

est basée sur les considérations suivantes. Les phénomènes qu'on peut observer du côté des véritables acini glandulaires englobés dans la tumeur ne peuvent en aucune manière recevoir la signification de modifications actives et tendant à la prolifération. Ce sont bien, au contraire, des lésions de dégénérescence et d'atrophie.

D'autre part on peut saisir toutes les transitions qui conduisent, de la simple prolifération des éléments qui tapissent les fentes lymphatiques, jusqu'aux lésions définitives, présentant les aspects ordinairement observés sur les préparations.

Enfin l'examen des rapports des masses cellulaires avec les travées conjonctives qui les supportent serait tout particulièrement instructif et viendrait à l'appui de cette interprétation.

Le travail important de M. Berger vient réagir contre cette doctrine, et montrer que la conception endothéliale de la tumeur mixte, couramment admise en Allemagne, était loin d'être établie sur des bases incontestables. Tout au contraire, l'étude, soigneusement faite par Bezançon, des tumeurs opérées par M. Berger, vient confirmer la théorie glandulaire.

Une observation toute récente de Mauclaire et Durrieu (1) aboutit à la même conclusion, qui, jusqu'à plus ample informé, nous paraît aussi satisfaisante et raisonnable.

Cependant dans une thèse, qui précisément a eu pour point de départ le cas de Mauclaire, M. Pitance (2) n'accepte pas purement et simplement la théorie épithéliale telle qu'elle est formulée par les auteurs français. Ce n'est pas qu'il soit partisan de l'opinion allemande. Il rejette au contraire formellement l'origine endothéliale des tumeurs mixtes du voile, « qui ne repose sur aucun fait précis ».

Mais « la théorie glandulaire est passible de plusieurs objections, dont la plus grave nous paraît être certainement l'impossibilité dans laquelle elle se trouve d'expliquer la formation de certaines figures assimilables à des globes muqueux ».

Aussi admet-il une troisième hypothèse et pense-t-il que « les éléments épithéliaux des tumeurs mixtes se développent non pas aux dépens du parenchyme glandulaire, mais d'amas épithéliaux disséminés entre les acini ». Ces amas seraient développés en même temps que les glandes, puis auraient perdu toute connexion avec les conduits excréteurs. Ils auraient conservé leurs caractères embryonnaires et sommeillé, en quelque sorte, jusqu'au jour où, se développant, ils donneraient naissance à la partie épithéliale des tumeurs mixtes. Cette opinion peut être défendue, mais il faut avouer que, pour séduisante que soit cette conception, l'auteur n'apporte, à l'appui de son hypothèse, aucune preuve qui puisse entraîner la conviction.

Signes. — L'adénome palatin, indolent dans son évolution, n'est

(1) MAUCLAIRE et DURRIEU, *Soc. anat.*, 1897.

(2) PITANCE, thèse de Paris, 1897.

reconnu qu'au moment où il détermine quelque trouble dans le fonctionnement du voile, et c'est presque toujours une modification de la voix qui appelle l'attention de ce côté.

Chose curieuse, ce changement se manifeste quelquefois inopinément, et c'est du jour au lendemain que s'établit un changement, parfois très accentué, dans la prononciation. Ordinairement il n'en est pas ainsi, et c'est peu à peu et graduellement que la parole prend le caractère nasonné. Ce nasonnement n'est pas spécial à l'affection qui nous occupe. Toute maladie susceptible de gêner le fonctionnement du voile ou de changer les conditions de résonance de la cavité bucco-pharyngienne peut déterminer des phénomènes analogues. Cette gêne dans l'articulation des sons, d'abord insignifiante et tolérable, devient telle, quand la tumeur a acquis de grandes proportions, que la parole est presque incompréhensible. Il arrive même que, dans certains cas, très exceptionnels à vrai dire, le sujet en soit réduit à s'exprimer par gestes.

La déglutition est aussi compromise, mais d'une façon plus tardive. On peut alors observer le reflux des liquides dans les fosses nasales, ou leur chute dans les voies aériennes. Quand il s'agit d'une grosse tumeur, l'alimentation peut rencontrer de grandes difficultés, le pharynx étant obstrué mécaniquement. Dans un cas de Berger, la gêne de la déglutition fut le premier symptôme. Le malade s'aperçut un jour en se réveillant qu'il avait de la peine à avaler. Regardant sa gorge, il y découvrit la tumeur.

Ce début, brusque en apparence, fut même cause d'une singulière erreur de diagnostic. Un médecin crut reconnaître un phlegmon amygdalien et pratiqua une incision.

A vrai dire, dans la plupart des cas, un nasonnement assez prononcé est pendant longtemps le seul signe fonctionnel.

Habituellement il n'existe aucune déformation extérieure. Cependant on a vu parfois une saillie de la région parotidienne ou sous-angulo-maxillaire. Il faut pour cela que la tumeur soit considérable. Ordinairement, non seulement elle fait saillie exclusivement dans la cavité buccale, mais elle n'empêche même pas la parfaite occlusion de la bouche.

Quand on examine celle-ci, on constate une déformation toujours considérable de la région palatine (fig. 29). Celle-ci est asymétrique. Une des moitiés est occupée par une tumeur qui prédomine sous forme d'une masse arrondie, de coloration rosée ou légèrement grisâtre.

La muqueuse, soulevée par la tumeur, ne paraît pas altérée, car on n'y voit ni ulcération, ni vascularisation anormale, ni altération de son épithélium, ni changement notable dans son aspect.

A la palpation on sent d'ailleurs que cette muqueuse glisse à la surface du néoplasme et qu'elle en est indépendante. La tumeur est toujours parfaitement limitée en avant et en dedans. On sent avec la

plus grande facilité ses contours arrondis, nettement séparables des parties molles voisines.

