

repose sur une base indurée d'une étendue beaucoup plus considérable que la sienne; la périphérie de l'ulcère est entourée d'une zone vasculaire qui marque la limite entre les parties saines et les parties malades; sa surface, grise ou rouge brun, saignant au moindre contact, est baignée par un liquide ichoreux, fétide, qui se dessèche à l'air, et qui, mélangé à des éléments épidermiques, à des matières grasses et sébacées, à du sérum ou à du sang, forme des croûtes épaisses, noirâtres, plus ou moins adhérentes. Il n'est pas rare alors qu'à l'indolence du début succèdent des douleurs lancinantes, revenant par accès irréguliers; bon nombre de malades accusent des sensations de picotement, de brûlure, au niveau des points envahis par le néoplasme.

Quel que soit son siège primitif, cutané ou muqueux, l'épithéliome labial, d'abord superficiel, gagne peu à peu les couches profondes, en même temps qu'il prend en largeur une étendue plus ou moins grande; tantôt bornant son action à la destruction successive des tissus (*forme rongeante*), tantôt s'accompagnant d'un développement énorme de bourgeons de mauvaise nature (*forme végétante*). Heurtaux insiste avec raison sur ce point que le tissu cellulaire paraît, entre tous, favorable à l'extension du cancroïde, et il montre qu'à la lèvre inférieure, en particulier, c'est par cette voie qu'il semble ordinairement se propager. En effet, dès qu'elle a franchi l'épaisseur du derme, nous voyons l'altération s'étendre rapidement à tout le bord libre jusqu'à la commissure, en suivant la direction des fibres musculaires de l'orbiculaire unies

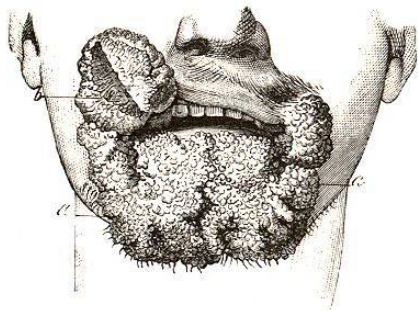


FIG. 125. — aa. Épithéliome papillaire des lèvres; b. Coupe pour montrer la texture du tissu morbide.

entre elles par un tissu cellulaire lâche, éminemment favorable à cette invasion. Arrêtée un instant dans sa marche, au niveau de la commissure, par l'entrecroisement des fibres de l'orbiculaire, l'invasion reprend avec une nouvelle intensité quand elle a franchi cet obstacle pour s'étendre à la fois à la lèvre supérieure et à la joue dans la direction des fibres du muscle buccinateur; de même encore, sur les côtés du menton, le tissu cellulaire qui entoure le faisceau des vaisseaux et nerfs mentonniers est la voie fréquemment suivie par le cancroïde pour arriver jusqu'au canal dentaire et pénétrer dans l'épaisseur même du maxillaire inférieur.

A une période avancée de la maladie, la lèvre entière ne forme plus qu'une masse empâtée, diffuse; les muqueuses labiale et gingivale, ulcérées et saignantes, contractent entre elles des adhérences, d'où résulte pour certains actes physiologiques, la parole, la mastication, une gêne plus ou moins grande selon l'étendue et la solidité de ces adhérences;

en outre, quand l'épithéliome occupe la lèvre inférieure, le malade incapable de retenir sa salive dans la cavité buccale est sans cesse inondé par ce liquide, dont la sécrétion est encore activée par l'existence même de la lésion, et par l'irritation qu'elle provoque et entretient. Les téguments de la lèvre et du menton sont rouges, ulcérés par places, et présentent souvent des orifices fistuleux d'où s'échappent au dehors des masses de végétations molles et saignantes. A cette époque, les os maxillaires eux-mêmes ne sont plus épargnés; le stylet arrive, à travers des tissus dégénérés, sur des surfaces osseuses dénudées, rugueuses et friables, qui se laissent rompre et détacher en parcelles ténues, et dès lors le plancher de la bouche, la langue, le voile du palais ne tardent pas à être envahis.

