

le début sur la ligne médiane est rare; le point de départ le plus fréquent est entre la commissure et la ligne médiane, à gauche surtout.

Rien de spécial pour l'âge : c'est une maladie de l'âge mûr. Le cancer de la lèvre est exceptionnel avant trente ans : E. Albert (de Vienne) (1) l'a cependant observé plusieurs fois de vingt à trente ans. La prédilection du mal pour le sexe masculin est admise de tous; dans les relevés de Wörner, l'homme compte pour 90,4 pour 100.

Certains auteurs ont mis en relief l'influence, peu expliquée d'ailleurs, de la race. Lortet nous apprend que l'épithéliome labial est rare dans l'Europe orientale et en Asie Mineure; au dire de Lautré, en Afrique, les nègres, plus heureux que les blancs, en sont indemnes. En France même, l'influence régionale se ferait sentir : d'après Burin (2), Bouisson, les départements du centre payeraient à ce mal un tribut particulièrement lourd. Peut-être est-ce parce que les habitants de ces pays sont particulièrement malpropres.

La malpropreté, en effet, semble avoir quelque importance parmi les causes locales dont l'action est indéniable, et depuis longtemps déjà ont été invoquées par Earle (1822) (3). Énumérons donc les gercures des lèvres, qui toutefois sont le plus souvent médianes, les contusions (Rouzet), les petites plaies sans cesse irritées, et en particulier Lassus (4), Capuron ont vu la lèvre inférieure devenir cancéreuse chez des hommes qui, bec à bouche, avaient pour profession de gaver des volailles. Plus fréquent déjà est le rôle des dents usées, et surtout de la canine supérieure (Bonnet de Lyon, Malgaigne, Bouisson); les dents encore produisent des morsures, capables parfois de dégénérer en cancer (Jurine, Alibert).

Mais parmi les irritants locaux, c'est surtout le tabac qui a été chargé de malédictions. J.-N. Roux, Leroy d'Étiolles père, Bouisson ont été jusqu'à appeler le cancer des lèvres « cancer des fumeurs », incriminant surtout tantôt la pipe dite brûle-gueule, tantôt le cigare. Et Bouisson affirme que le cancer labial s'est vulgarisé parallèlement à l'habitude de fumer. Ces anathèmes sont-ils bien justifiés? Déjà Fleury (de Clermont) (5) conteste la dernière assertion de Bouisson. De plus, si Bouisson explique par l'absence de ce vice l'immunité du sexe féminin, Lemarchant et Morvan lui font observer qu'il n'est pas une Bretonne ignorante du brûle-gueule; et pourtant, en Bretagne comme ailleurs, la femme est indemne. Aussi Velpeau, Malgaigne, Bardeleben, Bruns nient hardiment l'influence néfaste du tabac; Earle, Rigal de Gaillac se demandent si la pipe n'a pas simplement pour rôle d'user des dents qui, pointues, viennent constamment irriter la lèvre. En tout cas, les diverses manières de fumer n'interviennent ici que comme causes banales d'irritation.

Le tabac nous mène à nommer la leucoplasie buccale, dont Bruns, Lewin, Reverdin et Mayor (6) ont vu dégénérer des plaques labiales. Tout comme le cancroïde peut s'implanter sur une lésion syphilitique : le fait était déjà connu

(1) ALBERT, *Lehrbuch der Chir.*, 4^e édit., Vienne, 1891, t. I, p. 204.

(2) BURIN, Thèse de doct. de Montpellier, 1856, n° 49.

(3) EARLE, *Med. chir. Trans.*, London, 1822, t. XII, p. 268.

(4) LASSUS, *Path. chir.*, t. I, p. 457, Paris, 1805.

(5) FLEURY, *Gaz. méd.*, de Paris, 1850, p. 527, et *Comptes rendus de l'Ass. franç. pour l'avanc. des sc.*, 1876, p. 857.

(6) LEWIN, *Berl. klin. Woch.*, 1880, p. 550. — REVERDIN et MAYOR, *Rev. méd. de la Suisse romande*, Genève, 1885, p. 752.

de Montfalcon, et de nos jours Verneuil a fait consacrer les thèses de ses élèves, Noël (1) et Ozenne, à l'étude de ces hybridités syphilitico-cancéreuses.

