

respecté la peau des autres parties de la face. Cependant il peut arriver, même dans ces conditions, que le nez nouvellement formé soit envahi par le lupus, et c'est alors surtout la cicatrice qui est le point de départ de la récurrence. C'est ainsi que j'ai vu moi-même une récurrence se produire chez plusieurs de mes opérés.

§ 16. — Les **manifestations syphilitiques de la face** présentent une grande variété de formes. Leur grande analogie avec d'autres processus tendant à l'ulcération, comme le lupus et le cancroïde, crée parfois des difficultés de diagnostic assez considérables.

Toutes les formes de la syphilis peuvent se rencontrer à la face. **L'ulcération primitive** (chancre) siège le plus souvent aux lèvres; elle a des bords bien nets, et un fond lardacé; parfois elle envahit très rapidement la muqueuse. Le diagnostic repose sur l'aspect de l'ulcération, sur son mode d'évolution et sur l'anamnèse (?). La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires se produit habituellement de bonne heure. Le **chancre induré** que l'on observe également aux lèvres, et quelquefois sur le rebord des paupières, donne lieu à des difficultés plus grandes de diagnostic. En effet, à la petite tumeur locale produite par le chancre, s'ajoute de bonne heure une infiltration inflammatoire considérable du voisinage. En outre le chancre se présente ici souvent sous la forme d'une ulcération à caractère papillaire, avec destruction des couches superficielles, par conséquent sous une forme qui n'est pas sans présenter quelque analogie avec le cancroïde ulcéré. Ici encore l'engorgement ganglionnaire ne fait presque jamais défaut.

Les **manifestations syphilitiques secondaires** peuvent présenter des difficultés de diagnostic encore plus considérables. Mentionnons en premier lieu les syphilides, que l'on observe si souvent, surtout à la région frontale, sous la forme de roséole ou de psoriasis (couronne de Vénus).

Les végétations des muqueuses sous forme de **condylomes** sont étroitement liées au chancre induré, tandis que les ulcérations spécifiques à bords bien limités, et de forme tantôt arrondie, tantôt serpigneuse, appartiennent aux manifestations tardives de la syphilis et proviennent du ramollissement et de la fonte destructive de petites gommées développées dans la peau et la muqueuse. On peut les rencontrer sur toutes les parties de la face, mais elles siègent principalement au front, puis sur les ailes du nez, aux lèvres et souvent aussi sur la muqueuse des cavités buccale et nasale. Dans la bouche elles sont surtout fréquentes sur le palais dur et le palais mou. Elles peuvent déterminer la perforation du voile du palais, tandis que dans d'autres cas la voûte osseuse elle-même est atteinte, et devient le siège d'une nécrose qui conduit à la perforation.

À l'intérieur du nez les ulcérations intéressent principalement la cloison osseuse, ainsi que la muqueuse qui tapisse le plancher des fosses nasales. Elles donnent lieu aux symptômes de **l'ozène**, et produisent la déformation caractéristique qui consiste en un affaissement du dos du nez par suite de la destruction de la cloison osseuse qui lui sert de soutien. Ici, comme partout où la muqueuse repose directement sur l'os, on ne peut jamais dire avec certitude si le processus ulcératif a eu pour point de départ la muqueuse elle-même, ou le tissu sous-jacent sous la forme d'une ostéite gommeuse. — **La langue** peut

être affectée à un très haut degré par les diverses formes de la syphilis. On y rencontre des chancres mous et des chancres indurés. Ces derniers, qui s'accompagnent d'une forte infiltration et d'une hyperplasie notable de la muqueuse, sont plus rares que les **gommées** de la langue. On rencontre celles-ci tantôt dans le tissu sous-muqueux, tantôt dans le tissu musculaire de l'organe, et c'est dans ce dernier cas surtout qu'elles donnent lieu souvent à des erreurs de diagnostic. Ces gommées du tissu musculaire peuvent se développer dans tous les points de l'organe, mais principalement sur les parties latérales de la base de la langue. Elles se présentent d'abord sous la forme de noyaux durs contenus dans la substance de l'organe; mais bientôt elles se ramollissent et s'ouvrent au dehors à travers la muqueuse. Il en résulte une ulcération profonde, à bords taillés à pic, souvent décollés, de forme ronde ou serpigneuse, et pouvant présenter une ressemblance extraordinaire avec un cancer profond ulcéré. Les régions du front et du dos du nez sont aussi volontiers le siège de gommées développées aux dépens de l'os et du périoste. Leur marche et leur mode de terminaison ont été déjà décrits à propos des manifestations syphilitiques du crâne.

