

puis à la base de la langue ou en différents points de la muqueuse buccale, les kystes sont rarement plus gros qu'un pois. La dégénérescence kystique des glandes salivaires du plancher de la bouche constitue une tumeur caractéristique: **la grenouillette** (fig. 31).

Les kystes sont en général faciles à reconnaître car leur siège est superficiel. Quand ils sont situés profondément il est quelquefois indiqué de pratiquer une ponction exploratrice, mais après avoir auparavant éliminé l'hypothèse d'une tumeur vasculaire.

Comme traitement on peut pratiquer l'énucléation totale de la tumeur ou bien lorsqu'il existe une large base d'implantation, l'extirpation de la paroi kystique.

Il faut encore signaler les productions kystiques, qui apparaissent à la suite d'adhérences, presque toujours d'origine inflammatoire, de deux surfaces voisines d'une muqueuse. On les rencontre en général dans la région de l'anneau lymphatique du pharynx, mais on peut aussi les observer en d'autres points, en particulier au niveau des fentes branchiales; leur diagnostic différentiel avec les kystes dermoïdes ou les kystes glandulaires peut présenter alors une certaine difficulté.

NÉOPLASMES HÉTÉROLOGUES

Les néoplasmes hétérologues se différencient des tissus normaux par l'apparition d'éléments cellulaires atypiques ou d'éléments cellulaires étrangers; la plupart des tumeurs homologues tendent souvent à cette transformation atypique; c'est pour cette raison qu'elles sont de nature maligne; lorsqu'elles ne présentent pas cette particularité dès le début, elles l'offrent souvent ultérieurement.

Endothéliomes. — Tel est le cas pour les endothéliomes qui sont constitués par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques et sanguins et présentent au milieu du stroma rétiliforme des amas plus ou moins considérables de cellules épithéloïdes, dont la nature primitive est d'autant plus difficilement reconnue qu'il se produit d'une part des phénomènes régressifs de transformation en tissu graisseux et cartilagineux, de telle sorte que ces variations histologiques compliquent énormément le diagnostic. Il n'est pas rare d'observer une prolifération

excessive aboutissant à des sarcomes alvéolaires (endothéliaux) ou des angio-sarcomes, tous les éléments histologiques des vaisseaux participant à la néoformation (pl. XLII). Dans les régions qui nous intéressent, on observe ces variétés de dégénérescences tandis que l'endothéliome typique ne se rencontre qu'au niveau du voile du palais; son diagnostic sera basé sur l'aspect de la région: on voit en effet une tumeur « intra-pariétale » bomber dans l'épaisseur du voile.

D'autres tumeurs, comme les **sarcomes juvéniles de l'épipharynx** que nous avons étudiés ainsi que les **myo-sarcomes** également intra-pariétaux, sont dues à l'évolution de débris embryonnaires.

Sarcomes. — Les sarcomes, le plus souvent à cellules rondes, rarement fusiformes, se développent au niveau du pharynx et surtout des amygdales. Dans les fosses nasales leur siège de prédilection est le point de la cloison le plus exposé aux traumatismes extérieurs, tandis qu'ils sont rares sur les cornets et dans l'épipharynx (pl. XXIII, fig. 1).

Ils forment des tumeurs bosselées et noduleuses, plus rarement des infiltrations diffuses, indurées, largement implantées, légèrement bosselées et ayant une grande tendance aux hémorragies. Les ganglions sont envahis dès le début.

Lymphosarcomes. — Le lymphosarcome est une tumeur particulière au naso-pharynx caractérisée plutôt cliniquement qu'histologiquement (il est composé de petites cellules marginales à gros noyaux, offrant un aspect alvéolaire). Tandis que la tumeur, légèrement bosselée, assez pâle (pl. XI, fig. 2), située au-dessous de la muqueuse, de préférence au niveau des amygdales, des piliers ou de la luette, n'offre qu'une évolution lente; tous les ganglions cervicaux, rétro et sous-maxillaires sont envahis d'une manière précoce, et cette infiltration ganglionnaire peut atteindre des dimensions énormes. Dans certains cas on observe une véritable transformation en tumeurs multiples, leucémiques, avec altérations caractéristiques du sang, d'autres fois l'infiltration ganglionnaire prédomine comme dans la pseudo-leucémie et la tumeur du pharynx rétrocede totalement. On ne peut donc pas considérer cette tumeur comme ayant des caractères absolument nets.