Les causes locales jouent donc un rôle important. Mais elles semblent n'agir que si le terrain s'y prête, en vertu d'une prédisposition encore inconnue (2). Pour le cancer des lèvres en particulier, l'hérédité existait chez des malades de Heurtaux, de Lortet.

Symptômes. — Lorsqu'un malade vient consulter, avec un cancroïde le plus souvent déjà assez volumineux, il raconte alors que son mal a débuté par un bouton. Mais lorsque le chirurgien observe ce stade initial, il constate que ce bouton est de nature assez variable. Ici, c'est une hypertrophie papillaire plus ou moins limitée, pendant plus ou moins longtemps stationnaire; là, une petite masse verruqueuse, indurée, indolente, squameuse, devenant croûteuse, cornée même dans quelques cas rares, sans cesse écorchée par le patient et peu à peu ulcérée; là, une fissure prise d'abord pour une simple gercure mais dont les bords s'indurent peu à peu et s'élèvent, tandis que le fond se recouvre d'une croûte constamment arrachée et constamment reproduite, sous laquelle on trouve une ulcération superficielle, à fond rose et un peu saignant. Telle est l'origine du cancer de l'ourlet cutanéomuqueux. Celle du cancroïde exclusivement muqueux se trouve parfois dans une plaque de leucoplasie buccale, semblable ici à ce qu'elle est sur la langue.

Dans tous les cas, l'ulcération se creuse peu à peu, les tissus voisins s'indurent de plus en plus et font saillie. Les diverses formes de début perdent leur individualité, et à la période d'état la description devient uniforme.

A cette période, on voit une véritable tumeur, dure, adhérente, inégale, indolente mais prurigineuse, d'où des grattages qui exaspèrent le mal et amènent une ulcération plus rapide. Cette ulcération est irrégulière, sinueuse, déchiquetée, ses bords sont à pic, renversés, indurés; du côté de la peau, le fond reste pendant assez longtemps recouvert en partie d'une croûte formée de pus concrété, d'épiderme, de matière sébacée, de sang desséché. On distingue deux

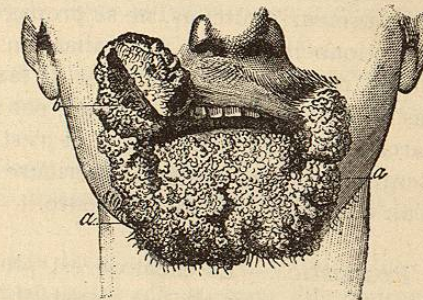


FIG. 57. — a, a, épithélioma papillaire. — b, coupe pour montrer la texture de la tumeur. (Follin et Duplay.)

formes, rongearde et végétante, suivant que l'ulcération creuse profondément, ou donne naissance, au contraire, à des bourgeons plus ou moins volumineux, qui saignent facilement. Ces deux formes, d'ailleurs, peuvent s'associer.

La marche anatomique que nous avons étudiée se révèle cliniquement par un temps d'arrêt à la commissure, avant que ne soient envahis la joue et la lèvre supérieure d'une part, le menton d'autre part. A cette période avancée, la tumeur est volumineuse et diffuse, la peau et la muqueuse, ulcérées, saignent au moindre contact; la parole, la mastication sont gênées, puis douloureuses, enfin la salive s'écoule constamment par les brèches de la lèvre inférieure et se

(1) NOËL, Thèse de doct. de Paris, 1878, n° 56.

(2) Voy. t. I, p. 385.

mélange à l'ichor fétide sécrété par les surfaces malades. Puis vient l'envahissement des gencives, du maxillaire, et même jusqu'aux piliers du voile du palais; et c'est à ce moment que les douleurs sont vives, atroces, surtout quand le néoplasme s'insinue autour du nerf dentaire inférieur. On conçoit que l'alimentation devienne de plus en plus difficile; par contre, des substances putrides sont incessamment dégluties: deux causes de cachexie importantes, auxquelles se joignent parfois des suintements sanguins incessants, dont il ne faut cependant pas exagérer la fréquence.

