

geant (*ulcus r. dens*), est caractérisé par le fait que l'ulcération se développe d'emblée et s'étend en surface, sans aucune infiltration, ou, du moins, sans infiltration notable des bords et du fond de la partie ulcérée. Cependant les recherches microscopiques paraissent avoir démontré la disposition alvéolaire et souvent aussi tubulée de la néoplasie avant sa dégénérescence et sa fonte ulcéralive; mais, en général, il s'agit seulement de petits nids de cellules épithéliales très peu développées et subissant très facilement la dégénérescence graisseuse, grâce sans doute à l'existence d'un tissu conjonctif interalvéolaire abondant, relativement pauvre en vaisseaux, et présentant une certaine tendance à la rétraction.

Dans nombre de cas on ne réussit pas à constater dans ces tumeurs une relation directe avec l'épiderme; les cellules sont, il est vrai, de nature épithéliale, mais beaucoup plus petites que les cellules épidermiques. L'aspect microscopique est celui d'une prolifération de cellules, peut être de nature endothéliale, dans des cavités préformées (voies lymphatiques).

Le **tableau clinique** de ces néoplasmes s'explique donc, d'une part, par la faible quantité de cellules de nouvelle formation, et, d'autre part, par la prépondérance du tissu conjonctif, condition favorable à la dégénérescence et à la fonte destructive des cellules. Peu à peu se développe une ulcération à fond plat, à bords peu élevés, offrant en certains endroits une cicatrisation superficielle; celle-ci peut même s'étendre à la base sèche et, le plus souvent indurée, de l'ulcération. La rétraction qui se produit à la périphérie et à la base de cette dernière, grâce au tissu conjonctif interalvéolaire, peut encore contribuer à donner l'illusion que le processus néoplasique évolue plus lentement que ce n'est en réalité le cas. Cette rétraction a pour conséquence un plissement de la peau saine entourant les bords de l'ulcération, et ce n'est qu'après l'extirpation du néoplasme que l'on peut juger des dimensions réelles de la perte de substance et de la quantité de peau qui avait été attirée des parties voisines de l'ulcère, et qui diminuait en apparence l'étendue de ce dernier. Cette forme de carcinome peut se montrer sur tous les points de la face, mais surtout aux paupières, au nez, au front et à la joue, et l'on devra, dans le diagnostic différentiel, prendre avant tout en considération les

entre le carcinome et le cancroïde ou epithelioma. Comme la plupart des chirurgiens allemands, il admet l'origine épithéliale du carcinome aussi bien que du cancroïde, et il désigne ce dernier sous le nom de carcinome de la peau. Pour CORNIL et RANVIER, par contre, les epithéliomes ou cancroïdes possèdent la structure et le mode de développement du tissu épithélial, tandis que les carcinomes appartiennent au type du tissu conjonctif (*Manuel d'histologie pathologique*, 1884, page 200 et 305). LANCE-REAUX de son côté, à l'exemple des auteurs allemands, admet l'origine épithéliale du carcinome aussi bien que de l'epithélioma (*Traité d'anatomie pathologique*, tome I, p. 412). Telle est aussi l'opinion de POULET et BOUSQUET, dans leur *Traité de pathologie externe* (1885).

(Note du traducteur).

formes ulcéreuses plates du lupus, ainsi que les manifestations de la syphilis. Tout en rappelant les caractères que nous avons exposés plus haut, nous devons encore faire observer que les foyers carcinomateux sont rarement multiples à la face, tandis que la multiplicité des manifestations de la syphilis et du lupus est un fait d'observation commune.

La forme plate du carcinome de la face s'accroît ordinairement avec une lenteur extraordinaire. J'ai observé chez une femme de 90 ans un carcinome de l'espèce, qui avait débuté 25 ans auparavant dans la peau de l'une des paupières, et s'était peu à peu étendu à une grande partie de l'une des moitiés de la face. Du reste, la marche de ces néoplasmes, pour être lente, n'en est pas moins sûre, et ils peuvent arriver à détruire les téguments de la face entière.

