

veut pas s'exposer à obtenir une cicatrice difforme. La réunion peut être tentée encore, alors même que la plaie commence à suppurer; et, si elle ne réussit pas, il reste toujours la ressource d'aviver les bords, comme dans le bec-de-lièvre, et de les réunir une seconde fois, avec plus de chances de succès.

Enfin, certaines plaies des lèvres sont suivies d'une cicatrisation tellement vicieuse, ou s'accompagnent d'une perte de substance si étendue qu'elles obligent le chirurgien à pratiquer plus tard une restauration.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES LÈVRES.

1° Inflammations.

Les inflammations dont les lèvres peuvent être le siège sont tantôt superficielles et limitées aux surfaces tégumentaires, tantôt profondes et occupant l'épaisseur même du repli labial.

Parmi les inflammations superficielles, nous avons à signaler l'érysipèle et l'herpès. Cette dernière est plutôt du domaine médical, et ne devra pas nous arrêter.

Il en est de même de l'érysipèle qui reste rarement limité aux lèvres et ne présente aucune particularité à noter. Quant aux inflammations profondes, elles comprennent : *a*, les phlegmons et les abcès; *b*, les furoncles et les anthrax.

A. Phlegmons et abcès.

Le phlegmon des lèvres se développe le plus ordinairement à la suite d'une lésion traumatique : contusion, plaie contuse, opération chirurgicale, etc.; il peut succéder à un érysipèle.

Quoi qu'il en soit, son apparition est marquée par un gonflement, avec tension douloureuse du repli labial, rougeur et chaleur des téguments; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent sensibles à la pression. Souvent le mal ne va pas plus loin : le phlegmon se termine par résolution; mais parfois on voit la suppuration survenir. Exceptionnellement les abcès des lèvres pourront occuper une grande étendue et devenir volumineux; presque toujours ils restent circonscrits et limités.

Le traitement ne présente aucune indication particulière : il consiste simplement à appliquer, au début, des topiques émollients, puis à ouvrir de bonne heure une issue au pus. Il est presque inutile d'ajouter que, si le phlegmon est survenu à la suite d'une opération chirurgicale, on ne devra pas hésiter à enlever aussitôt les fils, les épingles à sutures ou autres corps étrangers dont la présence ne servirait qu'à accroître ou tout au moins à entretenir l'inflammation.

B. Furoncles et anthrax.

Jusque dans ces dernières années les furoncles et les anthrax des lèvres n'avaient pas attiré d'une manière particulière l'attention des chirurgiens. La gravité exceptionnelle que peuvent acquérir ces affections, généralement de nature bénigne, a été signalée dans l'histoire générale du furoncle (voy. t. II, p. 27). Depuis cette époque, les faits se sont multipliés et ont démontré que non-seulement les furoncles des lèvres, mais d'une manière plus générale, les furoncles et les anthrax de la face sont susceptibles d'entraîner des accidents graves et même mortels. Laisant donc de côté les cas de furoncles et d'anthrax bénins, qui n'offrent aucun intérêt particulier, nous nous arrêterons un instant sur les formes graves qui ont été de la part de Reverdin (1) l'objet d'une étude consciencieuse.

SIÈGE. — Le furoncle et l'anthrax peuvent se développer sur tous les points de la lèvre, le plus souvent à la face externe ou sur le bord libre, quelquefois aussi à la face interne. Sur 29 cas, la tumeur siégeait 17 fois à la lèvre supérieure, 9 fois à la lèvre inférieure, 3 fois à la commissure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions que nous avons maintenant à décrire doivent être examinées au niveau même et dans le voisinage de l'anthrax ou du furoncle, et aussi dans les organes plus ou moins éloignés où elles ont pu se propager.

Voici quelles sont, d'après Reverdin, les lésions observées lorsqu'on incise profondément, dès le début, un anthrax ou un furoncle de la lèvre : on aperçoit fréquemment sur les deux surfaces de section de petits points jaunes, répandus en grand nombre et comme infiltrés dans le tissu cellulaire qui unit entre eux les faisceaux des fibres de l'orbiculaire; leur forme est généralement arrondie, leur volume est celui d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet; ils donnent à la lèvre épaissie et indurée un aspect aréolaire, et leur adhérence est telle qu'ils résistent aux pressions les plus énergiques : c'est seulement plus tard, lorsque la suppuration s'établit, qu'ils sont entraînés et éliminés comme de véritables bourbillons.