L'état des ganglions doit être recherché avec soin. A cet effet, le cou étant fléchi, on palpe d'une main sous la mâchoire, tandis qu'un ou deux doigts de l'autre tâtent le plancher buccal. Au début des discussions sur le cancroïde, Lebert, P. Broca⁽¹⁾ avaient cru que l'adénopathie était rare: on n'a pas tardé à perdre cette illusion. Paget, Heurtaux, Lortet et Desgranges ont montré qu'au moment où les malades viennent consulter, la moitié au moins ont de l'engorgement ganglionnaire; et cet engorgement paraît inévitable si le mal est abandonné à lui-même. Il est d'autant plus précoce que la tumeur a une marche plus rapide: mais il est rare avant le quatrième ou le cinquième mois. Au début, on trouve à la région sous-mentale ou à l'angle de la mâchoire une petite tumeur dure, arrondie, mobile sous la peau saine et sur les parties profondes. Peu à peu la tuméfaction augmente, les ganglions pris deviennent de plus en plus nombreux, leur chapelet peut descendre jusque dans le creux sus-claviculaire. Ils finissent par adhérer à la peau qui, à un moment donné, rougit et s'ulcère; par là s'évacue en partie la tumeur ramollie et il reste un orifice d'où s'élèvent des végétations épithéliomateuses.

La tumeur, toutefois, ne se propage guère au delà des ganglions. Tout à fait exceptionnelle est la généralisation viscérale, dont Virchow, Paget, Ollier, Bruns, ont relaté des exemples. Il faut en distraire, comme le dit Cornil⁽²⁾, les cas où l'estomac seul est envahi, car il s'agit alors d'une sorte de greffe par des parcelles épithéliales avalées; et c'est, en somme, comparable à l'observation de Bergmann⁽³⁾, où la lèvre supérieure s'est pour ainsi dire inoculée au contact d'un cancer de la lèvre inférieure.

Pronostic. — La cachexie est plus tardive que pour les néoplasmes qui se généralisent, mais elle est constante, due à la douleur et à l'insomnie qui en résulte, à la gêne mécanique de l'alimentation, à la suppuration, à la perte de salive, aux hémorragies répétées; et le sujet succombe dans le marasme. Plus rarement il est emporté d'une manière aiguë par une hémorragie (Foucher, Gosselin), par une broncho-pneumonie.

Si le mal est abandonné à lui-même, la mort est donc fatale, au bout de trois ans et demi en moyenne, d'après une statistique de Lebert. Voilà qui doit interdire toute assimilation, quoi qu'on en ait dit bien souvent, entre le cancroïde des lèvres et celui de la peau. Mais il ne faut pas tomber dans l'erreur inverse, et avec Velpeau, avec Lortet, prétendre qu'après ablation la récurrence est aussi fréquente que pour le cancer du sein. Koch, Winiwarter, Kocher, Wörner ont publié à cet égard des statistiques étendues et probantes. Environ

(1) P. BROCA, Rapport sur une observation de Laboulbène. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1855, p. 375 et 379.

(2) CORNIL, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1887, p. 548.

(3) BERGMANN, Soc. de méd. interne de Berlin, 1887.

56 pour 100 des sujets vivent cinq ans sans récurrence, et des opérés de Thiersch, d'Hutchinson ont été suivis pendant quinze et vingt ans. Certes, le mal peut reprendre l'offensive après des trêves de neuf et dix ans (Koch, Trendelenburg); mais on n'a encore pas à se plaindre alors du résultat opératoire. Il y a loin de là au pronostic du cancer du sein, qui ne donnerait que 4,7 pour 100 de survies sans récurrence au delà de trois ans. Boyer, A. Cooper avaient donc raison de proclamer la bénignité relative du cancer des lèvres.

La récurrence, quand elle a lieu, se déclare en général dans la première année (87,6 pour 100). Elle se fait soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, soit dans les deux à la fois.

