

**Syphilis héréditaire**<sup>(1)</sup>. — 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<sup>(2)</sup>.

**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<sup>(3)</sup>.

## 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<sup>e</sup> 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*

*Leopoldinum*. Dès 1858, sans doute, quelques examens histologiques dus à Billroth d'abord, plus tard à Volkmann, avaient commencé à faire entrevoir le rôle du système lymphatique, quoique Volkmann eût parlé surtout d'hypertrophie fibreuse. Mais les discussions de notre Société de chirurgie en 1875 et 1874 prouvent qu'à cette époque la question était encore peu connue. A. Verneuil, A. Desprès, F. Terrier pensaient cependant qu'il s'agissait d'une sorte d'éléphantiasis, opinion bientôt confirmée par un examen histologique important de Grancher. En France, Dhoste a consacré à ce sujet une thèse intéressante. Mais pendant ce temps, le lymphangiome était décrit avec soin en Allemagne par Wegner (1877). Peu à peu cette étude a été complétée en général et au point de vue de la macrocheilie en particulier, par Middeldorpf (1885). Si bien qu'aujourd'hui il faut dissocier le groupe artificiel des hypertrophies. Nous avons rangé la grosse lèvre des scrofuleux dans les lésions inflammatoires, et nous faisons placé parmi les tumeurs à la macrocheilie proprement dite, au lymphangiome, toutes réserves faites sur l'angio-éléphantiasis, que je viens de signaler dans le paragraphe précédent.

BILLROTH, Beitrag zur pathologischen Histologie. Berlin, 1858, p. 218. — H. MAAS, Aus der chir. Klinik zu Breslau. *Arch. für klin. Chir.*, 1871, t. XIII, p. 426. — BLOT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, 5<sup>e</sup> série, t. I, p. 552. — DOLBEAU, *Ibid.*, 1874, t. II, p. 627 (discussion). — DOLBEAU et FÉLIZET, Sur le traitement d'une difformité congénitale de la lèvre supérieure. *Bull. gén. de théor. méd. et chir.*, 1874, t. LXXXVII, p. 442. — P. DHOSTE, Des tumeurs des lèvres et en particulier de l'hypertrophie congénitale ou acquise. Thèse de Paris, 1879, n° 51. — DAVIES COLLEY, A case of enormous enlarg. of the lower lip. *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1882-1885, t. XVI, p. 79. — LEISRINK et ALSBERG, Beiträge zur Chirurgie, etc. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXVIII, p. 748. — TRENDELENBURG, Krankheiten des Gesichts. *Deutsche Chir. von Billroth und Lücke*, Lief. XXXIV, p. 79, 1886. — LANNELONGUE et MÉNARD, Affections congénitales. Paris, 1891, t. I, p. 615.

**Étiologie.** — Les causes de cette lésion sont inconnues; on sait seulement qu'elle est congénitale. Peut-être même n'est-ce pas une loi sans exception, car d'autres lymphangiomes peuvent se constituer après la naissance. Les enfants qui naissent ainsi ne sont pas atteints d'autres vices de conformation. Mais parfois ils sont porteurs, à la langue ou au cou, de néoformations analogues, macroglossie ou kystes séreux multiloculaires.

**Anatomie pathologique.** — Le lymphangiome de la lèvre est constitué par un tissu blanchâtre, dur parfois jusqu'à crier sous le scalpel; un tissu fibreux abondant dissocie et atrophie les éléments musculaires et glandulaires de l'organe. On y voit des cavités étoilées et inégales, qui ne peuvent guère provenir que de capillaires lymphatiques et qui mènent, par degrés intermédiaires, à de véritables lacunes irrégulières. Ces espaces sont tapissés d'endothélium et remplis par une sérosité contenant de nombreuses cellules lymphatiques. Ils peuvent se dilater au point de caractériser le lymphangiome caverneux, observé ici par Billroth, par Wegner; la forme kystique paraît rare.

Pour ces formes typiques, la nature néoplasique n'est guère contestée. Mais le lymphangiome simple est-il bien une tumeur et ne vaudrait-il pas mieux, pour ne rien préjuger, l'appeler lymphangiectasie? Cette question, soulevée par Ch. Monod<sup>(1)</sup> pour la macroglossie surtout, comporte encore quelques obscurités.

<sup>(1)</sup> CH. MONOD, *Troisième Congrès français de Chir.*, Paris, 1888, p. 422.

