

(clinique d'Erlangen) une lésion traumatique est assez souvent le point de départ du carcinome. Sur 143 malades de la clinique d'Erlangen 13 fois c'est un trauma qui est donné comme ayant joué un rôle étiologique dans le développement du néoplasme.

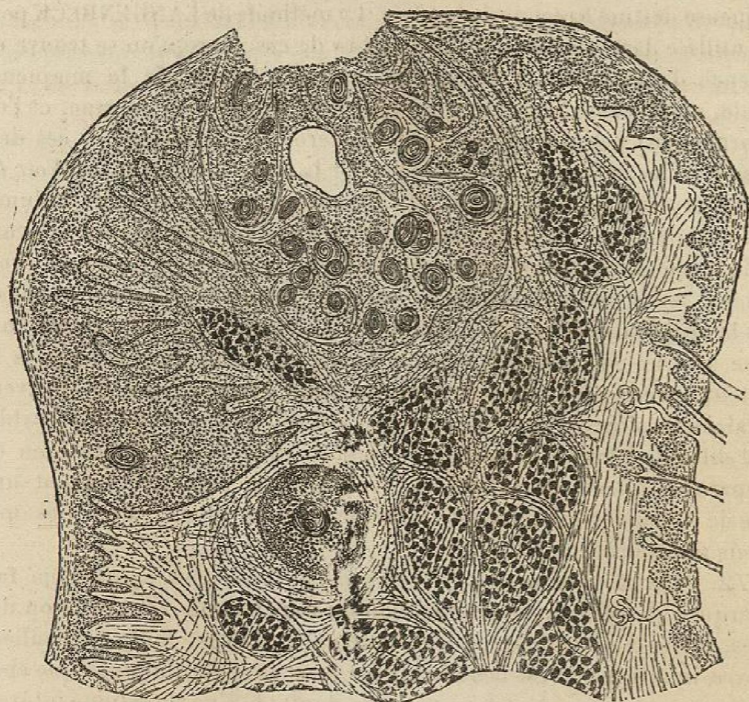


Fig. 77. — Carcinome de la lèvre. Coupe antéro-postérieure. Prolifération de l'épithélium de la couche de Malpighi dans la portion muqueuse de la lèvre. En haut, nodule glandulaire avec ulcération à la surface et perles épithéliales.

Le carcinome épithélial est particulièrement fréquent chez les habitants de la campagne ; THIERSCH pense que le ratatinement prématuré de la peau que l'on observe chez ces derniers, a une grande importance au point de vue étiologique. Les différentes formes du carcinome de la face peuvent s'observer également aux lèvres ; mais le carcinome médullaire est ici plus fréquent que dans les autres parties de la face. Au milieu de l'une des moitiés latérales de la lèvre inférieure se développe d'abord une petite nodosité aplatie, qui parfois s'ulcère déjà de bonne heure et donne par la pression des espèces de bouchons athéromateux analogues à ceux que l'on fait sortir des comédons. A cette période on pourrait confondre le néoplasme avec une ulcération syphilitique. Or les manifestations secondaires de la syphilis ont d'habitude leur point de départ au niveau de la commissure des lèvres, contrairement à l'ulcéra-

tion carcinomateuse, dont nous avons vu le siège de prédilection ; quant au chancre syphilitique, il ne présente pas à sa surface l'aspect irrégulier, anfractueux du carcinome ulcéré. Enfin l'anamnèse, et, au besoin, l'examen microscopique viendront en aide au diagnostic. Le microscope permettra, en effet, de reconnaître les bouchons épithéliaux caractéristiques provenant soit des glandes sébacées, soit des parties du réseau de Malpighi ayant proliféré dans la profondeur du derme ; on observe, en outre, un nombre plus ou moins considérable de globes épithéliaux ainsi qu'une infiltration du tissu conjonctif par de jeunes cellules.