Diagnostic. — Quoique E. Albert dise n'avoir jamais rencontré de cas où le diagnostic ait été difficile, en réalité la maladie est malaisée à reconnaître au début, quand on se trouve en présence d'une saillie verruqueuse ou d'une fissure insignifiante: on croira souvent à un simple papillome ou à une vulgaire gerçure. Pour la gerçure surtout, on se guidera sur la longue durée, sur les bords indurés et un peu renversés. Mais souvent, il faudra suivre pendant quelque temps la marche avant de poser un diagnostic précis.

A la période d'ulcération les causes d'erreur sont plus nombreuses, mais plus faciles à éviter. Nous ne parlerons pas du diagnostic avec le cancer vrai, qui semble ne pas exister ici. Le sarcome est rare; primitivement il est plus profond; il se développe d'abord plus lentement et sa consistance est plus molle.

Le lupus occupe surtout la lèvre supérieure, est serpigineux et présente des parties cicatrisées et, autour, des noyaux non encore ulcérés. Mais Eschweiler et Trendelenburg ont vu l'épithélioma de la lèvre supérieure se greffer sur le lupus.

Le rhinosclérome se distingue par son origine nasale, son siège exceptionnel à la lèvre inférieure, sa dureté ligneuse. Au besoin on cherchera les microbes qui le caractérisent.

J'ai déjà esquissé le diagnostic avec l'ulcère tuberculeux.

Les lésions syphilitiques sont celles qui prêtent le plus à l'erreur, soit par le chancre, soit par les gommés.

Le chancre induré serait plus fréquent à la lèvre supérieure. L'induration est plus élastique que celle du cancroïde et en outre elle a suivi l'ulcération au lieu de la précéder. Par pression latérale on n'a pas issu de vermiothes comme dans le cancroïde. L'adénopathie est précoce, volumineuse. Enfin la roséole et les plaques muqueuses surviennent ordinairement avant cicatrisation du chancre. On tiendra grand compte de l'âge du malade; parfois de ses aveux, de son état social. Mais on a observé le chancre chez des vieillards; et même des faits de Lemerrier, de Cullerier concernent des jeunes filles vierges; et les erreurs commises par Boyer, Roux, Cullerier, Velpeau prouvent qu'il ne faut pas se dissimuler les cas embarrassants.

La syphilis tertiaire est une cause fréquente d'erreurs. Dès le début, on peut confondre un cancroïde avec une sclérose syphilitique. Mais cette dernière est en général plus large, lisse, médiane. Quand l'épithéliome commence par une fissure, on peut hésiter avec un syphilome en nappe accompagné d'une ulcération superficielle. Mais le syphilome est plus diffus, plus étendu, occupe presque toute la hauteur de la lèvre: il y a disproportion entre l'ulcération et l'induration. A la période d'état, la gomme vraie se reconnaîtra sans peine à

son siège (lèvre supérieure surtout), à son ulcération précédée d'une évacuation analogue à celle d'un abcès; à ses bords taillés à pic et non renversés, à sa base non indurée ou peu indurée, tandis que le cancer fait une véritable tumeur. Les lésions *scléro-gommeuses* sont d'un diagnostic plus difficile. On se fondera sur les antécédents, les autres accidents concomitants (cicatrices, lésions en activité), surtout du côté de la langue; sur l'indolence, la marche lente, l'absence d'adénopathie. Mais on n'évitera pas toujours l'erreur, d'autant plus que la syphilis peut s'associer au cancer. De là les lésions *cancéro-scléreuses*, *cancéro-gommeuses* ou *cancéro-scléro-gommeuses* décrites par Ozenne. Ces cas *hybrides*, pour employer l'expression de Verneuil, sont parfois à peu près impossibles à reconnaître sans le traitement explorateur dont l'efficacité n'est alors que partielle; mais il ne faut pas abuser de ce traitement explorateur, nuisible en effet au cancer.

Dans un fait de Blandin, une *tumeur sébacée enflammée* ressemblait à un épithéliome, mais à un épithéliome cutané, dont le diagnostic différentiel est exposé à propos du cancroïde de la peau.