Indépendamment des désordres locaux que nous venons de décrire, le cancroïde labial exerce une action générale et son retentissement sur l'économie se manifeste sous deux formes: l'*infection ganglionnaire* et la *cachexie*.

L'infection ganglionnaire n'est pas rare, quoi qu'en aient dit certains auteurs, mais elle n'est pas constante. Sur 12 cancroïdes de la lèvre inférieure, Heurtaux l'a trouvée 6 fois; et, sur 181 cas opérés à l'Hôtel-Dieu de Lyon par Desgranges, cette terminaison s'est présentée 97 fois (Lortet).

Elle se rencontre à une époque très-variable, et d'autant plus promptement que la maladie a elle-même une marche plus rapide; les ganglions situés derrière l'angle de la mâchoire et auxquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade, sont atteints les premiers; plus tard d'autres successivement envahis forment des chapelets sur les parties latérales du cou, jusque dans le creux sus-claviculaire; et, comme cet envahissement est progressif, c'est ordinairement le ganglion le plus voisin de l'ulcère qui est le plus volumineux (1). Au début, les glandes engorgées forment de petites tumeurs arrondies, mobiles, de consistance ferme, nullement saillantes à la surface des téguments qui gardent leur coloration naturelle, en sorte qu'elles passeraient aisément inaperçues sans une exploration minutieuse de la région; puis peu à peu ces tumeurs, au moins quelques-unes d'entre elles, augmentent de volume, soulèvent les téguments qui contractent avec elles des adhérences, rougissent et s'enflamment; d'abord indolentes, elles sont alors le siège de douleurs vives, se confondent et s'unissent entre elles, perdent leur mobilité, se ramollissent et deviennent manifestement fluctuantes; la tumeur enfin se vide; il se forme un trajet fistuleux, et bientôt à la place du ganglion il ne reste plus qu'une excavation ulcéreuse qui présente elle-même tous les caractères du cancroïde, et devient à son tour le point de départ d'engorgements ganglionnaires nouveaux.

La *cachexie* survient postérieurement à l'inflammation ganglionnaire, ordinairement à une période très-avancée.

(1) Heurtaux, *loc. cit.*, p. 94.

Quelquefois, mais dans des cas excessivement rares, la mort a pu être causée ou au moins hâtée par la généralisation du néoplasme, par le développement de tumeurs épithéliales secondaires dans différents viscères (Heurtaux).

DIAGNOSTIC. — Dans la première période du cancroïde, lorsque la maladie n'est encore qu'à l'état d'hypertrophie papillaire, de papillome corné, de tumeur verruqueuse, il sera souvent difficile d'affirmer le diagnostic d'une façon certaine; et un chirurgien prudent fera bien d'attendre, de suivre et de surveiller attentivement l'évolution et les progrès du mal. Plus tard, lorsque déjà la lèvre est ulcérée, le diagnostic devient plus facile, bien qu'il existe encore, à cette période, plusieurs causes d'erreur. Les affections qui peuvent être alors le plus aisément confondues avec le cancroïde sont: le cancer proprement dit ou cancer vrai, les ulcères scrofuleux et syphilitiques, les kystes sébacés enflammés et ulcérés.

Le cancer vrai se distingue tout d'abord du cancroïde en ce qu'il siège indifféremment sur un point quelconque du pourtour de l'orifice buccal; sa marche est aussi plus rapide.

Les ulcères scrofuleux se montrent ordinairement chez les enfants et les jeunes sujets; ils occupent de préférence la lèvre supérieure; ils sont superficiels, atoniques, sans noyau d'induration sous-jacent.

