

des angines, maladies médicales dont le traitement n'est qu'exceptionnellement confié à un chirurgien.

Il faut rapprocher de ces affections inflammatoires les gommés *syphilitiques* du voile et de la voûte palatine et les perforations qu'elles peuvent entraîner.

Les gommés palatines sont faciles à reconnaître à cause de leur forme, de leur siège central et de leur évolution rapide. Elles laissent à leur suite soit une perte de substance qui dans le palais mou se traduit par un orifice, soit une ulcération donnant lieu à une ostéite qui déterminera ultérieurement un sequestre. Elles ne peuvent être confondues qu'avec des gommés tuberculeuses. Nous allons indiquer, à propos des perforations, les caractères qui permettent de distinguer ces deux lésions l'une de l'autre.

Les perforations peuvent siéger sur le voile du palais ou sur la voûte osseuse. Nous nous occuperons de celles qui affectent le squelette, car ce sont les plus intéressantes. Tout ce que nous dirons de ces dernières au point de vue étiologique peut du reste s'appliquer aux pertes de substance du voile. Le diagnostic en est facile, puisque la simple inspection montre la communication de la bouche avec les fosses nasales, mais la recherche de la cause de la perforation est plus délicate : souvent il s'est écoulé un temps assez long depuis la formation de l'orifice. Les souvenirs du malade sont plus ou moins précis et il ne donne au clinicien que des renseignements vagues sur l'origine ou la marche de la lésion et sur les symptômes de syphilis qu'il a pu présenter. Il faudra donc reconnaître la vérole indépendamment du malade, sans son secours.

Les perforations congénitales ou par plaies par armes à feu facilement éliminées, on n'aura qu'à discuter deux diagnostics et à se demander si la perte de substance a été produite soit par une ostéite syphilitique, soit par une lésion scrofulo-tuberculeuse. On distinguera la perforation d'origine tuberculeuse aux caractères suivants : au siège d'abord, elle est en effet aussi rare à la voûte osseuse qu'y est fréquente la perforation syphilitique. Elle se rencontre, au contraire, au voile du palais. Elle est enfin toute petite, presque filiforme.

La perforation syphilitique a de plus été précédée de ma-

nifestations pathologiques qui n'ont pas pu passer inaperçues et qui sont d'un précieux secours pour le diagnostic.

La gomme qui lui donne naissance débute en effet par les fosses nasales en général au niveau des articulations des deux palatins et du vomer. Elle est accompagnée d'un coryza syphilitique se manifestant par un ozène toujours remarqué du malade. Ce dernier même se souvient quelquefois avoir rendu de petits sequestres par le nez et vous indique que la tuméfaction palatine ne s'est montrée que plus tard. L'un de nous, en effet, a attiré depuis longtemps l'attention sur ce point qu'il s'agit presque toujours d'une périostite en quelque sorte bipolaire qui produit la mortification de la partie osseuse intermédiaire. Tous ces renseignements sont précieux et devront toujours être recherchés.

Les *affections chroniques* que nous avons à étudier dans ce chapitre sont spéciales au palais ; ce sont des tumeurs dont le diagnostic doit être fait à part, ou communes aux amygdales, au voile du palais, à une partie du pharynx, en un mot à cette région qu'on est convenu d'appeler l'arrière-bouche. Ce sont alors des tumeurs malignes qui, à cause de la similitude de leurs symptômes, demandent une étude d'ensemble.

**Diagnostic des tumeurs du voile du palais et de la voûte palatine.** — La voûte palatine comprenant dans ses parties molles les mêmes éléments anatomiques que le voile du palais peut donner naissance à des tumeurs de même nature quoiqu'elles y soient moins fréquentes. Ce que nous dirons donc plus spécialement au sujet du palais mou pourra s'appliquer aux néoplasmes du palais dur. Ce dernier, vu son squelette, peut cependant être atteint de tumeurs d'origine osseuse qu'on ne rencontrera pas au voile du palais. Ce sont des exostoses, des ostéo-sarcomes, des kystes dentaires, affections sur lesquelles nous n'avons pas à revenir, nous en étant occupés à propos de la face. On voit que la première chose à faire quand on se trouve en présence d'une tumeur de la voûte palatine, c'est de rechercher sa consistance ; si elle donne la sensation de la dureté osseuse, on songera aux maladies que nous venons de citer. Si, au

contraire, elle se présente sous la forme d'une tumeur liquide ou d'une tumeur solide sans dureté osseuse, on aura affaire à un néoplasme des parties molles, le plus souvent du voile du palais, et c'est, comme nous l'avons dit, cette région que nous aurons principalement en vue.