Le pronostic de cette affection est relativement favorable en raison de sa marche très lente et de l'absence habituelle d'engorgement ganglionnaire. Cette même bénignité s'observe également au point de vue des suites de l'opération. En effet, l'extirpation du néoplasme est suivie d'une guérison définitive, ou bien s'il se produit une récurrence locale, ce n'est qu'au bout de 3 à 5 ans, et parfois même seulement au bout d'un grand nombre d'années.

La *forme profonde du carcinome de la face* s'observe le plus souvent (à peu près dans les deux tiers des cas) à la lèvre inférieure. Elle peut avoir également pour point de départ une ulcération, laquelle, grâce à l'infiltration rapide des tissus, ne tarde pas à présenter une base indurée et un aspect caractéristique; mais il est plus fréquent de voir se développer d'abord une nodosité qui s'ulcère dans la suite. Cette dernière peut même acquérir un développement considérable dans la profondeur de la lèvre (comme aussi de la langue), sans qu'on observe à la surface aucune altération de quelque importance, à part un léger degré d'hyperplasie des tissus. Dans d'autres cas, des végétations de nature cornée précèdent l'ulcération, et celle-ci revêt alors, en général, la forme papillaire. Cette tendance à l'accroissement dans la profondeur peut s'expliquer de la manière suivante: le néoplasme envahit surtout les glandes sébacées et sudoripares, et affecte ainsi au début la forme d'un adénome plutôt que d'un carcinome; mais bientôt les bourgeons épithéliaux qui en proviennent pénètrent dans les tissus voisins, dans les muscles et même les os, et en amènent la destruction. Mais ce sont surtout les cellules de la couche de Malpighi qui sont le point de départ de ces prolongements épithéliaux affectant la forme glandulaire et s'enfonçant dans la profondeur. Dans l'intérieur de ces derniers se montrent de bonne heure de petites masses arrondies connues sous le nom de globes épithéliales ou de perles épithéliales¹, et formées de grosses cellules d'épithélium disposées en cou-

1. CORNIL et RANVIER divisent les cancroïdes ou epithéliomes (carcinomes épithéliaux des auteurs allemands) en deux groupes: 1° *L'epithéliome pavimenteux*,

ches concentriques comme les feuilles d'un oignon. Le tissu interstitiel est de nature et d'abondance variables, mais il se caractérise en général par une forte infiltration de petites rondes. Il faut y joindre dans beaucoup de cas une prolifération des papilles, parfois très prononcée, surtout dans la région des lèvres.

L'ulcération une fois formée se caractérise, en général, par la tendance à la destruction rapide de ses couches superficielles. Les bouchons et les globes épithéliaux placés dans de mauvaises conditions de nutrition et subissant l'action destructive de l'air extérieur, recouvrent le fond inégal, anfractueux de l'ulcère d'une masse caséuse en voie de décomposition et dégageant parfois une odeur infecte; par une légère pression latérale on fait sortir de leurs alvéoles ces masses épidermiques. S'il existe en même temps des végétations papillaires, comme on en observe quelquefois aux lèvres, la surface ulcérée offre un aspect à la fois verruqueux et crevassé bien caractéristique.

Le pronostic de cette forme profonde du carcinome, laquelle évolue parfois très rapidement, est bien plus grave que celui de la forme plate avec tendance à la rétraction. Souvent l'ulcère entraîne en peu de temps une destruction étendue de la peau et des parties molles, destruction qui est encore favorisée dans bien des cas par la production à la périphérie de nouvelles nodosités, qui viennent confluer avec les foyers primitifs du néoplasme. Les os sont souvent détruits sur une étendue plus ou moins considérable, les ganglions lymphatiques sont envahis à leur tour, et il n'est pas très rare d'observer des métastases.

Dans l'étude des maladies chirurgicales des différentes régions de la face nous aurons l'occasion de revenir sur l'étiologie et le mode de développement des diverses formes de carcinomes qu'on y observe, sur leur marche clinique et les opérations qu'elles nécessitent, et particulièrement sur les interventions chirurgicales ayant pour but de masquer les pertes de substances qui sont la conséquence de ces néoplasmes. Il ne nous reste plus dès lors qu'à esquisser leur traitement d'une façon générale.

