est ici relativement facile; on peut, pour éviter tout danger, saisir la tumeur ou un département de la tumeur dans une sorte de pince à anneaux saisissant toute l'épaisseur de la joue. Gangolphe a fait construire pour cet usage une pince spéciale. Les injections sclérosantes peuvent donner de magnifiques résultats. M. Lannelongue a obtenu par les injections de chlorure de zinc la guérison d'un anévrysme cirsoïde du cou, de la face et du plancher de la bouche. *A fortiori* les simples angiomes sont-ils susceptibles de guérir par cette méthode.

Enfin, l'électrolyse donne de beaux succès. Péan en cite un cas remarquable, et Schwartz vient d'en présenter un autre à la Société de chirurgie.

Lymphangiomes de la joue. — La joue peut être le siège de lymphangiomes. Rarement la lésion est localisée à cette région.

Habituellement elle coïncide avec une lésion analogue d'une des lèvres, la supérieure le plus souvent, et dont elle paraît être le prolongement. Parfois aussi elle coïncide avec la macroglossie, comme dans un cas de Paster. Histologiquement, la lésion est identique et les mêmes hypothèses peuvent être formulées sur ses causes et son mode d'origine. Dans un cas de M. Lannelongue, le lymphangiome occupait les deux joues.

L'affection se manifeste de bonne heure, dès la naissance ou dans la première enfance. C'est une maladie rare, mais dont cependant Kaempfer (1) a pu réunir un assez grand nombre d'observations dues à Israël, Wegner, Helferich, Guterbock, Hindler, etc. auxquels il faut ajouter les cas de Lannelongue, Demons, etc.

La joue est augmentée de volume, et dans des proportions parfois considérables, et il en résulte une difformité généralement très accentuée. La coloration des téguments est pâle ou légèrement rosée; la tuméfaction à limites indécises est ferme et résistante. Il n'y a point de douleurs, et la gêne qu'elle détermine est très modérée. J'ai eu occasion d'en observer un cas à Trousseau, et malgré les grandes dimensions de la tumeur qui occupait la lèvre supérieure et la joue gauche, l'enfant pouvait parler et manger sans la moindre difficulté.

Kaempfer insiste sur un accident possible, mais qui doit être bien rare, la lymphorrhée, susceptible d'affaiblir considérablement les malades.

Les considérations d'ordre esthétique peuvent surtout décider le chirurgien à tenter quelque chose pour ces malades. Kaempfer cite

(1) KAEMPFER, thèse de Wurzburg, 1888.

nombre d'observations où l'on est intervenu pour enlever au bistouri une notable partie de la tumeur. Il insiste peu sur les résultats définitifs, mais le succès immédiat paraît avoir suivi ces opérations. Cependant cette pratique, acceptable à la rigueur dans les cas malheureusement bien exceptionnels où la tumeur est très limitée, ne saurait être généralisée comme méthode de traitement. Le plus souvent on sera conduit à l'abstention, ou à l'emploi, inoffensif sinon radical, de la cautérisation interstitielle, à l'aide du thermo ou du galvanocautère ou des injections interstitielles. Dans un cas de Demons, qui a inspiré la thèse récente de Dhoste (1), l'électrolyse paraît avoir donné un résultat satisfaisant.

Tumeurs ganglionnaires. — Dans l'épaisseur de la joue, on trouve, chez nombre de sujets, de petits ganglions lymphatiques sur le trajet de l'artère faciale. L'un d'eux se rencontre avec une fréquence particulière sur la face externe du buccinateur, un peu au-dessus du maxillaire inférieur, au-devant du masséter.

Ces ganglions peuvent devenir le siège d'adénopathies aiguës ou chroniques. Ces dernières peuvent être elles-mêmes secondaires ou primitives, en apparence du moins. Il s'agit presque toujours de tuberculose ganglionnaire coïncidant avec d'autres adénopathies du même genre, du cou, de la région sous-maxillaire ou de la région parotidienne.

Mais il arrive que les ganglions géniens soient pris isolément ou ne soient accompagnés que d'une très légère hypertrophie d'un ou deux autres ganglions, et alors, le diagnostic peut présenter quelque difficulté. On constate alors, dans l'épaisseur de la joue, une tumeur du volume d'une noisette ou d'une noix, arrondie, mobile et indolente.

J'ai vu récemment deux cas de ce genre; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un collégien de Sainte-Barbe, le diagnostic était assez délicat; l'enfant paraissait bien développé et robuste, la tumeur s'était développée sans aucune cause apparente, elle était mobile, parfaitement indolente, et son médecin avait fait avec quelque apparence de raison le diagnostic de kyste congénital. Cependant la présence d'un tout petit ganglion tuméfié, au-dessous de l'angle de la mâchoire, permit de supposer qu'il s'agissait d'une tumeur de même nature, développée aux dépens d'un ganglion génien. En pareil cas, si le traitement général reste inefficace, on est autorisé à pratiquer l'extirpation de ce ganglion. Il vaut mieux la pratiquer par la bouche.

Kystes. — Les kystes de la joue, indépendamment des kystes hydatiques, dont on n'a pas encore, je crois, cité d'exemple en ce point, sont pour la plupart susceptibles d'être rattachés soit aux kystes dermoïdes, soit aux kystes d'origine glandulaire.

Les premiers sont extrêmement rares, les autres sont peu fréquents.

(1) DHOSTE, Des lymphangiomes buccaux, thèse Bordeaux, 1895-1896.