

## V. — TUMEURS DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

La voûte palatine et le voile du palais sont bien plus rarement que les autres parois de la cavité buccale le siège de tumeurs. Quelques-unes sont de telles exceptions, comme les lipomes, les kystes, les fibromes purs, les angiomes, les anévrysmes, que nous ne saurions leur consacrer de description isolée. En réalité on ne voit guère en cette région que des tumeurs malignes et des tumeurs mixtes.

Ces dernières sont de beaucoup les plus intéressantes, et méritent d'être étudiées avec quelques détails.

**Tumeurs mixtes du voile du palais.** — La description de ces tumeurs est relativement récente. C'est en 1837 que Nélaton en observa le premier cas sur une jeune religieuse d'Orbec, qui lui avait été amenée par Récamier.

A cette époque, on ne connaissait guère dans cette région que des cancers et des lésions syphilitiques. Aussi, bien qu'il fût frappé des caractères insolites de la tumeur, Nélaton crut d'abord qu'il s'agissait d'un cancer. Mais devant la facilité de l'extirpation qui fut relativement simple, la tumeur se laissant énucléer, il réforma son diagnostic et pensa que la tumeur était bénigne. Sans doute Boyer et d'autres avaient déjà vu ces productions, et même reconnu leur nature bénigne, mais aucune description clinique ne se dégagait nettement de ces observations, d'ailleurs presque inconnues.

Si bien qu'en 1844 Vidal ayant présenté à la Société de chirurgie un cas de tumeur de la voûte palatine, aucun des membres n'osa se prononcer sur sa nature.

Dans le doute cependant tous conseillèrent d'en pratiquer l'extirpation. La tumeur enlevée leur fut montrée de nouveau, et l'incertitude n'en persista pas moins.

Ce fut véritablement Nélaton qui appela l'attention sur cette variété de tumeurs. Sa première malade lui en avait si parfaitement enseigné les signes, qu'un autre cas s'étant un peu plus tard présenté à son observation, il en fit sans hésitation le diagnostic.

Aussi était-il fondé à revendiquer la priorité, quand Michon, en 1851, vint communiquer à la Société de chirurgie son cas célèbre. On parlait beaucoup à ce moment des adénomes, que Lebert venait de décrire. La tumeur extirpée par Michon cadrait avec la théorie nouvelle, et rentrait dans la catégorie des hypertrophies glandulaires, d'après l'étude histologique qu'en avaient faite Ch. Robin et Denucé.

Puis vinrent des observations de Velpeau, Laugier, Letenneur, Desprès, les thèses de Python (1), de Barrière (2), de Ott (3), de Fonnegra (4), etc.

(1) PYTHON, thèse de Paris, 1875.

(2) BARRIÈRE, thèse de Montpellier, 1878.

(3) OTT, thèse de Paris, 1880.

(4) FONNEGRA, thèse de Paris, 1883.

Aujourd'hui l'affection, cliniquement bien connue, donne encore lieu à des opinions contradictoires au sujet de sa nature véritable et de son origine. Son point de départ dans les glandes paraissait une vérité indiscutable, mais dans ces dernières années ont paru en Allemagne des travaux qui conduisent à une tout autre interprétation. Un remarquable mémoire de M. le professeur Berger vient bien à propos d'exposer et d'expliquer ces divergences. L'étude méthodique d'observations récentes, où les pièces ont été examinées avec soin à ce point de vue spécial, permet à l'auteur de prendre parti et d'appuyer la doctrine de l'origine glandulaire (1).

**Étiologie.** — Ces tumeurs sont peu fréquentes, bien qu'elles comprennent la presque totalité des tumeurs bénignes du voile palatin.

On ne les rencontre pour ainsi dire jamais au niveau de la voûte palatine osseuse. La règle qui ne comporte guère d'exception est qu'elles siègent au niveau du palais mou. Bien qu'on n'en puisse pas donner de raison plausible, le fait n'en est pas moins hors de toute contestation.

Un autre fait non moins curieux, c'est qu'elles prennent toujours naissance à la face buccale du voile du palais, jamais sous la muqueuse qui tapisse la face supéro-postérieure de celui-ci, du côté de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le sexe paraît avoir une certaine importance, car la plupart des cas ont été observés chez des femmes.

Bien qu'il y ait d'assez grandes différences dans l'âge des sujets qui en étaient porteurs, il s'agissait dans la majorité des cas d'individus jeunes.

On ignore les causes de l'affection et on ne trouve généralement dans les antécédents aucune circonstance qu'on puisse raisonnablement incriminer et faire intervenir comme facteur dans le développement.

**Anatomie pathologique.** — La tumeur est d'un volume très variable, elle présente les dimensions d'un pois, d'une noisette, d'une amande, d'une orange, du poing. Mais quelles que soient ses proportions, elle présente ce caractère, de première importance au point de vue de l'anatomie pathologique, d'être encapsulée, c'est-à-dire nettement circonscrite et susceptible d'être séparée sans difficulté ni violence des organes avoisinants. Ceux-ci sont refoulés, séparés, écartés, modifiés dans leur forme et leurs rapports, mais jamais détruits ni envahis.

La tumeur n'est jamais médiane et elle est toujours unique. C'est presque toujours à la partie antérieure du voile qu'elle commence à se développer. Elle est immédiatement recouverte par la muqueuse, dont la sépare un tissu cellulaire lâche, situé au-dessous du plan

(1) BERGER, *Revue de chir.*, 1897

que forment l'aponévrose et les muscles du voile du palais. Cette disposition explique que la tumeur fasse exclusivement saillie du côté de la bouche, et jamais du côté du naso-pharynx.

