

qui est douteux ; par la cachexie cancéreuse, ce qui est un peu tardif. En réalité, les faits ne manquent pas où la pièce, enlevée comme cancer, n'a été diagnostiquée que sous le microscope.

Marche. — Pronostic. — La marche est chronique et la durée est longue ; elle dépend, d'ailleurs, de l'état des poumons. Le pronostic local est grave, car la cicatrisation n'a guère été observée.

Traitement. — Si l'ulcération est très étendue, si le sujet qui la porte est tuberculeux avancé, on s'en tiendra au traitement palliatif. Le fer rouge ne semble pas avoir donné de bien bons résultats. Les applications de chlorate de potasse ont amélioré un malade de Féréol.

Si la lésion n'est pas trop volumineuse et si le sujet est assez vigoureux, on n'hésitera pas à pratiquer l'ablation large au bistouri, suivie de suture. Il faut être averti, toutefois, que Hanseman a signalé la récurrence.

2° LUPUS

Le lupus des lèvres est fréquent, mais le plus souvent il n'est que l'extension d'un lupus de la face.

Le lupus primitif des lèvres est rare et surtout il est exceptionnel qu'il débute par la face muqueuse.

Le lupus de la lèvre supérieure a tendance à envahir et à détruire le nez. Il est quelquefois remarquable par le gonflement concomitant, et lorsque alors le nez est détruit, ce *lupus hypertrophique*, comme disait Bazin, peut faire penser au rhinosclérome. Cette dernière lésion semble être d'une dureté ligneuse caractéristique. Au besoin, pour faire le diagnostic, on chercherait les microbes spécifiques dans un fragment enlevé.

Le siège n'a d'importance spéciale qu'au point de vue des difformités consécutives de l'orifice buccal, par destruction des lèvres, par atrésie (1).

IV

SYPHILIS DES LÈVRES

La syphilis peut atteindre les lèvres à ses trois périodes, et nous devons étudier successivement le chancre, les lésions secondaires, les lésions tertiaires.

1° CHANCRE

Au dire de Bouisson, le chancre des lèvres, connu au temps de Fallope, de Brassavole, de Botal, aurait été oublié sous l'influence des idées de Hunter. Puis, plus près de nous, il a été soigneusement décrit par Delpech, Lallemand, Ricord et ses élèves, Rollet, etc., et maintenant il est bien connu.

(1) Voy. t. V, p. 102.

ROLLET, Études cliniques sur le chancre du mamelon et la bouche. *Arch. gén. de méd.*, 1859, 5^e série, t. XIII, p. 129, 309 et 397. — WORMALD et H. COOTE, Primary syphilitic sore of the upper lip, etc. *Med. Times and Gaz.*, London, 1861, t. I, p. 470. — SIGMUND, Die prim. Syphilis an den Mundlippen. *Wiener med. Woch.*, 1868, t. XVIII, n^o 9 et 10, p. 137 et 160. — D. BULKLEY, Two cases of chancre of the lip probably acquired through cigars. *Arch. of dermat.*, 1879, p. 543. — PROTOPOPOW, Un cas de chancre induré de la lèvre supérieure. *Wratsh*, 1880, n^o 8, anal. in *Centralblatt für Chir.*, 1880, n^o 50, p. 495. — R. CLÉMENT LUCAS, Chancre of the lip and epithelioma. *The Practitioner*, 1882, t. XXVIII, p. 353. — HOMOLLE, art. SYPHILIS du *Now. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, p. 548. Paris, 1883. — A. FOURNIER, Les chancres extragénitaux, in-8^o. Paris, 1897, p. 46.

Étiologie. — Les statistiques de Melchior-Robert, de Ricord, de Fournier, prouvent que c'est le plus fréquent des chancres extra-génitaux, surtout chez la femme et l'enfant, ce qu'explique bien l'étude des causes efficientes.

La contagion se fait *par contact direct* avec un chancre ou avec des plaques muqueuses. Aussi est-il exagéré de prétendre que le chancre labial se contracte surtout à l'occasion du *coït ab ore*. Un baiser sur une bouche atteinte de plaques muqueuses peut produire le même effet. Il n'est pas rare qu'une mère, un parent, une nourrice gagne une syphilis imméritée en embrassant un enfant contaminé ; de même certains israélites, en suçant selon les rites le nouveau-né qu'on vient de circoncire. Inversement, c'est l'enfant qui prendra le mal du mamelon ou de la bouche de sa nourrice. Syphilis imméritée encore chez le sujet traité par Lordat, dont la lèvre fut, au cours d'une rixe, mordue par un syphilitique.

La contagion par contact indirect a pour agents le doigt, l'usage en commun des objets les plus divers : pipes, cuillers, verres, bonbons. Rollet, Viennois, Diday, Chassagny, Dechaux (1), ont attiré spécialement l'attention sur le chancre labial assez souvent transmis dans les verreries par les cannes à souffler qui passent de bouche en bouche.