Diagnostic de l'état de la tumeur. — Étant donné qu'il existe un cancer, il faut examiner avec soin les adhérences à l'os, l'état des ganglions, l'état général du malade, etc. De là en effet découlent les *indications opératoires*. L'engorgement ganglionnaire était une contre-indication formelle pour Dupuytren, mais non pour Lisfranc auquel l'avenir a donné raison, et de nos jours on ne recule plus devant l'ablation des ganglions cervicaux. Autrefois, quelques auteurs ont conseillé d'enlever la seule tumeur labiale quand les ganglions sont encore petits; Laugier, les auteurs du *Compendium* prétendent en effet qu'ils peuvent n'offrir alors qu'un engorgement inflammatoire qui cesse bientôt. Le fait est douteux, et il est de notion courante actuellement que ces ganglions suspects doivent être extirpés. La gravité de l'opération en est accrue, mais l'antisepsie rend ces larges interventions d'une réelle bénignité. L'envahissement de la joue est une condition des plus défavorables.

Traitement. — Le *traitement médical* est inefficace, quoiqu'on lui ait attribué, à l'arsenic par exemple (Stark), quelques guérisons qui concernent probablement des syphilis méconnues.

Les *applications locales de chlorate de potasse* ont été recommandées par Bergeron, par Euthyboule. On n'y aura recours que pour l'*ulcus rodens* ou pour les cas reconnus inopérables; on fera alors en même temps des injections interstitielles.

En réalité, il faut détruire ou enlever le néoplasme. La *cautérisation* a été proposée et pratiquée. Légère, c'est une détestable méthode, qui n'a pour effet que d'aggraver le mal. Énergique et profondément destructive, — ce à quoi conviennent les pâtes de Vienne ou de Canquoin, — elle est incapable de dépasser les limites d'une tumeur quelque peu étendue. On ne peut y songer que tout à fait au début et pour les malades pusillanimes qui se refusent à l'ablation.

L'*électrolyse* aurait donné à Bruns un succès dans un cas jugé inopérable.

Mais le vrai traitement est l'*excision*. Certains chirurgiens ont conseillé l'emploi du galvano ou du thermo-cautère, mais rien ne vaut l'*instrument tranchant*.

1° L'*excision semi-lunaire du bord libre*, selon le procédé de Ledran, Richerand, A. Dubois, sera appliquée aux petits cancers bien limités à ce bord. Elle

devient impossible quand elle doit être étendue, car elle provoque alors une grande difformité, une gêne sérieuse de la parole et de la mastication, et laisse une brèche par où s'écoule la salive; l'abaissement des arcades dentaires permet d'en étendre davantage l'emploi chez le vieillard.

2° L'*excision cunéiforme*, respectant la peau et la muqueuse, ne doit pas être recommandée, malgré l'autorité de Bouisson. Il est impossible que de la sorte on s'éloigne assez des limites du mal.

3° L'*excision en V*, entre deux lignes obliques circonscrivant largement la tumeur, est le procédé de choix. Vu la souplesse et la laxité des tissus, ce procédé est applicable même quand on doit créer une perte de substance notable. On réunit la plaie par la suture entortillée ou mieux entrecoupée.

4° L'*excision quadrangulaire* convient aux néoplasmes étendus: elle peut arriver à être une ablation totale de la lèvre inférieure. Dans les opérations de ce genre, une réparation autoplastique est souvent nécessaire. Il ne faut toutefois pas abuser des lambeaux et des incisions libératrices. Il y a plusieurs siècles déjà, Franco a fait voir que des pertes de substance très considérables, comprenant à peu près les deux tiers de la lèvre, pouvaient être réparées sans lambeau autoplastique, aux dépens de la lèvre restante, par simple mobilisation profonde, après quoi on suture directement les bords de la solution de continuité. Pour les délabrements plus vastes, on aura recours aux divers procédés autoplastiques de la cheiloplastie.