Chez les sujets qui ont succombé, on a trouvé à l'autopsie de petits foyers purulents, multiples, confluent, bien circonscrits, formés par des amas de leucocytes et souvent entourés d'une zone rouge foncé, indiquant un épanchement sanguin à leur périphérie; on a vu parfois ces collections purulentes se continuer de proche en proche, par trainées, entre les faisceaux musculaires, dans la joue, dans le muscle masséter, dans les muscles de la langue et de la région sus-hyoïdienne, dans la glande sous-maxillaire et même sous le périoste des mâchoires.

Mais indépendamment de ces lésions, il en est une autre plus impor-

(1) Recherches sur les causes de la gravité particulière des anthrax et des furoncles des lèvres (Arch. génér. de méd., 1870).

tante et qui imprime aux furoncles des lèvres leur gravité spéciale; nous voulons parler de la phlébite. Dans tous les cas où l'examen cadavérique a été fait avec soin, on a trouvé d'une façon constante que les veines de la face partant du siège de l'anthrax étaient oblitérées par des caillots dégénérés, ou remplies dans une plus ou moins grande étendue, soit d'un liquide tout à fait puriforme, soit d'une bouillie grisâtre ou rosée, soit enfin de caillots cruoriques marqués de stries jaunâtres. Les parois des veines, plus épaisses, entourées d'une zone rougeâtre, adhèrent aux tissus qui les environnent; leur surface interne, d'après Trüde, serait dépolie, et dépouillée par place de son épithélium.

La phlébite ne reste pas toujours limitée à la veine faciale: elle peut se propager tantôt par les veines transversales de la face aux veines jugulaires, tantôt, par la veine ophthalmique, aux sinus de la dure-mère dans lesquels on retrouve toutes les altérations indiquées plus haut. Cette phlébite, surtout lorsqu'elle est étendue, amène un arrêt ou tout au moins une gêne de la circulation veineuse, d'où résultent des désordres graves, tels que: gonflement parfois énorme de la face et du cou; infiltration rapide du tissu cellulaire de l'orbite; œdème avec chémosis séreux de la conjonctive (Dubrueil, Ledentu).

Du côté de la cavité crânienne, si parfois les résultats de l'autopsie ont été négatifs, le plus souvent on a pu constater, soit une congestion de la substance cérébrale elle-même ou de ses enveloppes, soit une infiltration des méninges ou des exsudations séreuses dans les cavités ventriculaires, lésions qui toutes reconnaissent pour cause la stase veineuse consécutive à l'oblitération des sinus crâniens. Dans d'autres circonstances, au lieu d'une simple congestion avec œdème, on a observé une inflammation véritable des méninges et du cerveau.

Enfin, on trouve souvent, à l'autopsie, des abcès métastatiques dans les différents viscères.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le furoncle et l'anthrax des lèvres se présentent au début avec les mêmes caractères que partout ailleurs: ce sont de petites tumeurs dures, de coloration rouge ou violacée, de forme conique, qui s'accroissent pendant quelques jours, puis se ramollissent et restent fort douloureuses jusqu'au moment où une ouverture spontanée ou une incision donne passage à leur contenu.

Cette affection se comporte souvent d'une manière très-simple: les bourbillons s'éliminent facilement; la tuméfaction des parties qui entourent la tumeur, loin de s'étendre, diminue avec rapidité; la phlébite, si elle existe, est limitée et n'a pas de tendance à se propager.