Symptômes. — *Au début*, on voit soit une écorchure qui peu à peu s'accroît, soit une petite vésicule à laquelle fait suite un petit tubercule ulcéré.

Le chancre constitué est ordinairement, dit Rollet, le chancre induré bombé, formant une sorte de tumeur dont la surface plane, grisâtre, assez lisse, porte une ulcération qui n'a guère plus de 1 centimètre de diamètre. Il siège, en général, à la face muqueuse où il est grisâtre, exulcéré, mais il gagne assez souvent vers la peau et y devient croûteux. La lèvre est gonflée et se renverse en dehors. Autour du chancre, l'induration est presque toujours nette et son absence, notée par Gosselin, par G. Marchant, est exceptionnelle.

Parmi les formes spéciales à la lèvre, je nommerai le *chancre fissurique*, commissural ou médian, formé de deux mamelons qui s'écartent l'un de l'autre ; le *chancre ecthymateux*, les *chancres nains*, simples érosions d'un diagnostic obscur jusqu'au moment où l'éclosion des accidents secondaires vient lever les doutes.

Le chancre labial est presque toujours unique au début, mais l'inoculation de la lèvre saine au point en contact avec la première lésion n'est pas très rare, et deux fois je l'ai observée.

L'adéno-pathie sous-mentale et sous-maxillaire est à peu près constante. Elle est précoce, indolente et volontiers volumineuse.

Diagnostic. — Les commémoratifs sont parfois caractéristiques, mais sou-

(1) P. DIDAY, *Gazette méd. de Lyon*, 1857, p. 481 et 497. — CHASSAGNY, *Ibid.*, 1862, p. 571. — VIENNOIS, *Congrès méd.-chir. de France*, 1^{re} session. Rouen, 1865, t. I, p. 75.

vent ils sont méconnus ou volontairement dissimulés et l'on n'a pour guide que l'examen objectif.

En l'absence d'induration, on pourrait croire à un chancre mou, observé à la lèvre par Puche, par Trendelenburg, mais d'une rareté extrême; les accidents secondaires, l'auto-inoculation trancheront le diagnostic.

A. Fournier et Nivert⁽¹⁾ ont bien fait valoir que certaines gomme labiales s'indurent et ressembleraient au chancre, n'étaient leur fond creusé, l'absence d'adénopathie et, au contraire, la coexistence fréquente de lésions linguales.

Le diagnostic le plus important est celui du cancroïde; il sera exposé à propos de cette lésion.

Marche. — Pronostic. — Le chancre labial met en moyenne quatre à six semaines à se cicatriser, plus longtemps, par conséquent, que le chancre génital. Il existe souvent encore quand éclatent les accidents secondaires. Buzenet, Gosselin ont noté le phagédénisme, mais c'est exceptionnel; le pronostic local est bénin et même, d'après A. Fournier, la cicatrice disparaît 40 fois sur 50 sans laisser de traces. Pendant quelque temps seulement persiste un noyau induré un peu violacé.

On a dit, mais à tort, que la syphilis ainsi contractée était plus grave qu'après l'infection génitale.

2° SYPHILIS SECONDAIRE

Les plaques muqueuses des lèvres sont très fréquentes. Souvent elles sont entretenues par l'usage du tabac, par des lésions dentaires et peuvent alors devenir franchement ulcéreuses. Les irritations chroniques pourraient même, à en croire Rollet et Chambard⁽²⁾, les transformer en psoriasis buccal, et de là en cancroïde.

3° SYPHILIS TERTIAIRE

Les lésions labiales de la syphilis tertiaire sont, comme partout, d'ordre scléro-gommeux, mais avec des types relevant de la variabilité dans les proportions de la sclérose et de la gomme; et surtout il y a des distinctions importantes selon que le processus est circonscrit ou diffus.

Syphilis acquise. — Les lésions sont surtout fréquentes chez l'homme et proviennent, en général, d'une syphilis ancienne et mal soignée. Un trauma peut jouer le rôle de cause déterminante, et par exemple Tuffier⁽³⁾ incrimine, dans un cas, la pression des dents inférieures sur une lèvre supérieure recroquevillée en dedans par l'absence des dents correspondantes.

La coexistence de lésions linguales est fréquente, si bien que Verneuil et son élève Héraud⁽⁴⁾ pensent que dans bien des cas il s'agit d'une syphilis régionale, frappant à la fois une grande étendue de la région bucco-linguale.

Dans la description clinique, il faut passer plusieurs formes en revue.

(1) NIVERT, *Ann. de dermat. et de syph.* Paris, 1886, 2^e série, t. III, p. 351.

(2) ROLLET et CHAMBARD, art. SYPHILIDES du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1884, p. 226.

