

la lèvre inférieure, près de la peau, se produire une petite élevation acuminée, une sorte de végétation sèche d'abord, qui bientôt, après avoir augmenté de volume, s'est ulcérée.

Quelle que soit la forme du début, quand l'ulcération s'est produite, elle ne s'arrête plus, la lèvre se creuse en godet, et du fond de l'ulcère naissent des bourgeons, produisant un écoulement incessant de matière puriforme et quelquefois de sang; l'hémorrhagie est fréquente dans le cancer des lèvres.

On sait par ce qui, dans cet ouvrage, a été déjà décrit dans le chapitre d'anatomie pathologique des tumeurs, quels sont les caractères physiques, les signes objectifs de l'épithélioma des lèvres. Nous ne saurions y revenir. Ajoutons simplement que la muqueuse se prend parallèlement à la peau et que l'épithélioma de la commissure paraît avoir une certaine tendance à envahir promptement la surface interne de la joue, où d'emblée il s'infiltré assez profondément dans le tissu sous-muqueux. Aussi est-il assez fréquent de voir des sujets qui n'offrent à première vue que des lésions limitées vers la commissure présenter bientôt, quand on les suit, une tumeur du vestibule de la bouche étendue sur une partie fort grande de la muqueuse génienne.

La première préoccupation du chirurgien, quand il est en présence d'un cancer des lèvres qui a déjà passé la première période et est arrivé à l'ulcération, doit être d'examiner avec soin les limites du mal et la part que pourrait avoir déjà prise le système ganglionnaire à l'ensemble des lésions établies.

Le vestibule de la bouche se prend peu à peu, et l'ulcération remonte presque sur les gencives; les dents peuvent se trouver ébranlées ou déchaussées, et plusieurs manqueront bientôt quand la tumeur aura fait des progrès sur le maxillaire: lèvre et maxillaire forment alors un tout, une masse indurée, saignante, dont le centre est occupé par une perte de substance profonde qui laisse voir les os mis à nu ou recouverts de bourgeons grisâtres et saignants.

Du maxillaire l'épithélioma peut s'étendre sur le plancher de la bouche et la langue, mais il est rare que le malade n'ait pas succombé avant que ces dernières parties soient envahies.

C'est du côté de la région sus-hyoïdienne qu'on rencontrera les désordres les plus grands. Tandis qu'un épithélioma qui débiterait sur le maxillaire lui-même n'amènerait que très tardivement l'infection des ganglions, celui de la lèvre inférieure la produit rapidement, comme nous l'avons indiqué déjà. Les ganglions, dès qu'ils existent, ont une induration spéciale et un volume suffisant pour qu'on ne conserve aucun doute sur la nature de leur tuméfaction; dans d'autres cas il sera difficile de savoir s'ils sont infectés de proche en proche par les cellules épithéliales qui ont suivi les lymphatiques, ou bien s'ils sont atteints d'inflammation chronique provoquée par des irritations portées sur la

plaie labiale par des topiques ou des cautérisations inopportunes. C'est au tact, à l'expérience du chirurgien de conclure, mais il ne faudra jamais perdre de vue les deux faits possibles quand sous la mâchoire on trouvera des ganglions d'un petit volume. Les indications thérapeutiques changent en effet beaucoup quand les ganglions sont ou non infectés par le néoplasme.

Les tumeurs ganglionnaires une fois produites grossissent et se multiplient. La région sus-hyoïdienne est alors quelquefois déformée à ce point qu'elle présente une saillie angulaire, bosselée, sur laquelle peu à peu la peau s'amincit et se perfore par points disséminés. Le travail ulcérateur qui s'établit là sur la peau n'a pas toujours le même processus.

Deux cas se présentent: ou bien l'ulcération ressemble à ce qu'on voit sur le sein par exemple, où un suintement léger s'établit avec des décollements de plus en plus grands et finalement l'issue de bourgeons de mauvaise nature; ou bien le ou les ganglions pris paraissent tout à coup s'enflammer, rougir, devenir le siège d'une vraie fluctuation, et la peau s'ouvre pour laisser écouler une vraie collection purulente. Plus tard la cicatrisation ne se fait pas, l'écoulement continue en revêtant les caractères de celui que ne cesse de produire l'ulcère de la lèvre, et le mal fait des progrès comme précédemment.