* Mais à côté de ces cas heureux, il en est d'autres dans lesquels les choses se passent tout différemment. La phlébite, primitivement bornée au voisinage de la tumeur, prend tout à coup une marche envahissante, le gonflement, d'abord modéré, devient considérable et s'étend du côté de la joue, du menton, à la région sus-hyoïdienne, sur le nez, aux paupières, au front; la lèvre prise entre les doigts donne une sensation de dureté,

de rigidité, et présente quelquefois des plaques de sphacèle. Les ganglions sous-maxillaires se tuméfient; les téguments de la face généralement pâles et terreux, rouges par places, sont douloureux à la pression; les veines forment des cordons durs qu'il est souvent difficile de sentir au milieu des tissus œdématisés, mais dont le trajet est indiqué par des lignes rouges ou bleuâtres. Le globe oculaire, lorsque les paupières ne sont pas gonflées au point de produire une occlusion complète, apparaît immobile et projeté en avant; il y a de l'exophtalmie; toutefois ce signe n'est pas constant; la conjonctive infiltrée et tuméfiée entoure la cornée d'un bourrelet séreux; la pupille, rarement normale, le plus ordinairement immobilisée et rétrécie, présente parfois des alternatives de dilatation et de resserrement. Nous signalerons encore la production d'hémorragies intra-oculaires, la formation de collections purulentes dans les cavités orbitaires ou sur le trajet des veines enflammées.

A cet état local correspondent des phénomènes généraux graves: sécheresse de la langue, soif vive, insomnie, fièvre. La propagation quelquefois si rapide de l'inflammation aux sinus de la dure-mère s'annonce tout d'abord par du délire, des troubles de l'intelligence, de la céphalalgie, auxquels succède bientôt un état comateux, et le malade succombe au bout de deux ou trois jours après le début des accidents cérébraux.

D'autres sont emportés par l'infection purulente: mais il est souvent difficile de distinguer si les symptômes graves qu'on observe appartiennent à la phlébite ou sont le fait de l'infection purulente; et, quand ces deux complications existent simultanément, on comprend qu'il soit presque impossible de faire la part de l'une et de l'autre.

DIAGNOSTIC. — Le furoncle et l'anthrax de la lèvre, lorsqu'on peut les observer dès le début, se reconnaissent aisément aux caractères que nous avons indiqués; mais plus tard, lorsque le gonflement est déjà considérable, la difficulté devient plus grande, et il est certaines affections avec lesquelles on peut les confondre, telles sont: la pustule maligne, la périostite diffuse des maxillaires, et l'érysipèle.

Pour la première de ces maladies, on évitera l'erreur en se rappelant qu'elle commence par une vésicule reposant sur une eschare grisâtre qui bientôt s'entoure d'un cercle vésiculeux qu'on ne rencontre jamais ni dans le furoncle ni dans l'anthrax. Dans les cas de périostite des maxillaires, on ne trouve pas de tumeur sur les lèvres, tandis qu'en explorant avec soin la cavité buccale et les arcades dentaires on finit souvent par découvrir le point de départ de l'inflammation du périoste. Nous ferons la même remarque pour l'érysipèle, et nous ajouterons qu'il sera toujours facile de distinguer les petites pustules d'un anthrax qui contiennent de véritables bourbillons, des vésicules remplies de sérosité qu'on voit apparaître quelquefois à la surface des plaques érysipélateuses.

PRONOSTIC. — L'étude que nous venons de faire des furoncles et des anthrax des lèvres nous a suffisamment éclairé sur leur gravité. On a vu que si la maladie est souvent légère et sans importance, elle peut aussi,

même après s'être annoncée de la façon la plus bénigne, prendre tout à coup un caractère fort sérieux et devenir rapidement mortelle : le pronostic devra donc toujours être réservé.

Quant à la cause de la gravité exceptionnelle que peuvent revêtir le furoncle et l'anthrax des lèvres, il résulte des recherches anatomo-pathologiques que cette cause réside dans la facilité avec laquelle la phlébite se développe et se propage dans cette région, et cette facilité de développement et de propagation trouve sa raison dans les conditions anatomiques de la lèvre, le peu d'abondance du tissu cellulaire sous-cutané et intra-musculaire, et surtout la richesse des vaisseaux.