La particularité intéressante du traitement est le mode d'action de l'arsenic: ce médicament diminue très rapide-

ment le volume de la tumeur, malheureusement l'amélioration n'est pas durable, et l'augmentation de volume reparait aussitôt. Le traitement peut donc sembler embarrassant. Le mieux est de conseiller l'extirpation précoce et radicale comme pour les sarcomes ordinaires. L'opération sera suivie d'un traitement arsenical prolongé.

Dans les sarcomes très étendus il ne faut pas espérer grand chose d'une intervention car la tumeur a ordinairement envahi des organes essentiels de la région du cou et de la base du crâne.

Carcinomes. — Les carcinomes peuvent s'observer au niveau de toutes les muqueuses des voies aériennes. Histologiquement il y a lieu d'en distinguer deux variétés : l'un à épithélium plat cylindrique ; l'autre, le carcinome glandulaire. Le carcinome vilieux des fosses nasales est sans doute identique aux papillomes malins. Leur siège de prédilection est : dans la bouche, au niveau des lèvres, de la langue et des joues, en regard des dents ; dans le pharynx au niveau des amygdales ; dans le nez à la partie antérieure de la cloison, au niveau des cornets inférieurs et du sinus maxillaire. Dans le nez et les sinus seulement on peut observer de véritables tumeurs, tandis que dans la bouche et le pharynx on rencontre le plus souvent une infiltration indurée, bosselée, avec ulcération précoce de la surface ; parfois même on observe seulement une ulcération reposant sur une base indurée et épaissie (pl. XII, fig. 2).

A LA LÈVRE, cette infiltration reste souvent circonscrite, sans subir de ramollissement (pl. I, fig. 2), sous forme de verrue ou de tuméfaction superficielle jusqu'à ce que peu à peu elle s'étende et gagne les parties voisines.

A LA LANGUE, ce sont les bords qui sont le plus fréquemment atteints, puis la moitié antérieure, rarement la base ; la dégénérescence carcinomateuse est le plus souvent consécutive à des foyers leucoplasiques ou à des ulcérations dentaires, de même que le carcinome des lèvres est produit souvent par une cause traumatique (fumeurs de pipe). On observe tantôt une infiltration étendue, tantôt une ulcération superficielle avec bords taillés à pic ; dans le premier cas, le carcinome siège surtout à la surface ; dans le second, au niveau des bords. L'envahissement ganglionnaire se fait assez tard comme dans le carcinome des lèvres. Par la suite, lorsque le carcinome a envahi les régions voisines, il devient difficile de distinguer le point de départ.

LE CARCINOME DE LA MUQUEUSE DES JOUES et de la RÉGION INTERMAXILLAIRE est souvent provoqué par des ulcérations dentaires ; par son siège il entraîne des troubles pénibles de la déglutition.

AU NIVEAU DU PALAIS on observe des infiltrations bosselées arrondies, profondes (carcinome glandulaire), qui tendent à s'ouvrir dans le nez et le sinus maxillaire.

DANS LE NEZ, les carcinomes sont assez rares ; ils forment également des tumeurs bosselées, saignant facilement et que l'on ne reconnaît qu'à une période assez avancée.

En général le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours très simple ; à la lèvre, il est vrai, elles ont un aspect caractéristique, mais dans les autres régions on les confondra avec des tumeurs bénignes et des sarcomes, surtout avec la syphilis ; d'autant plus que carcinome et syphilis se trouvent parfois associés dans la cavité buccale et qu'on observe la transformation de gommages ulcérées en carcinomes. En général, les lésions syphilitiques siègent de préférence à la région médiane, le carcinome sur les bords, surtout au palais, mais ce siège n'est pas exclusif. La multiplicité des lésions dans le carcinome est rare tandis que les gommages apparaissent volontiers en plusieurs points simultanément ou successivement. De plus le caractère de l'ulcération tertiaire, taillée à l'emporte-pièce, forme un contraste avec l'ulcération carcinomateuse superficielle, décolorée, à bords taillés à pic et dont la base est indurée.

En outre le carcinome apparaît en général chez des sujets de 30 à 40 ans et la cachexie est très précoce. En cas de nécessité on pourra recourir au traitement par l'iodure à doses massives, 10 à 15 grammes par jour. Parfois l'examen microscopique de fragments de tumeur pourra éclairer le diagnostic mais il faut se garder de confondre les proliférations épithéliales survenant dans le voisinage des ulcérations syphilitiques avec des foyers carcinomateux.