Parmi les *tumeurs liquides*, nous trouvons quelques exemples d'*anévrismes* des artères palatines. Les symptômes que ces anévrismes présentent partout seront plus difficiles à reconnaître au palais à cause de la petite dimension de la poche et aussi à cause de sa situation profonde. Ces anévrismes sont très rares et il suffira d'avoir l'attention appelée de ce côté pour y songer dans les cas douteux.

Les *angiomes* sont plus fréquents. On les reconnaît d'ordinaire à leur coloration bleuâtre qui montre leur constitution veineuse et à leur réductibilité partielle. Il faut savoir que ces symptômes peuvent faire défaut. On se basera alors sur la congénitalité de la tumeur et sur sa consistance.

Les autres tumeurs liquides non vasculaires sont des *kystes* à contenu sébacé ou muqueux, sur la nature desquels on n'est pas fixé et qui paraissent être des kystes congénitaux dermoïdes ou mucoïdes. Leur diagnostic est bien entendu très difficile à établir et devra être fait en se basant sur la congénitalité de la tuméfaction, sur son évolution lente et sur sa consistance. Il n'en existe du reste que quatre ou cinq cas et nous ne les citons que pour mémoire.

Bien plus fréquentes sont les *tumeurs solides* et surtout celles auxquelles on est convenu de donner aujourd'hui le nom de *tumeurs mixtes*, à cause de la multiplicité des éléments qui les composent. Elles prennent naissance dans les glandules salivaires qui tapissent la muqueuse palatine et ont les mêmes caractères que celles qui naissent dans la parotide avec laquelle elles seront plus longuement étudiées. Nous nous bornerons donc ici à énumérer les particularités qu'elles empruntent à leur siège sur le voile du palais.

Elles occasionnent nécessairement par leur volume des troubles fonctionnels tels que de la gêne dans la phonation, des troubles dans la déglutition et quelquefois même des accès de suffocation. Elles ont cela de commun avec toutes les tumeurs du palais.

Elles se rencontrent de préférence chez des individus jeunes, ont un siège latéral, peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule, sont arrondies, bien limitées et ne prennent pas d'adhérences avec la muqueuse palatine qui reste mobile sur elles. Ce sont des tumeurs bénignes, car elles ne récidivent pas, ont une marche très lente et n'infectent pas les ganglions correspondants. Ces caractères permettront de les différencier du tuberculome qui est rare dans cette région, mais principalement de la gomme syphilitique, non encore suppurée, qui évolue rapidement, n'est pas facilement limitée par le toucher et détermine de suite des adhérences avec la muqueuse.

Il est assez délicat de faire un diagnostic différentiel entre ces tumeurs et les autres tumeurs bénignes, puisqu'à l'heure actuelle à peu près toutes, pour ne pas dire toutes les tumeurs du voile, sont considérées comme composées de plusieurs éléments. Tout au plus pourra-t-on chercher à reconnaître celui qui prédomine.

Si le néoplasme est élastique, dense, ressemble au fibrome, on pourra en déduire que l'élément fibreux y est très abondant; si on trouve des noyaux résistants, de consistance cartilagineuse, on se trouvera en présence d'une tumeur appelée autrefois chondrome et qui est simplement plus riche en tissu cartilagineux que les autres.

Les lipomes qu'on paraît avoir rencontré à l'état pur à la voûte et au voile, seront différenciés des tumeurs mixtes, grâce à leur mollesse, à leur couleur jaune et à leur lobulation; ils pourraient être confondus avec une production kystique formée, comme cela se voit, dans le sein d'une tumeur mixte. Dans ces cas douteux, la ponction est autorisée et renseigne le clinicien.