(3) TUFFIER, *Revue de chir.*, Paris, 1885, p. 777.

(4) HÉRAUD, Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 545.

1° La *gomme circonscrite*, qu'on observe surtout à la lèvre supérieure, est rare. Elle constitue, au début, une tumeur dure, sphérique, mobile sous la peau, enchâssée dans les muscles. Indolente, elle se ramollit et s'ouvre presque toujours à la face cutanée, près du bord libre. De là une ulcération qui présente les caractères classiques des ulcérations gommeuses.

Cette ulcération peut se compliquer de perte de substance, la lèvre se perforant, se sphacélant même et de là, quand la lésion occupe la lèvre inférieure, un écoulement continu de salive. En présence d'une de ces brèches, quelquefois énormes, on ne craindra pas trop la difformité ultérieure; la cicatrisation est en général remarquable. Certes, comme Bouisson, puis Tuffier l'ont bien montré, la lèvre reste presque toujours considérablement amincie, mais le bord libre ne présente souvent qu'une légère encoche.

Le *diagnostic* est assez facile, même en dehors des commémoratifs et des lésions concomitantes. Avant l'ulcération, la gomme se distinguera bien d'un *kyste sébacé*, adhérent à la peau; d'un *kyste muqueux*, sous-muqueux et transparent; d'un *fibrome* ou d'un *fibro-chondrome* dur, lobulé, ancien. Après ulcération, j'ai déjà mentionné les gommés qui simulent le chancre. Le cancroïde sera étudié plus loin.

2° Le *syphilome diffus* a été bien décrit par les élèves de Fournier, Goutard et Bidon, par Tuffier. Il occupe surtout la lèvre inférieure et débute soit brusquement, soit lentement. Dans la forme brusque, la lèvre se fissure et en deux ou trois jours le gonflement s'établit; dans la suite, on trouve la cicatrice de ces fissures. Dans la forme lente, l'hypertrophie se constitue peu à peu soit par un groupe de tubercules secs et confluent, soit par une plaque sous-muqueuse, en général médiane et située près du bord libre, d'après Tuffier.

Quel que soit le mode de début, la lèvre arrive à être doublée, triplée de volume. La peau est d'un rouge violacé, cuivrée, parfois un peu croûteuse; la muqueuse présente souvent des exulcérations cicatricielles. La consistance est dure, élastique. Tantôt on sent dans cette masse comme des grains de plomb enchâssés; tantôt, au contraire, la consistance est uniforme, mais, dans ce dernier cas, il n'est pas rare que les indurations localisées deviennent appréciables lorsque le traitement spécifique commence à faire diminuer l'infiltration.

Cette syphilide hypertrophique diffuse a une marche chronique. Chez certains malades, elle est fort rebelle au traitement antisiphilitique. Elle reste hypertrophique et même gagne de proche en proche toute la face, constituant ce que Goutard a appelé léontiasis syphilitique, pour rappeler la ressemblance que la face prend avec le masque de la lèpre. Ailleurs, la sclérose avec atrophie succède à l'hypertrophie, la peau devient mamelonnée, lobulée, la muqueuse est pâle, l'élasticité disparaît peu à peu et la lèvre diminue de volume, au bord libre d'abord, pour arriver à se scléroser et à s'amincir dans toute son étendue.

3° Les *syphilides scléro-gommeuses* résultent de l'association, en proportion variable, des deux formes précédentes. Des ulcérations profondes, bourbilloonneuses, sont creusées sur une lèvre volumineuse, dure, rigide. La marche est chronique, progressive. Comme dans la forme scléreuse, le traitement n'a pas toujours une efficacité complète, et, après cicatrisation, les récidives sont très fréquentes.

C'est dans la forme scléro-gommeuse surtout que le diagnostic avec l'épithélioma peut être difficile⁽¹⁾.

(1) Voy. t. V, p. 99.

Syphilis héréditaire⁽¹⁾. — A. Fournier, C. Pellizzari, Zeissl ont vu la syphilis héréditaire, précoce ou tardive, détruire plus ou moins les lèvres, la supérieure surtout; et dans ce dernier cas les observations de Madelung, de Lewin, montrent que la participation du nez n'est pas rare.

Les lésions de la syphilis héréditaire sont les mêmes que celles de la syphilis acquise (sclérose et hypertrophie, gommes destructives) et de plus elles peuvent ressembler beaucoup au lupus⁽²⁾.

Traitement. — Le traitement de toutes les lésions syphilitiques que je viens de décrire n'offre aucune particularité. C'est celui de la syphilis en général, à ses diverses périodes.

V

TUMEURS DES LÈVRES

Aux lèvres, la seule tumeur communément observée est le cancer. D'autres néoplasmes, toutefois, devront nous arrêter quelques instants et nous étudierons successivement :

- 1° Les tumeurs vasculaires;
- 2° Les tumeurs conjonctives;
- 3° Les tumeurs glandulaires;
- 4° Le cancer.