Dans la plupart des cas le diagnostic de syphilis de la face n'offre aucune difficulté. L'anamnèse, l'existence concomitante de vestiges d'une ancienne syphilis, ou de lésions syphilitiques en pleine activité, les engorgements ganglionnaires, les formes particulières, rondes et serpigneuses, des ulcérations, le mode d'évolution et le siège de la maladie, telles sont les données qui, dans les cas difficiles, permettent presque toujours de poser le diagnostic. Dans les cas douteux on peut avoir recours à l'iodure de potassium servant en quelque sorte de réactif thérapeutique, et s'il s'agit de la syphilis, on verra disparaître rapidement ce que l'on avait supposé être un cancer de la langue, un cancroïde de la muqueuse ou de la peau, ou un lupus.

Le **traitement** sera en tous points celui de la syphilis. Dans le cas d'ozène syphilitique on enlèvera de bonne heure les parties nécrosées des os du nez et du palais, seul moyen de mettre fin rapidement à une suppuration qui menace de devenir interminable.

III. NÉOPLASMES DE LA FACE

§ 17. — Les **parties molles de la face** sont assez souvent le siège de néoplasmes.

Sur 740 cas de tumeurs ayant fait l'objet d'un traitement chirurgical, O. WEBER en a trouvé 291, soit 39 0/0 qui siégeaient à la face. De ces 291 tumeurs, 182 intéressaient les parties molles externes, et comprenaient 133 cancroïdes, 22 tumeurs tégumentaires, 10 athéromes, 8 squirres, 4 cancers médullaires, 3 kystes, 4 sarcomes et un papillome.

Les tumeurs les plus nombreuses sont évidemment celles qui proviennent de l'épiderme et des glandes de la peau. Une partie de ces tumeurs appartiennent

aux formes cliniquement bénignes. Ainsi, chez les individus âgés, les téguments de la face sont assez souvent le siège de productions verruqueuses, peu saillantes, à surface inégale et se développant parfois en plusieurs points simultanément; elles sont dues à une hyperplasie de l'épiderme, comme il est facile de le constater. Elles ont en général une coloration légèrement brunâtre et offrent dans la plupart des cas une tendance à s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur. Il arrive quelquefois, cependant, qu'elles sont le point de départ de productions cornées, de véritables **cornes épidermiques**. Celles-ci cachent parfois des formes malignes de tumeurs épithéliales; c'est pourquoi il est prudent d'extirper ces cornes épidermiques avec leur base d'implantation. Par contre les formes d'hyperplasie de l'épiderme avec tendance au développement en surface n'exigent habituellement aucun traitement.

Aux dépens des glandes de la peau se développent aussi un certain nombre de tumeurs bénignes. Nous ne ferons que mentionner en passant les **comédons** qui s'observent si souvent à la face, et sont dus à la dilatation des glandes sébacées par suite de l'obstruction du conduit excréteur. Ils peuvent affecter la forme de tumeurs ainsi que nous le verrons à propos des maladies du nez. L'importance principale des comédons de la face réside dans le fait qu'ils sont souvent le point de départ de furoncles. D'autre part les glandes sébacées de la face peuvent donner naissance à de véritables **athéromes**; ils sont toutefois beaucoup plus rares qu'au cuir chevelu, bien qu'on en ait observé dans toutes les régions de la face. L'extirpation doit en être faite avec beaucoup de soins, car leur paroi est ordinairement très délicate, et si l'on en laisse une partie, il se produit facilement des récidives ou des fistules athéromateuses persistantes. Les **glandes muqueuses** peuvent être également le siège de *dilatations kystiques*. Elles forment parfois à la face interne des joues et des lèvres des tumeurs à parois minces renfermant un mucus clair. Le traitement consiste ici également dans l'extirpation du kyste avec ou sans la portion de muqueuse qui le recouvre. La rupture de ces petits kystes donne lieu quelquefois à la formation d'un ulcère peu étendu, à bords taillés à pic, à forme arrondie, et guérissant spontanément ou à la suite de cautérisations. En parlant des affections des lèvres, nous reviendrons sur une forme spéciale de tumeur (lèvre double) due à l'hyperplasie multiple des glandes muqueuses de cette région. — RANKE a démontré qu'un certain nombre de kystes séreux des joues doivent être considérés comme le résultat d'une dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques, et rangés, par conséquent, parmi les lymphangiomes kystiques. J'ai extirpé de la joue d'un individu un gros kyste contenant un liquide sanguinolent, ainsi qu'un phlébolithe. Sa paroi interne était tapissée d'une couche endothéliale; il s'agissait donc évidemment d'un kyste veineux.