Au niveau des amygdales les accidents primitifs peuvent prêter à confusion ; leur marche lente, l'infiltration indurée et l'aspect cratériforme de la perte de substance peuvent simuler le carcinome. On devra penser également à la tuberculose, aux phlegmons chroniques avec fistulisation et même à l'actinomycose pour éviter toute erreur.

Dans le nez on fera volontiers le diagnostic de sinusite tandis qu'en réalité il s'agit de carcinome ou de sarcome. La tumeur siégeant en effet dans la profondeur se trouve

dissimulée par la suppuration secondaire et par des végétations inflammatoires polypiformes ou granuleuses. On notera soigneusement l'état cachectique du malade, les troubles précoces de la motilité et de la sensibilité ainsi que les métastases ganglionnaires.

Tumeurs congénitales. — La dernière classe de tumeurs hétérologues est formée par les tumeurs congénitales provenant d'anomalies du blastoderme.

Ce sont d'abord les **kystes dermoïdes du pharynx**, tumeurs le plus souvent petites, dont la base est formée par du tissu graisseux ou fibreux dans lequel se trouvent inclus des fragments de cartilage, de nerfs et de muscles, parfois aussi des dents. L'origine ectodermique de la tumeur est révélée par l'existence de glandes sébacées et sudoripares et la présence de poils ; parfois ces petites tumeurs ont un aspect kystique, analogue aux kystes dermoïdes. Les premiers siègent le plus souvent au palais, les seconds au dessous de la base ou de la pointe de la langue (fig. 32). Enfin dans

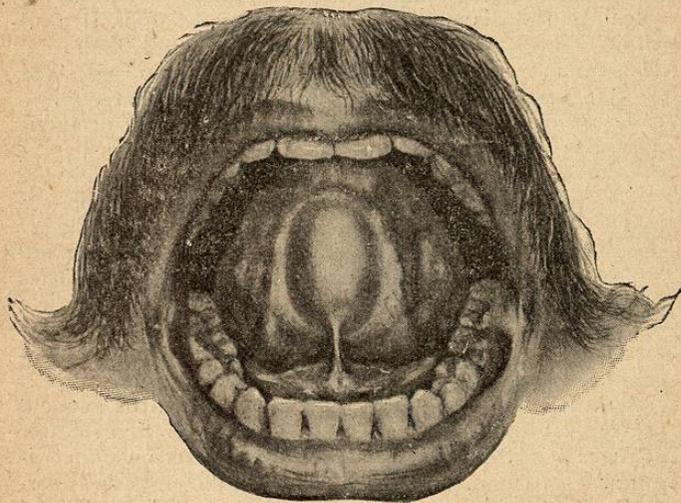


Fig. 32. — Kyste dermoïde du pharynx.

le nez et le sinus maxillaire on découvre parfois des dents surnuméraires, dont la présence est due à un trouble de

développement. Les **goitres aberrants et accessoires** sont constitués par une forme particulière de tumeurs provenant de débris embryonnaires ; ces tumeurs sont complètement isolées de la glande thyroïde et leur nature ne peut être reconnue qu'au microscope. Leur siège de prédilection est la base de la langue car elles proviennent des débris du conduit thyroïdologique. Il faut bien les distinguer des goitres rétroviscéraux, des glandes thyroïdes anormales qui peuvent s'étendre loin, derrière les organes bucco-pharyngiens mais conservent toujours des rapports directs avec la glande principale.

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DES NÉOPLASMES

Cliniquement il faut distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Parmi ces dernières, les unes sont graves par leur volume considérable qui distend des cavités étroites, d'autres sont dangereuses de par leur nature même, leur propagation dans les tissus normaux et la cachexie rapide qu'elles entraînent. A cette dernière catégorie appartiennent toutes les variétés de sarcome et de carcinome ; à la première les sarcomes juvéniles, les endothéliomes et leurs dérivés, parfois aussi les tumeurs dermoïdes. Toutes les autres tumeurs sont bénignes, tant qu'elles ne sont pas situées à l'entrée des voies respiratoires et digestives supérieures où toute tumeur d'un certain volume peut devenir dangereuse, si lent que soit son développement. De plus toutes les tumeurs de la bouche et du pharynx étant exposées à des traumatismes fréquents, elles peuvent présenter des lésions et des complications secondaires et surajoutées qui les font confondre avec des tumeurs malignes ou des lésions spécifiques.