En parlant des indications opératoires générales, j'ai dit qu'un engorgement ganglionnaire modéré ne devait pas arrêter le chirurgien. Dans ces conditions, la plupart du temps on abordera les ganglions sous-mentaux ou sous-maxillaires par une incision spéciale, parallèle au bord inférieur de la mâchoire. Il y a quelques années, j'ai opéré un malade dont la lèvre entière a dû être enlevée et chez lequel les ganglions étaient pris sur la ligne médiane et sur les côtés. Après excision de la lèvre, j'ai décollé à sa face profonde la peau de la région sus-hyoïdienne tout entière. Dans la poche ainsi créée, j'ai extirpé les ganglions malades et, cela fait, la peau libérée a été facile à remonter sur le corps du maxillaire pour reconstituer la partie adhérente de la lèvre. La partie mobile a été refaite, mais en partie seulement, aux dépens de la joue et de la lèvre supérieure.

Une autre complication opératoire est l'envahissement du maxillaire inférieur. On est alors conduit à la résection médiane, plus ou moins étendue, de cet os, avec tous ses inconvénients et ses dangers immédiats⁽¹⁾. Ici encore, une réparation autoplastique est nécessaire.

Ces réparations autoplastiques, Verneuil a soutenu qu'elles doivent être secondaires⁽²⁾. Après ablation de toute la lèvre, avec ou sans résection osseuse, laissez la plaie largement béante. En quelques semaines, elle sera cicatrisée par seconde intention, et vous serez tout surpris de voir combien la brèche se sera naturellement rétrécie: il sera suffisant d'une opération presque insignifiante, tandis que l'autoplastie primitive eût nécessité des débridements et des libérations étendus. En outre, la plaie reste pendant longtemps exposée aux yeux et il est aisé d'y détruire sans tarder les foyers, trop fréquents, de repululation immédiate. Cette doctrine est aujourd'hui condamnée. En effet, dans

(1) Voy. t. IV, p. 870.

(2) Voy. sur ce point, MÉTAXAS, Thèse de doct. de Paris, 1886-1887, n° 205.

les opérations de ce genre, le résultat définitif est bien rarement une survie prolongée; le patient, trop souvent, ne bénéficie que de quelques semaines de répit, quelques mois tout au plus. Mieux vaut donc lui rendre la liberté le plus vite possible, en cherchant, par la réunion *per primam*, une autoplastie immédiate guérie en quelques jours. La guérison opératoire lui aura au moins donné l'illusion de la cure radicale; et d'ailleurs il n'est pas prouvé que la récurrence soit plus fréquente par cette méthode si l'ablation a été large.

De ce qui précède, il résulte qu'il serait déraisonnable de vouloir établir un pronostic d'ensemble pour ces diverses opérations. La statistique de Wörner nous donne une mortalité brute de 5,77 pour 100, due surtout à des pneumonies. Mais la mort est à peu près exclusivement réservée aux opérations graves, étendues, auxquelles je viens de faire allusion, surtout lorsque l'os est intéressé. Pour les excisions curvilignes ou en V on peut dire que la mortalité est nulle, et pour les extirpations larges, sans délabrement osseux, l'antiseptie la rend presque nulle.

VI

DIFFORMITÉS DES LÈVRES

Les difformités des lèvres sont congénitales ou acquises. Mais les premières, — à part quelques particularités, thérapeutiques surtout, dont je m'occuperai chemin faisant, — ont été étudiées dans le chapitre général sur les vices de développement de la face. C'est donc à peu près exclusivement des difformités acquises qu'il va être question ici. Ces difformités sont : 1° les adhérences et l'atrésie de l'orifice buccal; 2° l'ectropion; 3° les pertes de substance.

A. — ATRÉSIE DE L'ORIFICE BUCCAL

Variétés. — Depuis la description remarquable donnée dans le *Compendium*, il est classique de diviser l'atrésie acquise en trois variétés.

A. *L'atrésie sans perte de substance et sans adhérence aux mâchoires* peut s'appeler *ankylocheilie* : aux paupières, en effet, une disposition tout à fait analogue caractérise l'ankyloblépharon. Cette variété, moins fréquente que les deux autres, résulte d'ulcérations partant de la commissure et soudant peu à peu les deux lèvres, par le mécanisme des plaies angulaires. Les causes ordinaires sont le lupus, la syphilis; à titre d'exception, on mentionne les ulcérations varioleuses, chez des malades de Demarque, de Krüger Hanson. L'orifice rétréci, suivant les cas reste médian, ou est plus ou moins attiré vers la joue. Ses dimensions sont très variables. Il peut devenir extrêmement étroit, et l'on cite même une observation de Horstius où il se serait complètement oblitéré.