TRAITEMENT. — Les furoncles et les anthrax des lèvres doivent être ouverts de bonne heure, par une incision simple ou cruciale, mais large et profonde, qui permette une élimination facile des bourbillons; c'est ainsi qu'on prévient le plus sûrement les complications, et si déjà la phlébite existe au voisinage de la tumeur, c'est encore le meilleur moyen qu'on puisse opposer à sa marche envahissante.

La cautérisation, que quelques chirurgiens préférèrent à l'incision, nous semble moins efficace et plus dangereuse, en ce sens qu'elle n'amène pas aussi rapidement l'expulsion des bourbillons, et qu'elle expose le malade à des difformités consécutives.

Après l'incision, on entretiendra d'une façon continue, sur les parties enflammées, des cataplasmes ou de la glace dont l'usage a été préconisé par Weber.

Si, malgré ce traitement, la marche de la phlébite n'a pu être enrayée, il sera bon de faire des mouchetures et au besoin une application de sangsues sur les parties tuméfiées pour diminuer la tension des téguments et calmer les douleurs. Enfin, lorsque des abcès se forment sur le trajet des veines, dans les cavités orbitaires, etc., il faut les ouvrir rapidement, dès que leur existence a été bien constatée.

Quant au traitement général, divers médicaments, entre autres le calomel, l'alcoolature d'aconit, etc., ont été tour à tour employés sans succès, et il n'y a guère que les toniques qui puissent être utiles.

2° Tumeurs.

Parmi les tumeurs des lèvres, les unes, comme les kystes, les adénomes, les enchondromes, sont extrêmement rares et n'offrent qu'une importance médiocre; les autres, comme les tumeurs érectiles et les tumeurs cancéreuses, ne présentent d'intérêt qu'en raison de leur siège spécial. Nous décrirons brièvement ces diverses tumeurs en insistant seulement sur les particularités propres à la région.

A. Tumeurs érectiles.

Les tumeurs érectiles se développent sur les lèvres plus souvent que sur toute autre partie de la face. Un grand nombre d'entre elles, la moi-

tié environ, sont congénitales et se présentent à la naissance sous forme de *navi*.

Le jeune âge et aussi le sexe féminin sont incontestablement deux causes prédisposantes de ce genre de tumeurs.

La lésion peut occuper l'une ou l'autre des deux lèvres. D'après les auteurs du *Compendium*, elle serait plus fréquente à la lèvre supérieure; Bouisson (de Montpellier) (1) sur dix cas l'a observée six fois sur la lèvre inférieure, deux fois sur la lèvre supérieure, une fois sur la commissure gauche, et une fois sur tout le pourtour de l'orifice buccal.

Quant aux limites de ces tumeurs, elles sont excessivement variables. Il en est qui, très-étendues en tous sens, envahissent la surface entière de la lèvre; d'autres, étroites, mesurent toute la hauteur de l'organe; d'autres enfin, plus ou moins larges, ne présentent qu'un très-petit diamètre vertical. Leur volume n'offre pas des différences moins notables: tantôt ce sont de simples taches vasculaires, à peine saillantes à la surface de la lèvre; tantôt, au contraire, ce sont de véritables tumeurs formant relief, particulièrement du côté de la muqueuse et vers le bord libre, où leur développement et leur extension rencontrent moins d'obstacles.

Toutes les variétés de tumeurs érectiles peuvent se rencontrer sur les lèvres; nous dirons seulement que, si l'angiome artériel semble être le plus fréquent chez les enfants (Broca), l'angiome veineux est à peu près le seul qui soit observé chez l'adulte et chez le vieillard.

Les symptômes n'offrent ici rien de particulier, ou qui n'ait été déjà signalé à propos des tumeurs érectiles en général; nous n'y reviendrons pas.

La marche de cette affection varie avec l'âge du malade: ordinairement très-rapide chez l'enfant où elle acquiert parfois en quelques mois de grandes dimensions, elle est au contraire généralement lente chez l'adulte et le vieillard. On a cité des cas dans lesquels la tumeur était restée stationnaire, au bout d'un certain temps; et même les auteurs du *Compendium* ont rapporté quelques exemples d'angiomes des lèvres dont le volume avait progressivement diminué pendant que la production morbide perdait ses caractères primitifs et subissait une transformation fibreuse. Nous nous empressons d'ajouter que des faits de ce genre sont loin d'être fréquents et nous ne les signalons ici que comme d'heureuses mais rares exceptions. Tout au contraire, ces tumeurs ont une grande tendance à envahir les tissus de proche en proche.