Les conséquences d'un pareil état sont faciles à comprendre: l'hémorrhagie fréquente, la suppuration, l'amaigrissement et la cachexie qui résultent des pertes de sang, de l'écoulement de la salive, peut-être de la déglutition des sanies fétides encombrant la plaie se produit progressivement et la mort arrive quelquefois hâtée par d'incessantes douleurs qui ne laissent de repos ni le jour ni la nuit.

Il semblerait qu'une affection aussi grave dût avoir des causes assez précises pour bénéficier d'une prophylaxie bien dirigée; mais la plus grande incertitude règne sur son étiologie. Bouisson, qui ne fumait pas, a beaucoup insisté pour donner au tabac une importance qu'il ne semble pas mériter absolument dans le cancer de la bouche. On peut admettre avec plus de justice que toute irritation permanente doit être incriminée: à cet égard le tabac rentrerait dans cette étiologie générale. L'hérédité est autrement importante, l'âge de trente ans et au delà, le sexe masculin dans la proportion de 10 à 1 (et cependant en Normandie, en Bretagne et dans tous les pays du Nord les femmes fument autant que les hommes), telles sont les vraies causes, celles qu'on peut citer avec certitude.

Nous avons fait pressentir que suivant ses débuts le cancer des lèvres n'avait pas toujours la même gravité. Y a-t-il aussi une question de terrain, de prédisposition? c'est possible. Toujours est-il que la forme ulcéreuse d'emblée est bien plus rapide et plus grave que la végétation papillaire ou l'induration squameuse. Mais il faut en définitive ne plus compter sur une bénignité promise par les premiers accidents, quand l'ulcération s'est enfin produite.

On aura rarement à réfléchir beaucoup pour poser un diagnostic certain chez un sujet atteint de cancer labial. Cependant ne serait-ce que pour mettre en garde, contre certaines erreurs que tout le monde a vu commettre, les médecins qui n'ont pas encore acquis l'expérience qui fait juger vite et sûrement, il faut signaler l'ulcération tuberculeuse des lèvres, le chancre labial, les simples gerçures et les excoriations strumeuses.

Un chancre avec son étiologie spéciale, la rapidité de son apparition, sa forme spéciale arrondie, ses ganglions durs et multiples, enfin les accidents secondaires qui l'accompagnent, est bien facilement reconnu.

L'ulcère tuberculeux ne peut être ignoré quand on voit l'état général, les antécédents, l'ulcère étendu en surface et hérissé de petites élevures à grains blanchâtres et presque transparents.

Nous ne parlerons pas des autres altérations ulcéreuses, qui sont loin d'avoir la même importance.

Traitement. — Le traitement s'impose ici comme très radical. Tout pansement qui a pour but de modifier la surface sans dépasser d'emblée et très largement les limites du mal, toute cautérisation, constituent un mode thérapeutique déplorable, disons le mot : coupable, qu'un médecin soucieux de faire son devoir ne doit jamais employer.

Quand on a reconnu l'épithélioma il faut l'enlever.

Contentons-nous de poser des règles générales :

Un cancer limité à un point du rebord des lèvres, qui n'a pas pénétré dans l'épaisseur de la lèvre, pourra être enlevé par un simple ébarbement de la surface.

Quand la tumeur a pénétré dans les tissus sous-tégumentaires, le V labial est un excellent procédé.

Si l'on est obligé d'agir sur la commissure, se rappeler toujours que l'opération n'offre ici aucune difficulté et qu'on doit, en principe, dans une large excision qui comprendrait l'épaisseur de la joue, peau et muqueuse, enlever très largement la tumeur.

Enfin si toute l'étendue de la lèvre doit être sacrifiée, on aura recours aux procédés opératoires que la médecine opératoire nous apprend.

Mais ce qui domine toujours la conduite du chirurgien est la surveillance active qu'il doit faire des ganglions : tout ganglion suspect sera enlevé. La dissection qu'on est obligé de faire dans la région sus-hyoïdienne entraîne des difficultés quelquefois très grandes, telles que l'obligation de sacrifier la glande sous-maxillaire et très souvent l'artère faciale ; l'obligation où on est de poursuivre par fragments un ganglion volumineux mais ramolli et devenu kystique qui s'est tout à coup écrasé sous les doigts de l'opérateur ; enfin, la nécessité de laisser inachevée une opération quand on constate que l'infiltration va beaucoup plus loin qu'on ne l'avait prévu.