Le carcinome de la lèvre a d'habitude une marche continuellement progressive ; il détruit le tissu de la lèvre et des parties voisines de la joue, et finit par envahir les os après la destruction des parties molles recouvrant le maxillaire. A cette période il est généralement survenu depuis longtemps un ramollissement du néoplasme avec décomposition putride, et si l'os est détruit, il faut en chercher la cause non seulement dans la prolifération carcinomateuse elle-même, mais encore dans la fonte putride ayant pour conséquence soit une désagrégation rapide du tissu osseux, soit une véritable nécrose. A cette époque aussi les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont déjà infiltrés, et des métastases se produisent facilement dans des organes éloignés.

C'est sous le menton qu'il faut chercher les premiers ganglions infiltrés à la suite du carcinome des lèvres. En comprimant les parties molles contre la face interne du maxillaire, on trouve facilement et souvent de chaque côté de la ligne médiane, de petites tumeurs dures situées sous les muscles. En outre, et surtout lorsque le carcinome labial tend à s'étendre latéralement, on observe fréquemment un engorgement ganglionnaire sous les branches horizontales du maxillaire inférieur ; sous ce rapport, nous signalerons tout particulièrement un ganglion lymphatique en relation intime avec la glande salivaire sous-maxillaire. Généralement, c'est dans les carcinomes de longue durée que l'on voit des ganglions lymphatiques infiltrés si étroitement soudés au périoste du maxillaire, que l'on peut se croire en présence d'une affection primitive du périoste ou de l'os lui-même. Souvent, du reste, le carcinome se propage de ces glandes au maxillaire inférieur.

La forme médullaire du carcinome est rarement de longue durée ; ses limites habituelles sont comprises entre 1 et 4 ans. Il est hors de doute que ces limites peuvent être considérablement reculées par une intervention chirurgicale ; mais une pareille possibilité dépend de certaines conditions, et même alors il ne faut pas compter sur le succès absolu de l'opération.

Une statistique récente de la clinique d'Erlangen (KÖCH, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*), est venue prouver que chez un nombre relativement considérable d'opérés (28 : 143), la guérison se maintient longtemps (chez quelques-uns même entre 12 et 17 ans). Je pourrais citer des cas analogues tirés de ma pratique, et tous les chirurgiens en ont sans doute observé également.

Tout d'abord, il importe d'opérer de très bonne heure, avant que le carcinome ait envahi les ganglions lymphatiques. Toutefois, l'infection ganglionnaire n'exclut pas la possibilité d'une guérison durable, si l'on a soin d'extirper complètement les ganglions malades (observation personnelle). Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer en exposant les règles générales des opérations de carcinomes de la face, il est nécessaire de pousser l'extirpation radicale jusqu'au delà des limites du néoplasme, si l'on veut être sûr d'enlever en même temps, s'il en existe, les *germes régionnaires*. Sous ce rapport, la certitude est d'autant plus grande que l'on dépasse davantage dans l'opération les limites visibles de la tumeur : on devrait toujours sacrifier une zone de tissu sain d'un centimètre au moins d'épaisseur. Si l'on observe cette règle, sur laquelle THIERSCH, le premier, a insisté d'une façon toute particulière, la réparation de la perte de substance devient, il est vrai, en général, plus difficile, mais cette considération doit céder devant le but capital de notre intervention, qui est l'extirpation complète de la partie malade. Autrefois, dans l'extirpation du carcinome de la lèvre, on donnait à l'incision la forme d'un V. Ce procédé présente sans doute certains avantages ; lorsque la tumeur n'est pas trop tendue, il permet d'obtenir très facilement la réunion directe de la plaie ; la forme triangulaire de l'avivement se prête d'ailleurs très bien à une réparation de la perte de substance par une opération plastique. Malheureusement la forme du néoplasme est loin de correspondre toujours à celle de l'incision pratiquée de cette manière. Si l'on est en droit d'appliquer ce procédé aux carcinomes de petites dimensions, par contre il doit être absolument rejeté dans les cas de tumeurs volumineuses, surtout lorsque leur développement s'est opéré dans le sens de la largeur de la lèvre. Ici, en effet, les incisions latérales passeraient forcément tout près des limites du tissu malade, tandis qu'au sommet du triangle une certaine étendue de peau saine se trouverait sacrifiée tout à fait inutilement. Souvent, cependant, le but est atteint par la combinaison de plusieurs de ces incisions triangulaires en forme de W ou de $\langle \vee \rangle$, etc. ; on réussit ainsi à obtenir une réunion par première intention sans opération plastique.