Les **glandes sudoripares** de la face peuvent être également le point de départ de tumeurs bénignes. VERNEUIL, le premier, a décrit des tumeurs ayant cette origine, et dont le volume variait depuis les dimensions d'un œuf de poule jusqu'à celles du poing. D'autre part on a désigné sous le nom d'**adénomes des glandes sudoripares** des néoplasmes à forme aplatie et à surface ulcérée, laquelle, dans certains cas, aurait été le siège d'un écoulement continu d'un liquide aqueux (sueur?). Bien souvent il s'agit sans doute ici de télangiectasies congénitales, car une erreur de diagnostic est bien possible en raison de la grande analogie que présentent parfois au microscope les pelo-

tons vasculaires du néoplasme avec les glomérules des glandes sudoripares. C'est ainsi que dans un cas d'extirpation d'une tumeur télangiectasique de l'oreille ayant pénétré jusque dans le conduit auditif, je ne suis pas parvenu à reconnaître avec certitude si les canaux pelotonnés que je rencontrais dans les couches profondes du néoplasme, consistaient en des vaisseaux sanguins, ou en une hyperplasie des glandes sudoripares. Une autre série de néoplasmes de ce genre, développés en surface, ont été observés presque exclusivement à un âge avancé, et l'on est tenté d'admettre qu'il s'agit dans ces cas de carcinomes à forme plate. Il serait donc indiqué de faire disparaître ces tumeurs par le bistouri ou la cautérisation.

Dans le cours des dernières années, j'ai extirpé plusieurs tumeurs de la face qui, sans aucun doute, étaient des **adénomes de nature inflammatoire des glandes sudoripares**. Je connaissais depuis longtemps le tableau clinique de cette affection, mais je la confondais avec le lupus, bien qu'elle en diffère notablement par son aspect et son mode d'évolution. Il s'agissait d'une tuméfaction chronique et circonscrite de la peau, développée souvent à la suite d'une lésion traumatique, et caractérisée, au point de vue de son évolution ultérieure, par son état stationnaire prolongé et son peu de tendance à l'ulcération. Le plus grand fragment de peau ainsi altérée que j'aie extirpé ces derniers temps, avait un peu plus que la dimension d'une pièce d'un franc. La surface de ces adénomes était couverte de squames épidermiques, et présentait de petites saillies inégales, très nombreuses, formant des nodosités arrondies ou allongées en forme de boudins. A sa circonférence la néoplasie était nettement délimitée par la peau saine environnante. L'examen histologique démontra que les petites saillies en question consistaient en une hyperplasie inflammatoire des glandes sudoripares. Le tissu interstitiel de ces glandes était le siège d'une forte prolifération de cellules embryonnaires qui avaient causé la destruction complète du tissu glandulaire, tandis qu'une partie des glomérules sudoripares s'étaient transformés en petits kystes remplis de produits de sécrétion et de détritux épithéliaux, processus analogue à celui de la mastite interstitielle. Ajoutons que l'on y rencontrait également des bourgeons épithéliaux de nouvelle formation. C'est STILLING qui a donné le premier une description de ces tumeurs (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. VIII), et si j'ai insisté quelque peu sur ce sujet, c'est surtout au point de vue du diagnostic différentiel avec le lupus.

§ 18. — De l'aperçu statistique donné plus haut, il résulte que les tumeurs épithéliales malignes de la face sont de beaucoup les plus fréquentes. La peau et les muqueuses peuvent être le siège de **carcinomes**; mais c'est la peau qui en est le point de départ dans le plus grand nombre de cas.

Les téguments de la face présentent deux formes de carcinomes, bien distinctes au point de vue de leur mode de développement et de leur évolution ultérieure; ce sont les *carcinomes plats* qui s'étendent en surface, et les *carcinomes profonds* dont l'extension se fait surtout dans la profondeur (THIERSCH¹). Le carcinome plat, appelé autrefois *ulcère ron-*

1. Comme on le voit, l'auteur ne fait pas de distinction histologique fondamentale