La macrocheilie occupe le plus souvent la lèvre supérieure et d'ordinaire dans toute son étendue, tandis que l'angio-éléphantiasis frapperait avec prédilection la lèvre inférieure. La lèvre inférieure n'est prise seule que rarement; mais dans l'hypertrophie concomitante des deux lèvres sa lésion peut être prédominante.

Le *squelette* subit des modifications importantes, dont certaines sont d'ordre purement mécanique. L'hypertrophie de la lèvre supérieure refoule en arrière le rebord alvéolaire correspondant. Celle de la lèvre inférieure agit au contraire par traction, et le rebord alvéolaire, tiré en bas et en avant, reproduit en petit la forme renversée de la lèvre; sur lui s'implantent des dents écartées, divergentes. Mais tout n'est peut-être pas explicable mécaniquement et, par exemple, Trendelenburg, constatant que le corps de ce maxillaire a une hauteur exagérée, est disposé à faire intervenir des troubles de nutrition portant sur l'ensemble du premier arc pharyngien.

**Symptômes et marche.** — Lorsque l'enfant naît, la lésion peut exister au degré maximum et prendre ensuite un accroissement proportionnel à celui du visage; il en fut ainsi chez le malade de Dolbeau. Mais il est plus ordinaire que l'hypertrophie soit plus ou moins légère au moment de la naissance et se développe par la suite avec une rapidité variable, soit immédiatement, soit à la puberté, soit même plus tard encore, à trente ans dans le cas de Duplouty.

À la période d'état, la lèvre est augmentée dans tous ses diamètres, et Trendelenburg l'a vue atteindre 14 centimètres de longueur sur 8 de hauteur et 5 d'épaisseur. Cette tuméfaction est dure, égale, sans nodosités circonscrites; tantôt, et le plus souvent, elle est limitée à la lèvre, tantôt elle se continue sans démarcation nette avec la joue, le cou, la gencive. La lèvre, ainsi volumineuse et rigide, ne peut plus se mouvoir que d'une seule pièce, d'où des troubles de la phonation, de la succion, de la mastication. N'oublions pas toutefois que, malgré une lèvre énorme, l'enfant observé par Dolbeau prenait fort bien le sein. Chez ce même enfant, les poils avaient subi une croissance remarquable. L'indolence est en général complète; Duplouty a seulement signalé quelques picotements; Billroth et Langenbeck, des augmentations douloureuses de volume sous l'influence des refroidissements.

Tels sont les caractères communs. La difformité varie suivant la lèvre malade.

La lèvre inférieure, par son poids, tombe en ectropion et la bouche prend une forme que Eichler compare au bec d'une canette. Cette chute peut aller jusqu'à adosser les faces cutanées de la lèvre et du menton. Ce lambeau informe, qui se soulève à peine de temps à autre, laisse constamment s'écouler la salive. La face muqueuse, exposée à l'air, s'enflamme, s'irrite, présente même des ulcérations qui, au premier abord, ressemblent un peu à celles du cancroïde. Visibles de l'extérieur, les dents sont écartées, déchaussées, incrustées de tartre.

La lèvre supérieure devient oblique en bas et en avant. Elle descend au-devant de l'inférieure, qu'elle masque plus ou moins, en même temps qu'à son bord supérieur se raccourcit la sous-cloison. De là un aspect tout à fait analogue à celui d'un groin de porc. La face muqueuse, visible sur une étendue variable, est quelquefois fissurée.

**Pronostic.** — La lésion a souvent tendance à l'accroissement et peu à peu la joue, le nez peuvent être envahis, accroissement tantôt continu et progressif, tantôt avec des rémissions temporaires. Duplouty a noté une marche plus rapide

pendant la saison chaude. Comme dans la macroglossie, les poussées inflammatoires aiguës sont fréquentes, laissant volontiers après elles une lèvre plus volumineuse encore.

Le mieux qu'on puisse espérer est l'état stationnaire. Le pronostic est donc sérieux, non pour la vie, mais parce que le sujet est défiguré.

**Diagnostic.** — La macrocheilie est une lésion évidente, qui ne comporte pas de diagnostic différentiel; à moins qu'on ne veuille rappeler ici le syphilome diffus et la lèvre des scrofuleux.

Il est superflu d'établir le diagnostic avec un angiome, sauf pour les angiomes se compliquant d'état éléphantiasique. Mais alors la consistance est plus molle, les vaisseaux sanguins sont volumineux, la tumeur, un peu réductible à la pression, devient un peu turgescence par les efforts, sur la peau souvent existera une tache érectile. Toutefois, répétons-le, la question des angio-éléphantiasis est loin d'être complètement élucidée.