A chaque chirurgien il appartient de savoir dans quelles limites il doit agir et quelles règles il adoptera pour déclarer qu'un sujet est, ou non, opérable.

5° *Ulcération scrofalo-tuberculeuses des lèvres.* — Doit-on ranger sous cette dénomination les gerçures, les fissures qu'en hiver on rencontre fréquemment sur les sujets, les enfants surtout, à tempérament lymphatique ? Sans nier le moins du monde l'influence de l'élément scrofuleux qui prédispose à cette légère affection si douloureuse quelquefois, je ne pense pas que l'on puisse attribuer ces fissures passagères à une évolution bacillaire. Il suffit d'ordinaire de les mettre à l'abri de l'air froid pour les voir se cicatrifier rapidement, sans autre traitement que quelques applications astringentes.

Il n'en est pas de même des ulcérations tuberculeuses dont les plus connues et les plus fréquentes sont le *lupus des lèvres*.

Toujours ces ulcérations sont à bords taillés à pic, avec un pourtour violacé, livide, avec un fond grisâtre ; toujours elles tendent à gagner dans tous les sens périphériquement et en profondeur, et toujours elles affectent la forme serpentine, une partie de leur pourtour se cicatrise, tandis que l'ulcération gagne de l'autre côté. Les cicatrices sont affreuses, rétractées, violacées, l'épiderme qui les recouvre est mal formé et se rompt sous la plus légère influence. Leur rétraction détermine des difformités non seulement horribles, mais qui, souvent, par les déviations ou les atrésies qu'elles occasionnent sur l'orifice buccal, gênent l'alimentation et nécessitent des opérations ultérieures.

Traitement. — Il sera surtout général, tonique et reconstituant ; le séjour au bord de la mer, l'usage des eaux de Salies de Béarn, etc., sont indiqués ; je ne saurais croire à l'influence des sources sulfureuses en pareil cas. Le traitement local consiste en excision de toute la surface s'il est nécessaire, ou mieux en un curage parfait et absolu du fond de l'ulcère avec pansement antiseptique rigoureux et cautérisation énergique, pour détruire tous les bourgeons mollasses infiltrés de bacilles s'il est nécessaire.

6° *Ulcération syphilitiques des lèvres.* — Nous n'insisterons pas ici sur le chancre labial, c'est aux traités de syphiliographie à indiquer les différents moyens de contracter l'accident primitif par la voie buccale ; qu'il nous suffise de dire que le chancre labial offre absolument les mêmes caractères que le chancre de la verge, que les ganglions s'engorgent très rapidement et que la surface ulcérée est toujours petite, ce qui la différencie de l'épithélioma.

Les accidents secondaires, les plaques muqueuses des lèvres et de la commissure, sont fréquentes et des plus rebelles au traitement.

Les gommés isolées ou réunies en groupe sont relativement rares, leur ressemblance complète avec les gommés de la langue nous permet de renvoyer le lecteur à ce que nous dirons de ces dernières. Bornons-

nous à dire que l'évolution des gommès se fait toujours lentement, que toujours elles sont indolentes et que l'ulcération résultant de leur rupture n'amène pas d'engorgement ganglionnaire.

6° LÉSIONS CHIRURGICALES DES JOUES.

A. — Lésions traumatiques.

Les plaies des joues, quand elles sont simples, ne présentent rien de particulier; comme toujours, après avoir arrêté l'hémorrhagie et avoir retiré les corps étrangers, avoir soigneusement rasé la barbe, on affrontera les lambeaux et on les réunira par une suture profonde. Lorsque la plaie sera contuse, très déchiquetée en lambeaux, comme par un coup de feu, par exemple, on se conduira comme nous l'avons dit en parlant des plaies contuses des lèvres, en avivant les lambeaux et en tentant la suture si l'on peut espérer obtenir une réunion par première intention. Dans le cas contraire, les cicatrices vicieuses avec déformation ou atrésie de la bouche, avec difformités gênantes toujours, affreuses quelquefois, sont toujours à craindre.