Au point de vue symptomatique, les troubles respiratoires seront toujours le premier signe d'une tumeur tant soit peu considérable siégeant dans les fosses nasales ou l'épipharynx ; en outre, les hémorragies par troubles circulatoires et traumatismes inévitables sont fréquentes surtout si la tumeur a atteint un certain développement. Elle s'accompagne parfois de suppurations qui, ainsi que les proliférations secondaires de la muqueuse, peuvent induire en erreur. La torsion du pédicule ou l'étranglement de tumeurs bénignes ainsi que la nécrose spontanée de tumeurs malignes déterminent des phénomènes infectieux et des hémorragies. A une période avancée ces troubles n'ont plus qu'une valeur

clinique et non de diagnostic. Signalons également comme conséquence de la compression exercée par les tumeurs volumineuses et de l'extension de tumeurs malignes, la formation de nécroses osseuses qui peuvent prêter à confusion avec des accidents spécifiques tertiaires.

Dans la cavité buccale les tumeurs de petit volume produisent une gêne caractéristique qui détermine une salivation continue lorsqu'elles atteignent un volume plus considérable, la mastication devient difficile, les douleurs sont naturellement fréquentes, et lorsqu'elles siègent à la partie postérieure de la cavité buccale, elles provoquent de bonne heure du trismus réflexe ou mécanique, surtout quand le pli intermaxillaire est envahi.

Les tumeurs pharyngiennes, en dehors des troubles précédents, produisent encore des troubles de la déglutition, et facilitent la pénétration des aliments dans les fosses nasales ou le larynx; enfin elles déterminent des douleurs irradiées dans l'oreille.

Le traitement consistera surtout dans la destruction ou l'extirpation totale; autant que possible on interviendra par les voies naturelles, mais dans les tumeurs malignes on devra souvent recourir à des interventions préliminaires. Même dans les tumeurs nasales siégeant au voisinage du vestibule il ne faut pas reculer devant une rhinotomie et un large champ opératoire, si elles ne sont pas très apparentes, ou si une récidive a suivi une intervention endonasale.

Dans les tumeurs de la partie antérieure de la cloison, on pratiquera la rhinotomie latérale; dans les tumeurs de la région latérale de l'éthmoïde, la luxation temporaire des os propres du nez; dans les tumeurs haut situées la résection temporaire de l'auvent nasal.

Pour atteindre certaines tumeurs du pharynx, il sera également nécessaire dans certains cas de procéder à des interventions préliminaires sur le squelette.

RHINO ET PHARYNGOPATHIES DANS LES MALADIES GÉNÉRALES

En dehors des inflammations symptomatiques déjà décrites, le nez et le pharynx participent encore à beaucoup d'autres affections générales.

L'**anémie** avec décoloration des **muqueuses**, s'observe dans l'anémie et la chlorose, et l'on voit les malades accuser une sensation de sécheresse anormale de la gorge et du nez, avec toux et sensation de corps étranger. On sait que les chlorotiques ont une tendance particulière aux affections des dents et des gencives.

Le **diabète** s'accompagne aussi de sécheresse avec atrophie des muqueuses.

L'**hyperémie** surtout passive accompagne la plupart des maladies des voies digestives et des affections circulatoires: cirrhoses hépatiques, rénales et maladies du cœur. A un léger degré, on n'observe qu'une rougeur de la muqueuse bucco-pharyngée avec hyperémie du tissu érectile du nez; plus tard on constate une dilatation persistante, des varicosités à la base de la langue et du naso-pharynx, finalement des hémorragies. Celles-ci constituent également un signe caractéristique du scorbut (pl. I, fig. 1, pl. XVII, fig. 4) de la maladie de Werlhof, de celle de Barlow, de la leucémie et de la pseudo-leucémie. Cette dernière affection s'accompagne souvent d'hypertrophie de l'anneau lymphatique pharyngien.

Sous l'influence de TROUBLES CHRONIQUES DE L'INTESTIN se développe la glossite de Muller, très rare il est vrai, et caractérisée par une inflammation superficielle exsudative de la langue, dont les éruptions ressemblent à celles de la langue géographique mais qui sont permanentes et douloureuses.

La muqueuse nasale est souvent atteinte de **troubles vaso-moteurs**, surtout chez la femme. L'hyperémie menstruelle du tissu érectile se caractérise par des symptômes d'obstruction ou même d'un violent catarrhe, de même que la ménopause détermine des troubles analogues qui attirent plus ou moins l'attention et peuvent aller jusqu'à l'asthme. De plus, on peut observer comme trouble supplémentaire de la menstruation et à la période de la ménopause, des hémorragies nasales, parfois d'une abondance extraordinaire et dont il est d'autant plus important de reconnaître la véritable nature que les hémostatiques sont inefficaces, tandis que l'extrait d'hydrastis canadensis est aussi efficace que dans les métrorrhagies.