**Traitement.** — Le *traitement médical* semble inefficace, quoique Bouisson ait parlé des bons effets de l'iodure de potassium.

Le *traitement chirurgical* peut seul donner un résultat, et, quoi qu'on en ait dit, il est indiqué, par la difformité aussi bien que par l'extension possible aux parties voisines.

Pour éviter l'instrument tranchant, O. Weber, Bouisson ont essayé sans grand succès la compression. Leisrink, Duploux ont obtenu quelque amélioration par l'ignipuncture profonde.

Le traitement de choix est l'excision au bistouri, naguère encore dangereuse, dans ces tissus à vastes lymphatiques, aujourd'hui bénigne si l'on sait être antiseptique. Plusieurs procédés ont été indiqués. Paillard excisait un bourrelet de muqueuse : mieux vaut respecter cette membrane. Petrequin, après avoir fendu la lèvre sur la ligne médiane, enlevait de chaque côté une pyramide triangulaire : c'est une opération compliquée et qui laisse une cicatrice difforme. Le véritable procédé consiste à enlever, entre la peau et la muqueuse, un fragment transversal, en forme de quartier d'orange à arête inférieure. Holmes, Billroth, Dolbeau, Duploux, O. Lannelongue ont obtenu ainsi de bons résultats.

## 2° TUMEURS CONJONCTIVES

1° **Lipomes.** — Les lipomes des lèvres font partie de ce que Dolbeau appelait les *lipomes buccaux* (1). D'après Labat, ils sont plus fréquents chez la femme. Ils ne sont pas très rares à la lèvre inférieure. Ils forment une tumeur molle, généralement bien circonscrite, qui parfois laisse transparaître une couleur grisâtre (Follin) ou jaunâtre. La muqueuse est tantôt amincie, tantôt épaissie, ou même ulcérée par le contact d'une dent malade. Le volume peut atteindre celui d'une petite orange.

Le *diagnostic* est établi surtout d'après la consistance et la couleur. Labat cherche à différencier les angiomes des lipomes. En réalité, dans les cas où l'erreur était possible, certaines opérations ont révélé des lipomes très vascu-

(1) LABAT, Thèse de doct. de Paris, 1874, n° 555.

lares, véritablement érectiles comme dans un fait de Lebert et Dieffenbach, et il faut admettre qu'il s'agit d'angiomes lipogènes. Il n'est donc pas question d'établir un diagnostic différentiel, mais de déterminer si un angiome est devenu lipomateux.

Le *traitement* consiste dans l'ablation. Après incision de la muqueuse, l'énucléation de la tumeur est en général facile.

2° **Fibromes.** — Les fibromes des lèvres semblent très rares. La plupart des cas diagnostiqués sur le vivant ont été trouvés, à l'examen histologique, constitués par du chondrome : il en fut ainsi sur un malade de S. Duplay. Pourtant les faits de Settegast, de Goodhart, de Mermet (1) ont été vérifiés anatomiquement.

3° **Myxomes.** — Les myxomes ne sont guère représentés que par une observation ancienne de Frerichs (1845).

4° **Sarcomes.** — Les sarcomes sont aussi fort rares. Settegast a vu le sarcome ordinaire; E. Vidal, le sarcome mélanique. Ce dernier envahit volontiers la gencive, et son pronostic est très grave. Pour le diagnostic des sarcomes, je citerai une observation de Guillemet (2) où un granulome de la lèvre inférieure simulait au premier abord un sarcome.

Les diverses tumeurs que je viens d'énumérer doivent être enlevées, sauf peut-être le sarcome mélanique, dont la repullulation rapide est certaine.

## 5° TUMEURS GLANDULAIRES DE LA MUQUEUSE

Les glandes de la muqueuse labiale sont sujettes à des dégénérescences néoplasiques diverses, dont la plupart doivent rentrer dans le groupe anatomique des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

1° **Kystes.** — Les kystes salivaires des glandules labiales, kystes anatomiquement comparables à la grenouillette, occupent surtout la lèvre inférieure (3). Ils y sont isolés ou multiples, et y constituent de petites tumeurs arrondies, régulières, dont le volume peut atteindre celui d'une noix. Leur coloration est bleuâtre, la transparence y est rare. Ils adhèrent aux plans profonds, mais la muqueuse glisse facilement sur eux. Indolents, ils ne gênent que mécaniquement la parole et la mastication, et, refoulant la lèvre, ils causent une difformité. A l'incision, il s'en écoule un liquide clair, un peu visqueux, et l'on voit alors une cavité souvent parcourue de cloisons, souvenir de l'origine glandulaire. L'ouverture spontanée est rare, et en tout cas est suivie de récurrence, comme d'ailleurs l'incision simple.