Le lupus se présente sous forme d'ulcérations serpiginieuses, recouvertes de plaques crustacées; presque toujours il existe dans le voisinage des traces de cicatrisation ancienne, et des noyaux multiples, indurés et ulcérés.

Le chancre induré qui, de tous les ulcères syphilitiques, offre le plus d'analogie avec la maladie qui nous occupe, n'a pas comme le cancroïde une localisation spéciale sur la lèvre inférieure; en outre, il s'accompagne d'une induration constante, à marche très-rapide et donnant au toucher une sensation toute particulière qui n'est pas celle de l'induration de l'épithéliome; enfin cette induration a toujours été précédée d'une ulcération, tandis que c'est le contraire qui a lieu pour le cancroïde.

Les ulcérations tertiaires, succédant à des gommages ramollies et suppurées, donnent rarement lieu à des erreurs; car ici nous avons à la fois pour éclairer le diagnostic et les antécédents du malade et les manifestations syphilitiques concomitantes en d'autres régions, et l'efficacité rapide du traitement par l'iode de potassium.

Quant aux tumeurs sébacées, il nous semble difficile qu'elles puissent être souvent confondues avec un cancer épithélial; et, si nous en parlons ici c'est uniquement pour rappeler ce fait exceptionnel où, d'après Blandin, une de ces tumeurs, devenue le siège d'une ulcération, offrirait avec le cancroïde la plus grande analogie (1).

PRONOSTIC. — Le pronostic de cette affection, plus favorable que celui

(1) *Compend. de chir. prat.*, t. III, p. 535.

du cancer, ne doit pas moins être considéré comme très-grave. Si exceptionnellement la maladie semble tendre vers la *guérison spontanée* par une sorte de gangrène suivie d'élimination du produit morbide, cette guérison n'est jamais complète, et toujours l'intervention chirurgicale devient nécessaire pour arrêter les progrès du mal. L'opération elle-même ne peut mettre le malade à l'abri d'une récidive que si elle est pratiquée de bonne heure et assez largement pour dépasser entièrement les limites de la lésion; sinon il y a tout lieu de craindre que dans un avenir plus ou moins lointain la maladie renaisse sur place ou dans les glandes lymphatiques voisines.

TRAITEMENT. — Le traitement véritable, on pourrait presque dire unique, du cancroïde labial est le traitement chirurgical, qui varie d'ailleurs selon le siège et l'étendue de la lésion. Deux moyens sont entre les mains du chirurgien pour détruire le produit morbide: les caustiques et l'instrument tranchant.

Pratiquée surtout aujourd'hui avec la pâte de Vienne et la pâte de Canquoin, la *cautérisation* ne convient que tout à fait au début de la maladie, et lorsqu'il n'existe encore qu'une ulcération peu étendue et superficielle. Si l'on se décide à faire usage des caustiques, on aura soin de s'adresser immédiatement à un agent énergique, comme le chlorure de zinc; car les cautérisations faibles avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, etc., insuffisantes pour détruire le mal, n'auraient d'autre résultat que d'activer ses progrès, et d'imprimer une marche rapide à une affection jusqu'alors lente et à peu près stationnaire.

L'*extirpation* de la tumeur, pour peu que celle-ci soit volumineuse et étendue, est préférable à la cautérisation. Elle pourrait se faire avec la galvanocaustique, mais on la pratique le plus souvent avec le bistouri et les ciseaux. Parmi les nombreux procédés imaginés pour enlever le cancroïde labial, nous décrirons les trois suivants, qui sont le plus souvent employés: l'*excision simple*, l'*excision cunéiforme*, l'*excision en V*.