L'hémorragie qui accompagne ces diverses opérations n'est pas sans importance. Aussi LANGENBECH, dans le but de la supprimer, a-t-il imaginé de priver préalablement le champ opératoire de ses communications vasculaires en traversant les tissus, dans toute leur épaisseur, par une série de fils de soie résistants et disposés en dehors des limites dans lesquelles doit être pratiquée l'excision ; les anses de fil sont nouées sur la peau (nœud chirurgical), et compriment ainsi les tissus de façon à y arrêter complètement la circulation ; en outre, il se produit une anesthésie des parties limitées par les ligatures. Une fois la plaie suturée, on met fin à la constriction par la section et l'ablation des anses de fil.

On réussit quelquefois à réunir directement, sans cheiloplastie préala-

ble, la plaie opératoire, lorsqu'on donne à cette dernière la forme d'un ovale couché, et que le néoplasme intéresse essentiellement la portion muqueuse de la lèvre. Par contre, on aura toujours recours à une opération plastique lorsqu'il s'agit de fermer des pertes de substance étendues de forme ovalaire ou quadrangulaire.

En général, dans les opérations de cheiloplastie, on ne peut utiliser que des lambeaux doublés, c'est-à-dire composés à la fois de peau et de muqueuse, tandis que les lambeaux constitués par la peau seulement, comme ceux que l'on emprunte dans la région du cou, ne donnent que des résultats très imparfaits. Dans beaucoup de cas, il est utile de comprendre dans la confection des lambeaux doublés un excès de muqueuse destiné à recouvrir le bord libre de la lèvre (DIEFFENBACH).

Nous ne voulons pas décrire ici longuement les méthodes habituellement employées pour réparer les pertes de substance de la lèvre inférieure ; nous nous bornerons à exposer brièvement les plus importantes de ces méthodes, tout en renvoyant le lecteur aux figures schématiques dont nous avons accompagné notre description générale des opérations plastiques.

Dans les cas de pertes de substances triangulaires intéressant la plus grande partie de la lèvre inférieure, on peut, en agrandissant l'ouverture buccale d'un côté, obtenir un lambeau quadrangulaire vertical, et lorsque la lèvre est complètement détruite, on la reconstituera par un lambeau semblable taillé de chaque côté (DIEFFENBACH. Voir figures 22, 22 a). Par une incision en arc de cercle partant de la commissure des lèvres, JASCHE taillait un lambeau arrondi, correspondant du reste entièrement à celui qui est obtenu par la méthode de DIEFFENBACH ; on réussit ainsi généralement à réparer d'une façon complète la perte de substance aussitôt après l'extirpation de la tumeur (Fig. 19 et 20).

La méthode de BUROW a été aussi employée à la suite de l'excision triangulaire de la lèvre inférieure ; elle donne de très bons résultats au point de vue de la forme de la lèvre, et cependant nous ne saurions guère la conseiller à cause de l'étendue des tissus que l'on est obligé de sacrifier et qui pourraient être fort utiles dans les cas où l'on serait dans la nécessité de tenter une nouvelle opération. Après avoir pratiqué l'excision triangulaire de la lèvre, on prolonge la base du triangle par des incisions partant des commissures des lèvres, puis on enlève de chaque côté un petit triangle de la partie de la joue voisine de la lèvre supérieure (Voir fig. 25 et 25 a).

Pour la réparation des pertes de substance ovalaires ou ayant la forme d'un triangle à large base, on peut tailler les lambeaux en bas et en dehors. Du milieu de la perte de substance on fait deux incisions en arc de cercle se dirigeant vers le menton et de là latéralement le long du maxillaire inférieur ; ou bien on fait d'abord une incision verticale jusqu'au menton, puis deux incisions courbes le long du maxillaire (Voir