Une mention suffira pour un tératome complexe, avec germes dentaires, observé par Ribbert⁽³⁾.

1° TUMEURS VASCULAIRES

Les tumeurs vasculaires observées aux lèvres sont les anévrysmes, les angiomes et les lymphangiomes. Pour les anévrysmes, je renverrai aux observations citées p. 71.

A. — ANGIOMES

Les relevés de Porta, de Lebert, mettent en évidence que les lèvres sont un des lieux d'élection des tumeurs érectiles. A la lèvre inférieure, affirme Boyer, à la lèvre supérieure prétendent les auteurs du *Compendium*; et Bouisson donne raison à Boyer, car, sur 10 cas personnels, il en compte 6 à la lèvre inférieure, 2 à la supérieure, 1 à la commissure, 1 faisant tout le tour de l'orifice buccal.

Pour l'étiologie, pour l'anatomie pathologique, je renverrai simplement à

(1) VON ZEISSEL, *Wiener Klinik*, 1885, d'après *Revue des sc. méd.*, Paris, t. XXVIII, p. 242. — MADELUNG, *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXI, p. 596. — A. FOURNIER, *Ann. de dermat. et syph.*, 1886, 2^e série, t. VII, p. 209.

(2) Voy. t. I, p. 582.

(3) RIBBERT, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, Bâle, 1894, n° 2, p. 46.

l'étude des angiomes en général. Je signalerai l'association possible à des lésions similaires de la joue, de la langue; et, parmi les particularités anatomiques, l'existence de petites cavités kystiques, lacunes vasculaires dilatées, puis isolées, décrites par Cornil et Ranvier à la surface des angiomes sous-muqueux des lèvres.

Les variétés dites veineuse et artérielle présentent ici leurs particularités ordinaires d'aspect, d'évolution. Un point intéressant, mis en relief par une observation de P. Broca, est le rôle possible des dents déviées pour irriter ces tumeurs, y creuser des ulcérations fongueuses et saignantes, capables de simuler le cancer; et Bouisson pense même que bien souvent les prétendues transformations d'angiome labial en cancer ne sont que des faits de cet ordre.

Le volume du néoplasme est quelquefois considérable et de là, on le conçoit, une grande difformité. Dans cette région, même, l'induration fibreuse, qui ailleurs constitue une guérison, peut laisser une tumeur disgracieuse que l'on est conduit à enlever. J'en dirai autant pour la transformation en lipome, notée par Dieffenbach et Lebert.

L'angiome peut-il se compliquer d'hypertrophie et certaines macrocheilies sont-elles, comme le veulent Virchow et Hébra, des *angio-éléphantiasis*? C'est là une discussion générale, soulevée à la lèvre par des observations de Bruns, Trendelenburg et Eichler, Volkmann, Moos, Leisrink et Alsberg. Quel est alors le rôle exact du système lymphatique? Ce rôle est-il primitif ou secondaire? Qu'est au juste ce que Wegner appelle l'angio-lymphangiome? Autant de questions encore assez obscures.

Traitement. — Lorsqu'il s'agit d'une véritable tumeur, on ne comptera pas sur la guérison spontanée, possible seulement pour de petites taches.

Aux cas légers peuvent convenir, pour certains chirurgiens, la cautérisation superficielle à la pâte de Vienne ou à l'acide nitrique, la vaccination, les injections coagulantes. Mais si la masse est bien limitée, la méthode de choix est l'extirpation au bistouri, suivie de suture. Si la tumeur est trop volumineuse et surtout trop diffuse pour être attaquée à l'instrument tranchant, on essayera surtout soit la cautérisation interstitielle au thermocautère, soit plutôt l'électrolyse. Ce dernier procédé est celui qui donne le minimum de cicatrice. Malgré un succès d'Albert (de Vienne), je ne conseille pas l'emploi des sétons multiples.

B. — LYMPHANGIOME. — MACROCHEILIE

On appelle macrocheilie une forme spéciale d'hypertrophie congénitale des lèvres constituée probablement par une variété de lymphangiome.

Historique. — Le temps n'est pas encore loin, les articles de Bouisson, de S. Duplay en font foi, où l'on rassemblait dans un chapitre disparate toutes les hypertrophies des lèvres, où l'on réunissait à la macrocheilie proprement dite les grosses lèvres des scrofuleux, des crétins, des paralytiques, des nègres même. Il semble difficile, toutefois, de tirer de là un ensemble clinique; plus difficile encore d'en tirer un ensemble anatomique, et il est juste de reconnaître que la nature des lésions n'était guère mieux élucidée qu'à l'époque ancienne où, en Allemagne, un roi avait servi de parrain à ce qu'on appelait *Labium*