a. *Excision simple*. — Elle consiste à saisir solidement la tumeur avec des pinces de Museux ou seulement avec les doigts, et à l'aide des ciseaux ou du bistouri à la détacher des parties saines environnantes, en suivant une ligne courbe, semi-lunaire, dont la concavité est tournée en haut. Ce procédé, excellent lorsqu'il s'agit d'une tumeur ou d'une ulcération occupant le bord libre de la lèvre, cesse d'être applicable lorsque la lésion a envahi cet organe sur une certaine étendue de sa hauteur; car alors on s'exposerait à produire une perte de substance trop considérable, d'où résulterait pour le malade une difformité choquante, une gêne notable de la parole et de la mastication, et enfin l'impossibilité de retenir la salive dans la cavité buccale.

b. *Excision cunéiforme*. — Deux incisions horizontales sont conduites parallèlement au bord libre de la lèvre, l'une pour disséquer la muqueuse, l'autre pour disséquer la peau; puis on taille dans l'épaisseur des tissus une sorte de coin dont la base est en haut et le sommet en bas, et qui

comprend toute la partie malade; la peau et la muqueuse sont ensuite réunies par quelques points de suture.

L'emploi de ce procédé est très-restreint, puisqu'il ne peut être tenté que si l'épithéliome n'a pas dépassé l'épaisseur du bord libre de la lèvre et a laissé intactes les faces cutanées et muqueuses; mais, dans ce cas particulier, il peut être utilisé, et Bouisson (de Montpellier) dit l'avoir pratiqué plusieurs fois avec plein succès.

c. *Excision en V.* — C'est l'opération qui se fait le plus ordinairement; la lèvre est saisie d'un côté, entre le pouce et l'index, par un aide, de l'autre côté avec les mêmes doigts par le chirurgien; celui-ci cerne alors la tumeur par deux incisions qui, partant du bord libre de la lèvre, vont se réunir en V très-aigu, plus ou moins près du menton, suivant l'étendue de la lésion; on détache le triangle de tissus compris entre les deux incisions, et il ne reste plus qu'à rapprocher exactement les deux surfaces de section par quelques points de suture, ou mieux encore par une suture entortillée. Si, pour opérer ce rapprochement, les tissus semblent trop fortement tirillés, on dissèque et l'on mobilise avec le bistouri les deux lambeaux latéraux.

Ce procédé est rapide, facile, et applicable dans tous les cas où l'épithéliome, développé près de la ligne médiane et étendu plutôt verticalement qu'horizontalement, est assez éloigné de la commissure labiale pour qu'après son ablation complète la réunion et l'affrontement des parties saines soient encore possibles.

Mais dans les cas où la lésion a envahi non-seulement les lèvres dans toute leur étendue et les commissures labiales, mais encore les tissus du menton, de la joue, et le maxillaire lui-même, il est évident que les procédés que nous venons de décrire seront tout à fait insuffisants, et que des opérations plus laborieuses, restaurations de l'orifice buccal, résection partielle du maxillaire, etc., deviendront nécessaires.

3° Ulcérations.

Les lèvres sont fréquemment le siège d'ulcérations que l'on peut distinguer, d'après leur nature, en *ulcérations simples*, *scrofuleuses*, *syphilitiques* et *cancéreuses*. Ces dernières ont été étudiées précédemment et nous n'avons pas à y revenir.

a. *Les ulcérations simples* se rencontrent le plus souvent chez des sujets jeunes et lymphatiques et succèdent aux diverses maladies éruptives si fréquentes au pourtour des lèvres (herpès, impetigo, etc.).

Elles sont superficielles, sans induration notable à leur base, et quoique souvent très-tenaces, elles ne présentent, en général, aucune tendance à s'accroître en largeur et surtout en profondeur.

Nous devons signaler plus particulièrement une forme d'ulcération simple de la lèvre, surtout fréquente à la lèvre inférieure, sur la ligne médiane ou aux commissures, et qui survient spontanément, pendant

la saison froide. Cette ulcération se montre sous forme d'une fissure, généralement assez superficielle, parfois cependant susceptible de s'étendre très-profondément, saignant facilement et donnant lieu à de vives douleurs. Cette fissure est souvent très-rebelle, et lorsqu'elle persiste longtemps et s'étend profondément, elle peut donner lieu à une cicatrice visible.