La tumeur est arrondie ou ovalaire dans son ensemble, mais lobulée, mamelonnée et bosselée. Chacune de ces saillies présente une surface arrondie et lisse. La consistance de la masse est dure, souvent très dure, comparable à celle du cartilage, du bois, du fibrome. Le tissu morbide crie sous le couteau, quand on fait la section de la tumeur. Celle-ci, sur la coupe, présente des points inégalement denses, les uns offrant une consistance presque molle, les autres une dureté con-

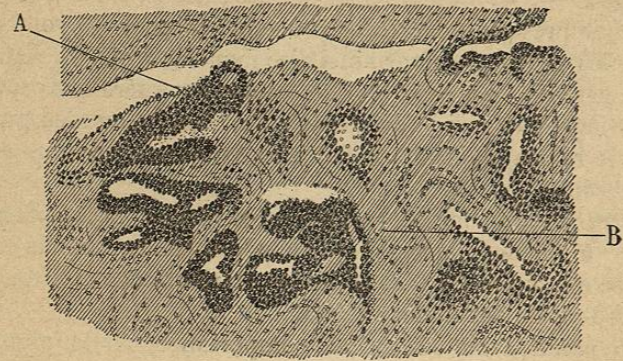


Fig. 28. — Coupe portant au niveau des boyaux d'épithélioma tubulé. Les tissus épithéliaux sont nettement distincts du tissu ambiant ; sur aucun point, ils ne se continuent avec le tissu. — A, boyaux épithéliaux ; B, tissu conjonctif (d'après une préparation de F. Bezançon. BERGER, *Revue de chirurgie*, 1897).

sidérable. On y trouve parfois à l'œil nu des îlots de cartilage, ou des parties calcifiées, mais cette dernière particularité est exceptionnelle.

Au microscope, on peut découvrir dans des préparations de ces tumeurs des dispositions très variables et des éléments très divers, du tissu conjonctif, du cartilage, des cellules embryonnaires, des cellules épithéliales ou épithélioïdes, réparties dans des proportions qui, au premier abord, rendent peu comparables les tumeurs qui ont fourni ces préparations.

Ce polymorphisme n'est qu'apparent, il est facile d'arriver à faire la synthèse des notions acquises dans ces examens successifs et de les résumer dans un clair schéma. Il y a deux choses à considérer dans ces tumeurs qui sont *mixtes*, d'une part des éléments épithéliaux ou épithélioïdes, de l'autre le stroma qui les entoure. Ce stroma est variable dans sa composition, formé principalement de tissu conjonctif, il contient du cartilage en proportion plus ou moins considérable, et parfois du tissu osseux (fig. 28). Tous les tissus qui entrent dans la composition du stroma sont des dérivés du tissu conjonctif, ils appartiennent à une même famille, et cette complexité histologique

n'apporte pas en somme d'obstacle insurmontable à l'interprétation des lésions. Il s'agit de tissus en quelque sorte secondaires et accessoires. Pour ce qui est des éléments épithéliaux, ils revêtent rarement une forme absolument pure et typique. Le plus ordinairement, ils sont irrégulièrement cubiques, ou polyédriques, et groupés de manière à former des cordons, des boyaux, pleins ou creusés d'une cavité, cylindriques ou moniformes.

Les proportions varient, mais au fond on peut toujours remonter au même point de départ. Quelle que soit la prédominance du stroma dans une tumeur où l'on rencontre des éléments épithéliaux, on ne peut guère se défendre de cette idée qu'ils ont été le siège initial du processus pathologique. Ces lésions constatées dans les tumeurs du voile du palais peuvent être assimilées complètement à celles qu'on rencontre dans les tumeurs de la parotide, des joues, des lèvres, et dès lors la conception des tumeurs mixtes telle que l'ont établie les travaux de Malherbe, Pérochaud et de Larabrie, leur est de tout point applicable.

L'origine glandulaire de l'affection ne saurait, d'après ces idées, être mise en doute. Non seulement les acini, mais le tissu conjonctif qui les entoure, deviennent le siège d'un processus pathologique, qui conduit, suivant qu'il prédomine dans un sens ou dans l'autre, à des différences morphologiques et cliniques. C'est, si l'on veut, de l'adénome, à condition de faire perdre à ce terme sa signification primitive, d'hypertrophie glandulaire vraie. C'est encore, si l'on veut, un épithélioma, un épithélioma enkysté, comme le dit Fonnegra, à condition de ne pas prendre ce mot dans son acception clinique habituelle. C'est dans tous les cas une tumeur d'origine glandulaire, se développant là où il y a des glandes et pas ailleurs, et revêtant même un aspect spécial, qu'on ne retrouve que dans les régions où existent des glandes salivaires.

Cette conception est simple et séduisante et paraît répondre aux diverses éventualités de la clinique. Cependant l'origine glandulaire des tumeurs du voile, comme celle des tumeurs de la parotide, a été fortement contestée. Ces productions prendraient naissance au voisinage des glandes, mais l'épithélium glandulaire n'y serait pour rien. Les boyaux, les cordons, les cavités tapissées de cellules d'aspect épithélial, ne proviendraient en aucune façon des acini, et l'interprétation généralement admise serait complètement erronée.

Il faudrait tout simplement faire table rase de cette opinion, surtout acceptée en France à l'heure actuelle, et admettre que les observateurs auraient été dupes d'une illusion. La prolifération des cellules des fentes lymphatiques a donné naissance à ces apparences. Il s'agit non d'épithéliome, mais d'endothéliome, de lymphendothéliome. C'est du moins ce qu'ont soutenu Billroth et Kolaczek, et plus récemment, Kaufmann, Nasse et R. Volkmann. Cette opinion