C'est à propos du diagnostic de ces kystes que je ferai allusion aux quelques faits de *cysticerques* publiés par Heller, Sydney Jones et Karewski (4).

Le *traitement* consiste dans l'ablation totale. Si l'on n'y peut parvenir, ce

(1) MERMET, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 18 mai 1894.

(2) GUILLEMET, *Journal de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1885, t. XIX, p. 295.

(3) BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1818, t. VI, p. 218.

(4) HELLER, d'après *Canstatt's Jahresh.*, 1845, t. IV, p. 372. — S. JONES, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1863, t. XIV, p. 279. — KAREWSKI, *Deutsche med. Woch.*, 1887, p. 285.

qui est rare d'ailleurs, on pourra se contenter de l'excision partielle suivie de cautérisation de la poche à la teinture d'iode, à l'acide nitrique, au nitrate d'argent.

2° **Adénomes.** — Ces tumeurs sont formées par l'hypertrophie simple des glandules labiales, quelquefois indurées et accolées ensemble par du tissu fibreux. Les culs-de-sac contiennent des cellules épithéliales amassées, qui s'expriment par pression latérale, dit Bouisson, sous forme d'un vermisseau. Ces tumeurs restent d'ordinaire petites et indolentes. Elles sont souvent multiples et soulèvent la muqueuse en de petites saillies granuleuses. Leur diagnostic alors est facile. Il pourrait être plus difficile, et l'on parle d'erreurs avec la syphilis, voire avec le cancer, lorsque la muqueuse s'enflamme et s'excorie à leur surface.

Enfin, à un haut degré, les hypertrophies glandulaires généralisées peuvent aboutir à la formation d'une sorte de macrocheilie (1).

Le meilleur *traitement* est l'excision cunéiforme de toute la couche glanduleuse, en respectant la muqueuse; de la sorte on évite les récidives.

3° **Tumeurs mixtes des glandes labiales (2).** — On rencontre dans l'épaisseur des lèvres, peut-être surtout dans la supérieure, des tumeurs en général assez petites, fort dures par places, adhérentes à leur face profonde, mobiles sous la muqueuse où elles présentent une surface assez régulière, indolentes, à évolution lente et bénigne. Vu la région, la difformité est rapide et les malades se font vite opérer. Padiou, cependant, n'a été appelé par un campagnard qu'au moment où la tumeur avait gagné la joue, remplissait presque toute la bouche et, saignante, érodée, gênait la respiration, la mastication et la phonation.

Le fibrome seul a une forme et une consistance analogues. Le diagnostic en est à peu près impossible. En cas de doute, la fréquence doit faire opiner pour la tumeur mixte.

Je ne décrirai pas la structure de ces tumeurs; ce serait faire double emploi avec ce qui sera dit des tumeurs de la parotide. Le chondrome est la variété la plus fréquente, mais il est rarement pur: Humphry, Heurtaux, Malherbe et Pérochaud ont examiné des adéno-chondromes; Paget, Goodhart, A.-R. Robinson, des fibro et des myxo-chondromes. Parfois, mais plus rarement, il se creuse des cavités kystiques, comme dans des pièces de Lloyd, Paget, Padiou.

Le *traitement* doit être l'extirpation au bistouri, en respectant, autant que possible, la face cutanée de la lèvre.

#### 4° ÉPITHÉLIOMA DES LÈVRES

On peut observer aux lèvres le *cancroïde cutané*, avec ses caractères classiques (3). Ce cancroïde, relativement bénin, occupe surtout la lèvre supérieure

(1) E. FRÄNKEL, *Arch. für klin. Chir.*, 1892, t. XLIV, p. 95.