Il nous reste à mentionner diverses modifications assez souvent observées dans le cours du développement de ces tumeurs. Quelques-unes s'enflamment et s'infiltrent de matières plastiques; d'autres se fendillent, s'ulcèrent, et donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes et répétées; d'autres se recouvrent à leur surface de végétations, de fongosités, et revêtent l'apparence extérieure d'un cancroïde ulcéré; enfin,

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, article LÈVRES.

il en est au sein desquelles se produisent des kystes séreux multiples, ainsi que l'a signalé Holmes Coote.

Les moyens de traitement mis en usage varient d'ailleurs suivant le siège, la forme et l'étendue de la tumeur; ainsi, les simples taches vasculaires des lèvres, de même que les angiomes superficiels, étalés, seront avantageusement combattus par l'inoculation vaccinale, par l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer, ou encore par une cautérisation légère avec la pâte de Vienne, l'acide nitrique, etc. La compression pratiquée sur les deux faces de la lèvre, les sétons multiples, les aiguilles métalliques pourront aussi dans ces cas être employés avec chance de succès.

Cependant ces divers procédés présentent tous les mêmes inconvénients de n'agir trop souvent que d'une façon temporaire, insuffisante et incomplète, et par conséquent d'exposer le malade aux dangers d'une récidive. Aussi, pour peu que la tumeur ne soit pas trop volumineuse, pensons-nous qu'il serait préférable de l'enlever en totalité avec le bistouri, en pratiquant en dehors de ses limites des incisions en V, et de réunir les bords de la plaie par une suture entortillée. Ce mode de traitement radical nous paraît convenir ici d'autant mieux que la région labiale se prête fort bien à ce genre d'opérations et que les pertes de substance qu'on lui fait subir peuvent être aisément réparées.

Mais il est des cas où la tumeur érectile a pris des dimensions et une extension telles qu'il faut renoncer à l'attaquer par l'instrument tranchant; alors on a eu recours aux cautérisations profondes soit à l'aide du fer rouge, soit à l'aide de caustiques énergiques, comme la potasse, la pâte de Vienne, etc. Malheureusement l'action de ces agents est souvent infidèle et irrégulière; leur application est parfois suivie de pertes de substance inégales, de cicatrices vicieuses; pour toutes ces raisons, nous donnons en pareil cas la préférence à la *ligature*: *ligature simple*, s'il existe un pédicule ou une base étroite; *ligature multiple*, par le procédé de Rigal, si la tumeur est sessile et repose sur une large base.

B. Kystes.

Les kystes des lèvres se développent tantôt du côté de la peau, tantôt du côté de la muqueuse.

Les premiers, très-rarement observés, ne sont que des follicules agrandis et dilatés par une accumulation de matière sébacée, à la suite de l'oblitération de leur conduit excréteur.

Le traitement consiste dans l'incision avec cautérisation des parois ou l'extirpation complète du kyste.

Les kystes sous-muqueux, beaucoup plus fréquents, apparaissent au-dessous de la muqueuse, sur la face postérieure des lèvres, et surtout de la lèvre inférieure; ils se développent aux dépens de glandules labiales dont l'orifice excréteur est rétréci ou oblitéré. Isolés ou multiples, ces kystes se présentent sous forme de petites tumeurs dures, lisses, uniformes, rem-

plies d'un liquide visqueux et filant; elles offrent souvent une coloration bleuâtre, mais sont rarement transparentes. Il est rare qu'elles atteignent un volume considérable; quelques-unes même restent de bonne heure stationnaires, mais quelles que soient les dimensions qu'elles atteignent, ces tumeurs restent toujours indolentes, sans adhérences avec la muqueuse, plus solidement fixées aux parties profondes, et ne produisent autre chose qu'une difformité plus ou moins disgracieuse, et une gêne des mouvements des lèvres pour la mastication et la parole.