Outre ces tumeurs bénignes, il existe au palais des *tumeurs malignes*, ce sont le sarcome et l'épithélioma. Que ce sarcome ou cet épithélioma aient été primitifs ou qu'ils ne soient que le résultat de la transformation ou de l'évolution d'une tumeur mixte; les signes sont absolument les mêmes et nous allons les indiquer.

Le sarcome se reconnaît à sa marche rapide, à son augmentation de volume, aux adhérences qu'il ne tarde pas à

contracter avec la muqueuse et à l'ulcération qui ne tarde pas à se produire. Arrivée à ce degré, la tumeur sarcomateuse est facile à dépister. Il n'en est pas de même au début de son évolution. A ce moment elle est encore circonscrite, de consistance assez résistante et le diagnostic ne peut que rester hésitant jusqu'à ce que la marche du néoplasme vienne lever les difficultés.

Quant à l'*épithélioma*, il est beaucoup plus mal limité, donne lieu à des adhérences précoces, s'ulcère de bonne heure et détermine très tôt un engorgement ganglionnaire type. On retrouve quelques-uns de ces caractères dans le sarcome, mais le volume moindre de la tumeur dans l'*épithélioma*, sa consistance plus dure que dans le sarcome, qui, lorsqu'il envahit les ganglions, se manifeste sous forme de masses volumineuses et relativement molles, bien différentes de la pléiade ganglionnaire du véritable cancer, permettront de distinguer ces deux tumeurs malignes l'une de l'autre. Nous ne voulons parler ici que du petit *épithélioma* à son début, limité au voile du palais ou à la voûte osseuse. Quand on soupçonne l'envahissement du squelette, il faudra se rendre compte du degré du mal et de la profondeur à laquelle les lésions ont pénétré dans l'os. A cet effet on enfoncera une aiguille, une épingle dans le néoplasme et si elle pénètre facilement dans les tissus c'est que l'os aura été détruit à ce niveau.

Le palais dans sa partie molle et dans sa partie dure peut être atteint par des tumeurs malignes provenant de la base de la langue ou de l'amygdale ; nous allons étudier ces lésions dans le chapitre suivant.

**Diagnostic des tumeurs de l'arrière-bouche.** — Les tumeurs bénignes sont rares dans l'arrière-bouche et intéressent peu le chirurgien. On a signalé des fibromes de l'amygdale, des lipomes qui présentent en plus des caractères ordinaires celui de se pédiculiser et de devenir quelquefois une véritable masse polypeuse. L'étude des tumeurs malignes au contraire nécessite un chapitre à part. Leur siège, leurs rapports anatomiques en font des affections très graves et sur lesquelles on ne peut agir que tout à fait au début. Il est donc très

important de reconnaître le plus vite possible le *cancer de l'arrière-bouche*.

Aussi toutes les fois qu'un malade souffrira de la gorge d'une façon constante, aura de la gêne de la déglutition ou qu'il existera des douleurs d'oreilles (otalgie) persistantes, il faudra examiner la gorge avec le plus grand soin. Il en sera de même lorsque aux environs de l'angle de la mâchoire on trouvera un engorgement ganglionnaire que rien ne peut expliquer.

Pour fouiller attentivement la région amygdalienne et l'arrière-gorge, il faudra dire au malade qui aura ouvert grandement la bouche de montrer les dents. Ainsi la plus grande quantité possible de lumière viendra éclairer la région, qui sera examinée avec encore plus de facilité si à l'aide de l'index mis en crochet on refoule en arrière la commissure labiale.

Il faut savoir que ces manœuvres qui s'accompagnent de l'abaissement de la langue, sont parfois fort délicates quelquefois même impossibles à cause d'un certain degré de constriction des mâchoires. Elles devront toujours être tentées; de même que le toucher pharyngien qui renseignera sur les notions de consistance, d'étendue et de rapports du néoplasme avec les organes voisins (voir *Exploration clinique*).