(2) PAGET, *Lectures on surg. path.*, 3<sup>e</sup> édit., London, 1871, p. 567. — GOODHART, *Path. Soc. of London*, 17 octobre 1876, d'après *The Lancet*, 1876, t. II, p. 574. — PEROCHAUD, Thèse de doct. de Paris, 1884-1885, n° 167. — PADIEU, *Gaz. méd. de Picardie*, 1886, p. 165. — A.-R. ROBINSON, *Amer. derm. Ass.*, 26 août 1886, d'après *Revue des sc. méd.*, 1887, t. XXIX, p. 255. — A. COLLET, Thèse de doct. de Paris, 1894-1895, n° 277.

(3) Voy. t. I, p. 615.

et est plus fréquent chez la femme. Ces caractères sont souvent opposés aux caractères inverses du cancer de la lèvre inférieure; le parallèle, en réalité, n'est pas de mise, car il ne s'agit pas, en somme, de la même affection.

Le véritable cancer ou cancroïde des lèvres est l'épithélioma pavimenteux du bord libre, cutané-muqueux. Par son évolution et son pronostic il est intermédiaire au cancer cutané, bénin, et au cancer lingual, particulièrement malin. Mais il diffère, je le répète, du cancroïde cutané proprement dit, quoique, dans bien des descriptions du cancer de la peau, c'est lui qui soit pris pour type.

LEDRAN, Mémoire avec un précis de plusieurs observations sur le cancer. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. III, p. 1, Paris, 1757. — ECKER, Ueber den Bau der unter dem Namen Lippenkrebs zusammengefassten Geschwülsten der Lippe. *Arch. für phys. Heilkunde*, 1844, t. III, p. 580. — LEBERT, Du cancer et du cancroïde de la peau. *Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, in-4, 1851, t. II, p. 481. — LORTET, Essai monographique sur le prétendu cancroïde labial. Thèse de doctorat de Paris, 1861, n° 92. — B. WÖRNER, Ueber die Endresultate des Lippenkrebs. *Brunn Mitth. aus der chir. Klinik zu Tübingen*, 1886, t. II, p. 129 et 219.

**Anatomie pathologique.** — La structure générale de ces tumeurs a été décrite à l'article ÉPITHÉLIOME (1). C'est en effet le cancer des lèvres qui, avec celui de la langue, a été l'objet des discussions sur le cancer et le cancroïde, puis sur l'épithéliome et le carcinome. Je puis donc me borner à dire que le cancer des lèvres est un épithéliome pavimenteux, presque toujours lobulé, quelquefois corné, muqueux et même mélanique (L. Labbé) (2).

La tumeur débute, en général, à la limite de la muqueuse et de la peau; plus rarement par la muqueuse, où cependant existe l'épithéliome consécuteur à la leucoplasie. Au début, les papilles sont hypertrophiées et le corps muqueux interpapillaire envoie dans le derme des bourgeons plus ou moins profonds. Quand il y a des poils et des glandes sébacées, leur épithélium concourt au développement du néoplasme, mais il n'en est pas l'origine.

Comme tous les cancroïdes, celui-ci se propage par la voie lymphatique. C'est ainsi, sans doute, qu'il envahit, comme l'a montré Heurtaux, les travées conjonctives périmusculaires. Le long de l'orbiculaire, il arrive assez vite à la commissure labiale. Là, l'entre-croisement des fibres musculaires l'arrête, mais bientôt il pousse un prolongement à la joue, le long du buccinateur; au menton, le long du carré et de la houppie; et ce prolongement mentonnier ne tarde pas à pénétrer dans le maxillaire le long des vaisseaux et nerf mentonniers.

**Étiologie.** — Je ferai abstraction du cancer secondaire, exceptionnel; de l'envahissement par une tumeur du maxillaire, rare encore, quoique moins. Je ne m'occuperai donc que du cancer primitif.

Le *siège* de la tumeur à la lèvre inférieure presque exclusivement est un fait connu depuis longtemps, affirmé déjà par Chopart et Desault, Portal, Sabatier, Boyer; si bien même que Hüter a nié le cancer de la lèvre supérieure. C'est là une exagération et Wörner, réunissant plusieurs statistiques allemandes, trouve que la lèvre supérieure est atteinte dans 5,6 pour 100 des cas. Dans un mémoire récent, Eschweiler (3) a réuni 52 observations de cancer de la lèvre supérieure; mais il faut faire remarquer qu'il n'a pas évité certaines confusions avec des tumeurs mixtes des glandules salivaires. A une lèvre comme à l'autre,

(1) Voy. t. I, p. 555.

(2) L. LABBÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1856, p. 527.

(3) ESCHWEILER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1889, t. XXIX, p. 357.