Des **troubles trophiques** accompagnent parfois le tabes et la syringomyélie. Dans le tabes on peut observer la chute des dents et des ulcérations analogues au mal perfor-

rant ; la syringomyélie peut déterminer des ulcérations traumatiques consécutives aux hyperesthésies.

Les muqueuses peuvent parfois participer aux **affections des téguments** ; c'est ainsi que dans presque la moitié des cas de lichen plan, on constate de petits nodules blancs, indurés, pouvant atteindre la grosseur d'une lentille dans la bouche et sur le palais, groupés en cercle. Dans le pemphigus bulleux ou végétant, la localisation buccale n'est pas rare et assombrit en général le pronostic. Les éruptions sont toujours bien moins distinctes sur la muqueuse, où les bulles ne persistent jamais longtemps, qu'à la surface des téguments. Il en est ainsi pour les ulcérations buccales de l'érythème exsudatif.

TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES

TROUBLES MOTEURS

a) TROUBLES HYPOKINÉSQUES

On observe parfois des *troubles hypokinésiques d'origine musculaire* au niveau du releveur de l'aile du nez, soit par faiblesse congénitale, soit par atrophie due à l'inactivité du muscle dans la respiration buccale, il ne se contracte plus pendant l'inspiration et par suite rend la respiration très difficile. Le seul moyen de remédier à ce trouble consiste dans l'introduction d'appareils rigides dont le meilleur est celui de Schmithuisen.

Les **paralysies** des muscles bucco-pharyngés reconnaissent comme origine des lésions nerveuses ; on les observe dans la *paralyse bulbaire* où les lèvres, la langue, le voile du palais et les muscles profonds du pharynx sont atteints ; il en résulte une gêne de la parole et de la déglutition ; les aliments n'étant plus portés jusqu'à l'œsophage restent en partie sur la base de la langue. Une partie de ces symptômes bulbaires sont également produits par d'autres affections des noyaux bulbaires ils surviennent en particulier dans les maladies du système nerveux (tabes, sclérose etc.), dans les tumeurs et dans les affections syphilitiques. Dans ce cas, ce sont toujours les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien qui sont atteints, la participation

du facial à l'innervation du pharynx étant encore douteuse, il est probable que ce sont des variations individuelles de ses branches qui permettent d'expliquer la participation de ce nerf à l'innervation du voile dans certains cas et non dans d'autres. On observe parfois la *paralyse périphérique des nerfs* dans les tumeurs et suppurations de la base du crâne ; rarement isolées, elles sont le plus souvent associées à des paralysies d'autres nerfs crâniens ou médullaires. Il est plus fréquent de rencontrer des névrites isolées d'origine infectieuse, en particulier les névrites post-diphthériques au niveau du voile et de la luette, mais on les observe aussi consécutivement à d'autres pharyngites ou à des amygdalites infectieuses ou à la suite de compression.

Dans les formes graves on diagnostique facilement ces paralysies par le reflux des aliments dans les fosses nasales car l'occlusion du voile est insuffisante et par la rhinolalie ouverte. Habituellement les parésies et paralysies du voile sont bilatérales ; la paralysie du spinal seul provoque l'unilatéralité, et dans ce cas elle est compliquée de paralysie récurrentielle. Cette lésion est symptomatique d'une lésion de la base du crâne.

La paralysie totale du pharynx peut nécessiter l'alimentation artificielle, pour prévenir également les pneumonies par déglutition. Lorsque ces paralysies périphériques ont une tendance à la guérison ou à l'amélioration on les traite par le massage local et la faradisation combinés à la strychnine.

b) TROUBLES HYPERKINÉSQUES

Parmi les troubles hyperkinésiques, on observe parfois chez les sujets nerveux, au moment précis où ils veulent parler, des **contractures** des lèvres pouvant s'étendre à d'autres muscles de la parole, et déterminant une forme de bégaiement. On a pu observer une névrose professionnelle, sous forme de crampes de la langue, chez des clarinettes. Des troubles moteurs du voile provoquent chez des paralytiques généraux et chez des hystériques l'ouverture de l'épipharynx au lieu de son occlusion avec toutes ses conséquences.

Des contractures toniques et cloniques de l'orbiculaire des lèvres, des muscles de la langue et des masticateurs (trismus)