Le traitement des ulcérations simples consiste dans l'emploi de pansements émollients au début, puis légèrement excitants lorsque l'inflammation primitive est calmée. Les cautérisations légères, dans les cas rebelles, ne tardent pas à amener la cicatrisation.

b. *Les ulcères scrofuleux* des lèvres se présentent avec les caractères du lupus. La lèvre est augmentée de volume, le plus souvent renversée en dehors, la peau est rouge et indurée. Plus tard se développe une ulcération qui gagne en surface et en profondeur, et ne tarde pas à produire une hideuse difformité. Il est ordinaire de voir les parties primitivement atteintes se cicatrifier à mesure que l'ulcération s'éloigne de son point de départ.

Cette affection, extrêmement tenace, finit généralement par guérir sous l'influence de l'âge et d'un traitement général, mais elle laisse à sa suite des difformités de la lèvre, résultant de l'inégale rétraction des cicatrices et du gonflement persistant de certaines parties de la lèvre qui ont échappé à la destruction. L'atrésie irrégulière de la bouche est la conséquence habituelle de cette maladie.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des médicaments dits anti-scrofuleux; huile de foie de morue, préparations iodées, ferrugineuses, etc. Quant au traitement local, il consiste dans les cautérisations profondes avec le chlorure de zinc ou la pâte de Vienne. Plus tard, le chirurgien peut être appelé à intervenir pour réparer les pertes de substance et rendre aux lèvres leur régularité.

c. *Les ulcérations syphilitiques* des lèvres sont très-fréquentes. Elles appartiennent à la période primitive, secondaire ou tertiaire.

La description du chancre des lèvres appartient à l'étude de la syphilis en général (voy. t. I) et nous n'y reviendrons pas. Nous nous bornerons à rappeler que, dans certains cas, on a pu confondre un chancre labial avec un cancroïde. L'erreur est cependant assez facile à éviter si l'on tient compte de la régularité de l'ulcération, de l'induration caractéristique qui la supporte, de la polyadénite cervicale, enfin de l'apparition rapide des manifestations secondaires de la syphilis.

Nous n'avons rien à dire des ulcérations secondaires, plaques muqueuses ulcérées, qui se montrent aux lèvres avec leurs caractères ordinaires.

Quant aux ulcérations tertiaires, succédant aux nodus syphilitiques ou aux gommés ramollies, elles sont peu communes, et leur diagnostic pourrait offrir quelques difficultés, si elles n'étaient pas accompagnées généralement d'autres manifestations analogues, principalement du côté de la langue, du palais, etc. Ces ulcérations tertiaires se présentent fréquem-

ment sous forme de fissures à bords indurés, à fond grisâtre, non saignantes, ne fournissant qu'une très-petite quantité de pus. D'ailleurs, dans les cas où il pourrait subsister quelques doutes relativement à la nature de ces ulcérations, il suffirait de soumettre le malade à un traitement spécifique pour juger la question.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES LÈVRES.

1° Hypertrophie.

L'hypertrophie de la lèvre supérieure est très-fréquente chez les sujets lymphatiques, dans la scrofule, dont elle constitue en quelque sorte un des traits saillants en donnant à la physionomie un caractère tout particulier et bien connu.

Le coryza chronique, l'herpès labial, l'eczéma, l'impétigo, etc., en un mot toutes les affections inflammatoires répétées ou prolongées du pourtour de l'orifice buccal sont autant de causes capables de provoquer ou d'accroître le gonflement de la lèvre.

Paillard (1) a montré par des dissections que cette hypertrophie était le résultat de l'épaississement et de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et surtout du tissu cellulaire sous-muqueux plus lâche et plus abondant.