Quand la tuméfaction a déformé les régions amygdalienne et palatine, diminuant la largeur de l'isthme du gosier, quand elle présente une ulcération saignant facilement et reposant sur une masse dure, quand elle s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire; quand enfin la marche envahissante de la lésion est rapide, le diagnostic est facile, on a affaire à un cancer; mais tous ces signes ne sont pas toujours réunis et dans certains cas, surtout au début, on peut se demander si par exemple on n'est pas en présence d'un chancre ou d'un accident syphilitique soit secondaire, soit tertiaire. Ici, comme partout ailleurs, on s'appuiera pour reconnaître la syphilis sur les caractères déjà indiqués maintes fois de l'ulcération, sur l'adénopathie précoce, sur l'évolution de l'infection et les autres stigmates qu'a pu et que peut présenter le malade.

En dernier ressort, on aura le traitement d'épreuve pour juger définitivement la question.

Les ulcérations tuberculeuses seront aussi rejetées à cause de leur physionomie particulière, de leur coloration grisâtre, de leur indolence, de l'absence d'hémorragies et aussi à cause de leur marche beaucoup plus lente; nous avons du reste à propos de la langue (voir *Diagnostic des tumeurs de la langue*), indiqué complètement leurs caractères; ils sont les mêmes à la région pharyngienne.

Nous ne mentionnons que pour mémoire l'hypertrophie simple des amygdales, occupant les deux tonsilles, ne présentant pas d'ulcération, ne donnant pas lieu à une adénopathie, n'ayant, en résumé, aucun des caractères de la tumeur maligne.

Le diagnostic de cancer de l'arrière-bouche est donc relativement facile. Il est plus difficile de savoir si on a affaire à un épithélioma ou à un sarcome. C'est en s'appuyant sur les signes propres à chacune de ces tumeurs qu'on arrivera à avoir des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre: l'épithélioma à l'arrière-bouche, a une marche relativement lente par rapport à celle du sarcome. Il se rencontre principalement chez l'adulte; tandis que le sarcome peut s'observer dans le jeune âge. Ce dernier s'ulcère tardivement tandis que l'épithélioma montre une ulcération précoce reposant sur une base indurée formant une tumeur peu volumineuse si on la compare à celle du sarcome qui est beaucoup plus considérable, plus saillante, bosselée et d'une consistance plus molle. L'adénopathie est aussi bien différente. Formée dans l'épithélioma de petits ganglions durs, séparés au début les uns des autres, qui plus tard forment une masse ligneuse, immobile, adhérente à l'os, elle garde dans le sarcome les caractères de la tumeur principale, volume plus considérable, mollesse, absence d'adhérences et tendance à l'envahissement rapide du cou.

Nous n'avons pas fait de distinction entre le sarcome et le lympho-sarcome, car en clinique la chose a peu d'importance et il est difficile de distinguer ces variétés anatomiques l'une de l'autre. Disons en terminant que dans la plupart des cas, on se bornera à faire le diagnostic de tumeur maligne, ce qui est suffisant, car, quelle que soit la structure de la tumeur, la thérapeutique est toujours la même.

## RÉGION PAROTIDIENNE

### ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

Entre le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, en avant; l'apophyse mastoïde, à laquelle fait suite le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien en arrière; en haut, le conduit auditif externe et l'articulation temporo-maxillaire; en bas, une ligne fictive horizontale qui prolongerait le bord inférieur du corps de la mâchoire inférieure, se trouve un sillon plus ou moins accusé suivant les sujets, s'élargissant un peu dans l'extension de la tête et par la propulsion du maxillaire inférieur. On donne à ce sillon le nom de *région parotidienne*, il forme la base d'une excavation profonde, dite loge parotidienne, ou encore creux parotidien, creux de forme prismatique et triangulaire dont le sommet répond au pharynx ou mieux au paquet vasculo-nerveux du cou qui le sépare de cet organe et dont les parois au nombre de trois sont: postérieure, supérieure, antérieure.

La paroi postérieure musculaire est formée en allant de dehors en dedans par le muscle sterno-mastoïdien (bord antérieur), le ventre postérieur du digastrique, les muscles du bouquet de Riolan.

La paroi antérieure est limitée: par les bords postérieurs du muscle masséter, de la branche montante du maxillaire inférieur et du muscle ptérygoïdien interne.

La paroi supérieure est constituée par la portion cartilagineuse du conduit auditif externe.

Quant au sommet qui résulte de la réunion des parois antérieure et postérieure, il est situé, au-dessous et en avant, de l'apophyse styloïde du temporal.