Les carcinomes de la face doivent être extirpés le plus tôt possible. Cette

et 2^o *L'épithéliome à cellules cylindriques.* L'épithéliome pavimenteux comprend trois espèces distinctes: a) *L'épithéliome lobulé*, composé de lobules dont les cellules, cylindriques et petites à la périphérie, deviennent pavimenteuses, puis cornées ou colloïdes, à mesure qu'elles s'avancent vers le centre du lobule. Par le raclage de la tumeur on obtient des grumeaux opaques qui ne se mélangent pas à l'eau, et dans lesquels, très souvent, on trouve des globes composés de cellules épidermiques disposées en couches concentriques comme les feuilles d'un oignon; ce sont des *globes épidermiques*. — b) *L'épithéliome perlé* (cholestéatomes); ici l'évolution épidermique ne se reconnaît plus nettement, et toutes les cellules du lobule sont devenues cornées (perles épithéliales). Cette forme est très rare et tout à fait bénigne. c) *L'épithéliome tubulé*. Le tissu fibreux qui forme le stroma de la tumeur, est sillonné par des cavités en forme de tubes remplies de cellules pavimenteuses ne montrant pas d'évolution épidermique.

(Note du traducteur)

règle ne saurait être assez rigoureusement observée, étant donné le fait que le pronostic est infiniment plus favorable lorsque l'opération est pratiquée avant que le néoplasme ait produit une infiltration ganglionnaire. Une autre règle importante est *d'enlever avec le néoplasme une zone de tissus sains aussi large que possible*. En effet, grâce aux germes cancéreux régionnaires, les récidives sont d'autant plus fréquentes que l'incision est plus rapprochée des limites de la tumeur. Pour la direction des incisions on ne devra pas se laisser guider exclusivement par l'idée de donner à la perte de substance la forme la plus favorable à une opération d'autoplastie (THIERSCH). On ne peut certes pas taxer d'exagération la règle qui prescrit de se tenir partout à un centimètre du bord de l'ulcération, si l'on veut être sûr d'extirper en même temps les petits foyers cancéreux du voisinage.

Bien que le pronostic des suites de l'opération soit beaucoup plus mauvais dans les cas d'engorgement ganglionnaire, on ne devra pas se laisser arrêter par cette seule considération, pas plus que par l'extension de l'ulcération aux parties molles profondes et aux os. En effet, même dans ces conditions, l'extirpation du néoplasme accorde au moins au malade un répit de quelque durée. Il sera, du reste, assez facile de tracer dans chaque cas particulier les limites qu'il convient de ne pas dépasser.

§ 19. — Le **tissu conjonctif** des parties molles de la face est bien plus rarement que la couche épithéliale le point de départ de néoplasmes.

Une tumeur dont l'origine paraît encore quelque peu douteuse, est celle que ROSER a désignée sous le nom de **papillome cutané inflammatoire**, tumeur qui siège de préférence à la face où elle n'est pas très rare. D'après ROSER il s'agirait d'une prolifération inflammatoire des papilles du derme avec formation d'abcès interpapillaires et soudure entre elles des extrémités renflées en massue des papilles qui sont le siège de l'inflammation. STROMEYER et WEBER considèrent comme fait essentiel dans ce processus une hypertrophie passagère des follicules (sarcome folliculaire de WEBER). Chez deux individus qui s'étaient infectés simultanément, et évidemment à la même source, et qui présentaient le tableau clinique décrit par ROSER, FISCHER a trouvé dans les poils de la barbe le *trichophyton tonsurans*. Il s'agissait donc ici d'un sycosis parasitaire. Quoiqu'il en soit, on ne connaît pas encore exactement la nature de la maladie observée par ROSER, maladie qui en tous cas est loin d'être fréquente. Mais il est certain que l'on observe parfois des tumeurs papillomateuses circonscrites de la peau affectant la forme indiquée plus haut. Elles ne s'étendent pas dans la profondeur, et le résultat du traitement démontre bien leur bénignité ainsi que leur caractère inflammatoire. Elles guérissent, en effet, par l'application de compresses d'eau froide, ou d'eau de Goulard, ou d'une pommade à base de plomb, ainsi que par des soins de propreté.

La peau de la face des individus âgés présente parfois de petits **fibromes pédiculés**, qui n'atteignent jamais des dimensions considérables. Le **lipome** est également assez rare à la face. On le rencontre quelquefois dans le tissu sous-