Une complication toujours sérieuse, non pas qu'elle mette la vie du blessé en danger, mais par la gêne qu'elle entraîne le plus souvent à sa suite, c'est la section du canal de Sténon. Affrontés bien exactement, les deux bouts du canal peuvent se souder sans accident, mais ce résultat est difficile à obtenir. Dans la majorité des cas il se fait au niveau de la section une fistule salivaire; nous y reviendrons plus loin en parlant des lésions de la parotide et de son canal excréteur. Quoi qu'il puisse en advenir, il n'en faut pas moins, alors même que le conduit parotidien est manifestement sectionné, tenter d'obtenir la réunion par première intention des plaies de la joue, sauf à intervenir plus tard pour combattre l'incommodité de la fistule salivaire.

B. — Lésions formatrices.

Parmi les tumeurs des joues on a signalé quelques très rares sarcomes, quelques lipomes.

Les angiomes de la joue sont rarement primitifs, presque toujours ils sont dus à l'extension des angiomes labiaux; on a signalé encore des lymphangiomes géniens.

Les kystes sébacés des joues se voient quelquefois; ils n'ont aucune gravité, mais néanmoins on doit les enlever en raison de la difformité qu'ils causent lorsqu'ils atteignent un certain volume qui cependant ne dépasse que très rarement celui d'un œuf de pigeon.

Les kystes muqueux sont analogues à ceux des lèvres, et sont d'origine glandulaire.

On rencontre chez les vieillards des adénomes tubulés qui semblent avoir leur point de départ dans les conduits sudoripares, mais la nature de ces tumeurs n'est pas encore bien nettement établie (voy. t. I, p. 136), car souvent le cancroïde en est la conséquence.

Le cancroïde ou épithélioma de la joue est assez fréquent; il peut n'être qu'une extension du cancroïde des lèvres, comme aussi il peut se développer sur place. Dans les deux cas c'est une tumeur qui d'abord n'envahit que les couches cutanées et s'étend périphériquement, et qui infiltre et détruit ensuite les tissus profonds. La tumeur s'ulcère et constitue par sa poussée vers l'extérieur une masse mollasse, framboisée, fongueuse, à base élargie, à rebords rouges-violacés plus ou moins épaissis; les ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires auxquels se rendent les lymphatiques de la région se prennent rapidement.

Traitement. — L'extirpation doit être tentée et doit s'étendre jusqu'au delà des limites du mal; trop souvent elle n'est pas possible, car la base de la tumeur est trop large, les délabrements trop considérables et la récurrence presque fatale, les tissus infiltrés au loin ne pouvant être nettement délimités et enlevés. C'est dans ces cas difficiles que l'on peut avoir recours à la destruction par les flèches de Canquoin, flèches caustiques qu'il faut porter au delà des bases d'implantation, pour tâcher d'éviter les récurrences qui toujours sont à craindre. Si l'on est assez heureux pour tout enlever, on pourra corriger la déformation consécutive par des autoplasties ultérieures.

C. — Vices de conformation des lèvres et des joues.

1° Vices de conformation acquis.

Les vices de conformation sont acquis ou congénitaux.

1° Lorsqu'elles sont acquises, ces lésions dépendent toujours de brûlures, d'ulcérations ou de plaies vicieusement cicatrisées. Les voiles musculo-membraneux qui constituent les lèvres et les joues, n'étant que peu soutenus par des parties solides pouvant leur fournir un point d'appui, se prêtent à toutes les rétractions cicatricielles. Tantôt les cicatrices vicieuses sont bornées aux joues et aux lèvres elles-mêmes, qui sont tirées en différents sens, tantôt les bords des lèvres supérieures et inférieures se sont soudés entre eux par destruction de leur muqueuse, tantôt encore les lèvres et les joues contractent des adhérences avec le rebord gingival et avec les arcades dentaires. Dans ce dernier cas les brides cicatricielles empêchent tout mouvement du maxillaire, mais simultanément la rétraction cicatricielle lente et progressive agit de dehors en dedans, presse sur les arcades dentaires et les repousse en dedans.

Lorsque les lèvres sont isolément atteintes, lorsque la lèvre infé-