La tuméfaction, presque toujours indolente, n'a le plus souvent d'autre inconvénient que de produire une difformité choquante; la lèvre supérieure dépasse l'inférieure; son bord libre regarde directement en avant, sa face interne en bas, et cette dernière porte souvent la trace des saillies alvéolo-dentaires sur lesquelles elle repose. Exceptionnellement la tuméfaction pourra arriver à suppuration; mais une terminaison beaucoup moins rare que la formation d'abcès, c'est l'induration persistante et rebelle du repli labial.

Le traitement consiste en applications, sur la lèvre, de liquides astringents et résolutifs; mais on insistera surtout sur l'emploi des amers, des toniques, de l'huile de foie de morue, etc. Enfin, dans les cas où ce mode de traitement a échoué, Paillard a conseillé et pratiqué l'opération suivante: il mène parallèlement au bord libre, d'un côté à l'autre de la lèvre supérieure, une incision transversale, et prolonge de bas en haut la dissection jusqu'au niveau du frein; puis il retranche dans l'épaisseur de la lèvre indurée un lambeau plus ou moins épais en ménageant autant que possible la muqueuse qu'il ramène vers le bord libre où il la fixe par quelques points de suture.

(1) Paillard, *Journal des progrès*, 1^{re} série, t. III, p. 213.

2° Renversement.

Cette difformité se rencontre surtout à la lèvre supérieure; le plus souvent congénitale, elle est parfois accidentelle et acquise, par exemple chez les musiciens, les joueurs de cor. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la lèvre est renversée sur toute son étendue, et se présente sous la forme d'un bourrelet rouge, saillant et disgracieux; tantôt le renversement ne porte que sur une partie limitée de l'organe. Quoi qu'il en soit, ce vice de conformation n'est jamais chose grave; mais sans compter la difformité qu'il produit, il a l'inconvénient d'exposer la muqueuse renversée au contact de l'air; et de là résultent chez certains sujets, surtout en hiver, des fissures, des gerçures répétées et fort douloureuses, à la face interne de la lèvre: c'est alors seulement qu'il y a réellement pour le chirurgien indication d'intervenir. L'opération d'ailleurs est des plus simples et se pratique de deux façons: la première consiste à saisir le bourrelet muqueux sur toute sa longueur entre les mors d'une pince et à l'enlever avec des ciseaux: les deux bords de la plaie se rapprochent, et la lèvre, entraînée en sens inverse du renversement, tend à revenir dans une position meilleure.

La seconde, imaginée par Velpeau, est un peu plus compliquée: on commence par passer des fils à la base du repli muqueux; puis, l'excision faite, on noue les fils isolément de façon à rapprocher les deux bords de la plaie: au bout de deux ou trois jours la cicatrisation est complète, elle est aussi plus régulière.

3° Atrésie.

L'atrésie de l'orifice buccal est *congénitale* ou *accidentelle*.

1° *Atrésie congénitale*. — L'atrésie congénitale comprend elle-même deux variétés: l'atrésie *complète* ou *imperforation*, et l'atrésie *incomplète* ou *phimosis labial*. L'atrésie congénitale est excessivement rare et tout à fait exceptionnelle; tantôt elle est due à un arrêt de développement de la cavité buccale; il y a, à proprement parler, absence complète de la bouche plutôt qu'imperforation, et cette anomalie s'accompagne ordinairement d'autres vices de conformation également incompatibles avec la vie; tantôt la bouche et les lèvres étant bien formées, l'atrésie résulte de la présence d'une membrane obturatrice accidentelle (Littre); ou d'adhérences anormales établies entre les deux lèvres pendant la vie fœtale (Percy). Contrairement aux précédents, ces cas ne sont pas toujours au-dessus des ressources du chirurgien, et la guérison a pu être obtenue par divers moyens que nous aurons bientôt à indiquer.

2° *Atrésie accidentelle*. — Avec les auteurs du *Compendium* nous distinguerons:

a. *L'atrésie sans perte de substance et sans adhérences aux mâchoires*;