B. *Atrésie précédée de perte de substance.* — Cette variété est la plus fréquente. Elle résulte de la rétraction cicatricielle consécutive aux pertes de substance de quelque étendue. Ces pertes de substance sont le résultat des lésions traumatiques diverses, des exérèses chirurgicales, de la pustule maligne, du noma, des ulcérations destructives de la syphilis, etc.

C. *Atrésie avec perte de substance et adhérence aux mâchoires.* — Cette *syncheilie* répond à ce qu'est aux paupières le symblépharon. Non seulement l'orifice buccal est rétréci, mais de plus les lèvres et les joues, en partie disparues, adhèrent aux rebords alvéolaires. Cette difformité est la règle à la suite du noma; autrefois, elle était assez souvent la conséquence de la stomatite mercurielle grave. Dans un fait de Bouisson, l'ingestion de liquides trop chauds avait suffi à la produire. Ces adhérences sont quelquefois de simples brides, libres et lâches. Mais d'ordinaire, elles sont larges et courtes, et la soudure est à peu près complète : en ce cas, la lésion dominante est presque toujours, à vrai dire, la constriction cicatricielle des mâchoires (1).

Symptômes. — Dans toutes les variétés, la difformité saute aux yeux, l'introduction des aliments dans la bouche est difficile, la mastication et la parole sont gênées, la respiration même peut être pénible. La gravité de ces accidents est en raison directe de l'étroitesse de l'orifice, et l'on conçoit que le malade d'Horstius soit mort de faim, la bouche étant complètement obstruée. Le vomissement, enfin, serait grave chez ces sujets, car les matières expulsées, ne trouvant pas une voie suffisamment large, seraient en partie refoulées dans l'arbre aérien.

Lorsqu'il y a perte de substance, deux phénomènes nouveaux interviennent : l'écoulement continu de la salive et la chute des aliments pendant la mastication. Dans la troisième variété s'ajoutent les symptômes de la constriction des mâchoires.

Traitement. — Par des moyens variés, on peut pallier les accidents. Avec les doigts, on enfonce les aliments; si l'orifice est plus étroit, on nourrira le patient de liquides avec une cuillère étroite, au biberon, avec une sonde munie d'un entonnoir; un degré de plus, et la sonde molle sera introduite par une des narines si ces orifices ne sont pas, eux aussi, atrésifiés. Mais la prolongation de ces artifices devient bien vite insupportable.

On a songé à dilater l'orifice avec de l'éponge préparée, avec une tige de laminaire : la récurrence est constante. Il en est de même après l'*incision simple*, même avec les petites manœuvres d'Amussat, qui chaque jour, jusqu'à cicatrisation, désunissait la commissure, de Boyer qui interposait une lame d'argent entre les surfaces cruentées.

Pour obtenir la guérison, il est indispensable de reconstituer une commissure.

L'idée du *procédé du Botoc* est la suivante. Au point où l'on veut que se trouve ultérieurement la commissure, on perfore la joue et on fait cicatriser cet orifice autour d'un corps étranger, tige d'ivoire ou fil de plomb. Cette cicatrisation achevée, on fend le pont entre la bouche et l'orifice artificiel : on a supprimé de la sorte la cicatrisation angulaire et il n'est pas étonnant que ce procédé ait donné des succès, par exemple à Krüger Hanson, à Gosselin.

Mais, aujourd'hui surtout que la réussite de la réunion immédiate est vulgaire, ce procédé, encore assez aléatoire, doit céder le pas à l'incision en un seul temps, suivie de suture exacte de la muqueuse à la peau, comme l'a pratiqué Serre (de Montpellier), il y a longtemps déjà. Il y a même mieux à faire : c'est ce que Jobert (de Lamballe) a appelé l'autoplastie par ourlet, ou par inflexion. Dans l'espèce, cette méthode est représentée par le procédé de Werneck et de Dieffen-

(1) Voy. t. IV, p. 874.