L'incision simple du kyste, avec évacuation du liquide qui le distend, est une opération insuffisante et qui expose à une récidive à peu près certaine.

L'extirpation complète ou partielle de la tumeur est le seul traitement qui convienne. S'agit-il d'un kyste peu volumineux, faiblement adhérent, à parois épaisses et résistantes? Nous conseillerons l'ablation totale, pratiquée de la façon suivante: incision demi-circulaire, à convexité tournée du côté opposé au bord libre de la lèvre, et ne comprenant que la muqueuse labiale, qui est disséquée de bas en haut et détachée des parois du kyste. Celui-ci est alors saisi avec une érigne et disséqué à son tour sur toute son étendue; cela fait, il ne reste plus qu'à ramener en bas le lambeau muqueux et à le fixer par quelques points de suture à l'endroit primitivement occupé par la muqueuse. Si, au contraire, le kyste est très-volumineux ou est très-adhérent, on pourra se contenter d'une excision partielle, avec ou sans dissection préalable de la muqueuse, en emportant d'un seul coup toute la partie de la tumeur qui fait saillie à la face postérieure de la lèvre; les parois de la poche sont ensuite cautérisées.

C. Adénomes et enchondromes.

Les glandes de la muqueuse labiale peuvent, en s'hypertrophiant, devenir le point de départ de tumeurs connues aujourd'hui sous le nom d'adénomes et que l'examen microscopique nous apprend être constituées essentiellement par du tissu glandulaire.

On rencontre quelquefois, dans l'épaisseur des lèvres, de petites tumeurs dures, élastiques, indolentes, à développement peu rapide, et qui presque toujours ont été prises pour des fibromes. Dans un de ces faits que j'ai observés, l'examen micrographique de la tumeur permit de constater qu'il s'agissait d'un enchondrome développé aux dépens des glandules labiales.

D. Tumeurs épithéliales et cancéreuses.

Le cancer est, de toutes les lésions organiques des lèvres, celle qu'on observe le plus fréquemment. Sous ce titre de cancer, nous devons comprendre et les tumeurs cancéreuses proprement dites et les tumeurs épithéliales ou cancroïdes. Mais, de ces deux variétés nous ne ferons que mentionner la première qui est beaucoup plus rare et dont l'existence même

peut être mise en doute; la seconde, au contraire, est la forme habituelle, commune du cancer des lèvres.

ÉTILOGIE. — La lèvre inférieure est le siège de prédilection du cancroïde; sur 70 cas, où le siège de la lésion était indiqué, Heurtaux (1) a trouvé 63 cancroïdes de la lèvre inférieure contre 6 de la lèvre supérieure; une fois seulement l'affection occupait la commissure.

Le cancroïde labial ne s'observe guère avant trente ans, et c'est de quarante à soixante ans qu'il présente son maximum de fréquence.

Le sexe masculin compte beaucoup plus de malades atteints d'épithéliomes des lèvres que le sexe féminin; et, Heurtaux, d'après un grand nombre de faits, arrive à cette conclusion que le cancroïde de la lèvre inférieure est au moins dix fois plus commun chez l'homme que chez la femme; chez elle, au contraire, le cancroïde de la lèvre supérieure semble être plus fréquent; mais les faits connus ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse leur accorder une importance réelle.

L'épithéliome des lèvres est beaucoup plus fréquent dans les classes pauvres que dans les classes aisées; et, il est incontestable que les habitants des campagnes, où l'hygiène et les soins de propreté laissent le plus à désirer, sont aussi ceux que la maladie atteint le plus souvent.

Les irritations souvent répétées en un même point de la lèvre sont aussi une cause prédisposante du cancer épithélial. Le fait suivant, rapporté par Lassus, et souvent cité par les auteurs (2), en est une preuve: « Un homme dont la profession consistait à engraisser de la volaille, en soufflant tous les jours du grain dans le bec de ces animaux, fut attaqué d'un ulcère rebelle de la lèvre inférieure qui, dans cet exercice, était continuellement mordue au même endroit. » De même encore, à propos des irritations locales, quelques chirurgiens, en particulier le professeur Roux, et plus tard Bouisson (de Montpellier), ont attribué à l'usage du tabac une influence qui nous paraît au moins exagérée. Ces auteurs pensent que l'habitude de fumer suffit pour expliquer la fréquence plus grande du cancroïde chez l'homme, et son siège de prédilection à la lèvre inférieure plus exposée à la cause irritante que la lèvre supérieure; ils ajoutent que cette affection se développe surtout chez ceux qui font habituellement usage de pipes à tuyau très-court, et qu'elle prend naissance précisément dans le point où le malade a coutume de placer le tuyau de la pipe. Cette question a été déjà discutée ailleurs et résolue négativement (voy. t. I, p. 261).

De quelques faits cités par Heurtaux et Lortet (3), il semblerait résulter que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe; mais, comme ces auteurs le font eux-mêmes remarquer, les cas où les antécédents des malades ont été recherchés avec soin sont

(1) *Du cancroïde* (Thèse de Paris, 1860, p. 409).

(2) Heurtaux, *loc. cit.*, p. 418.

(3) Thèse de Paris, 1864.

en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer une conclusion de quelque valeur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le cancroïde de la lèvre, quelle que soit sa forme primitive, se développe très-rarement sur la ligne médiane, mais presque toujours sur un des côtés de la lèvre. Quant au mode de début, parmi les variétés dont il est susceptible, nous citerons les suivantes comme les plus fréquentes et les plus importantes à connaître.

1° Il n'existe rien autre chose qu'un développement exagéré, une hypertrophie des papilles qui tantôt reste limitée à un point très-circonscrit de la lèvre, tantôt s'étend plus ou moins loin sur la surface muqueuse ou cutanée de cet organe. Sous cette forme, une des plus bénignes, la maladie peut demeurer longtemps stationnaire (Bouisson).

2° Une autre forme, également bénigne, consiste dans la production de dépôts squameux, durs, résistants, semblables à de la corne (papilomes cornés), et constitués par un amas de cellules épithéliales condensées et desséchées; ces dépôts peuvent s'accroître et grandir par juxtaposition de cellules nouvelles. Ils sont fortement adhérents par leur base et se continuent avec la couche épidermique. Tantôt on les voit s'entourer d'une ulcération; tantôt, au contraire, ils prennent naissance autour de la surface ulcérée qu'ils limitent; enfin, il n'est pas très-rare de voir ces tumeurs cornées exister simultanément, soit avec la tumeur précédente, soit avec une de celles qu'il nous reste à décrire.

3° Dans une troisième forme, de beaucoup la plus commune, la maladie débute par une tumeur verruqueuse, ou par une fissure du repli labial; dans ce dernier cas, la fissure, loin de se cicatriser, s'étend de plus en plus dans l'épaisseur de la lèvre, en même temps qu'elle s'entoure de bords durs, saillants et hypertrophiés; dès lors le cancroïde est constitué et suit sa marche envahissante.

On voit naître, ordinairement sur le bord libre de la lèvre, au point d'union de la peau et de la muqueuse, une tumeur formée par l'hypertrophie de quinze à vingt petites papilles; dure au début, très-adhérente par sa base, recouverte sur toute sa périphérie d'une couche épidermique épaisse, de couleur grisâtre, la tumeur présente de nombreux sillons, des bosselures, des éminences qui, sur une coupe, répondent aux sommets des papilles hypertrophiées. Cette tumeur n'est pas douloureuse, mais elle est le siège de démangeaisons vives; le malade ne peut se défendre d'y porter les doigts, l'irrite et la tourmente sans cesse, détache les croûtes d'épiderme qui se reproduisent rapidement, jusqu'au jour où, sous l'influence de ces attouchements répétés, la tumeur fait place à une petite plaie qui ne montre plus aucune tendance à la cicatrisation. A partir de ce moment, la maladie entre dans une période nouvelle, la *période d'ulcération*.

L'ulcération de l'épithéliome, parfois régulière et arrondie, est plus souvent sinueuse et comme déchiquetée; ses bords sont taillés à pic, inégaux et bosselés; le fond, excavé ou couvert de bourgeons charnus,