Quand la tumeur est petite, on peut faire aussi les mêmes constatations du côté externe. Quand elle est grosse, elle s'étend en dehors, dédouble le pilier du voile, s'enfonce vers l'espace maxillo-pharyngien, et l'exploration reste de ce côté difficile et incertaine, cette partie de la tumeur étant profonde et voilée par une notable épaisseur de

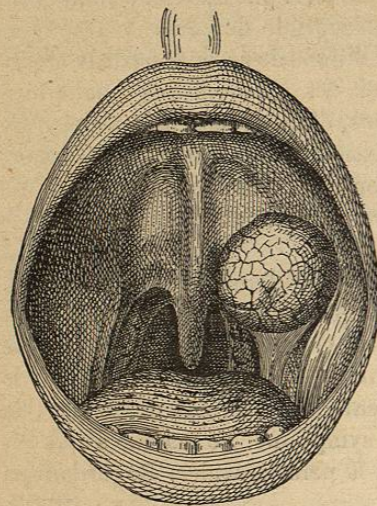


Fig. 29. — Aspect extérieur d'une tumeur mixte du voile du palais (d'après BERGER, *Revue de chirurgie*).

parties molles. Elle peut s'étendre aussi en avant et en dedans. En avant, elle empiète alors sur la voûte palatine osseuse, mais ne s'étend jamais bien loin de ce côté. En dedans, elle ne dépasse pas le raphé du voile; mais elle est toutefois susceptible de dépasser notablement la ligne médiane, en repoussant la moitié saine.

D'abord parfaitement mobile, la tumeur, en augmentant de volume, acquiert de la fixité, mais presque toujours on peut lui imprimer, même aux stades avancés de l'affection, quelques légers déplacements. On a pu croire parfois qu'il y avait des adhérences au maxillaire, à la lame horizon-

tales du palatin ou à l'apophyse ptérygoïde. Il n'en est rien. Ces adhérences n'existent que dans le cas de tumeur maligne.

Le doigt promené sur la partie accessible de la tumeur perçoit quelques bosselures et inégalités, et reconnaît aussi sa consistance ferme, sa dureté uniforme.

En abaissant la langue, on en voit la limite inférieure du néoplasme, on se rend compte aussi que la luette est respectée dans sa forme, mais généralement déviée du côté sain, que le pilier antérieur est souvent dédoublé et l'amygdale repoussée en dedans.

Quand la tumeur est de petit ou de moyen volume, on peut faire encore une dernière exploration qui consiste à introduire derrière le voile du palais le doigt recourbé en crochet.

Cette manœuvre, dans le cas particulier, est négative. La tumeur, en effet, ne fait pas saillie du côté dorsal. Ceci explique que la respiration nasale ne soit pas compromise. Quand il existe quelque trouble dyspnéique, cela tient à ce que la tumeur descendant dans le pharynx est venue proéminer au-dessus de l'orifice supérieur du larynx et l'obturer plus ou moins. On observe alors une gêne respiratoire inter-

mittente ou continue, modifiée par l'attitude du malade, qui respire mieux quand il est couché du côté de la tumeur. Mais ce sont là des phénomènes exceptionnels.

Il n'y a jamais de douleur véritable, jamais d'adénopathie, et l'état général est conservé tant que n'interviennent pas des troubles de la déglutition ou de la respiration, et cette émaciation tient alors à une alimentation insuffisante, à une hématoïse imparfaite, à la privation de sommeil, mais non à un retentissement du néoplasme sur le reste de l'économie.

L'évolution de la maladie est fort lente; parmi les cas connus, plusieurs dataient déjà de longues années.

Les plus anciennes ne sont pas toujours les plus volumineuses, l'accroissement peut être plus ou moins rapide, chaque tumeur ayant pour ainsi dire sa marche propre.

Abandonnée à elle-même, on ne sait trop ce que deviendrait la tumeur, car tous les cas connus ont été opérés.

On sait cependant qu'elles sont susceptibles de récidiver après ablation, et qu'une extirpation incomplète entraîne une repullulation presque certaine.

Il n'est pas démontré, par contre, que ces tumeurs puissent, à un moment donné, changer de caractère et se comporter alors comme des tumeurs malignes. « Il ne faut pas oublier que ce sont des épithéliomas: mais aucun fait, jusqu'à présent, n'est venu justifier la présomption défavorable qui s'attache à ce diagnostic anatomique » (Berger).

Peut-être faut-il considérer comme des tumeurs mixtes très anciennes dont le stroma a subi la calcification ou l'ossification, ces pierres du palais dont nous possédons quelques observations (1).

Pronostic. — Le pronostic n'est pas toujours dépourvu de gravité, étant donné que l'affection ne rétrocede jamais, qu'on ne connaît pas d'exemple où elle soit restée absolument stationnaire, qu'elle a tout au contraire une tendance constante à augmenter, bien que cette augmentation se fasse avec lenteur, et qu'avec cet accroissement surviennent des troubles sérieux de la parole, de la déglutition et même de la respiration, et qu'enfin l'affection puisse récidiver après ablation. Voilà plus qu'il n'en faut pour n'en jamais différer l'extirpation.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général très aisé. La présence d'une tumeur *dure, arrondie, mobile*, proéminente à la face antérieure du voile *sans altérer et sans ulcérer la muqueuse*, ne permet pas de s'arrêter à l'idée de syphilis, à laquelle on pense toujours en cette région, siège d'élection des lésions tertiaires ou héréditaires, ni à celle de cancer qui a des caractères tout opposés. Les affections qui pourraient simuler les tumeurs dont nous nous occupons sont vrai-

(1) KRUGER, cité par JOURDAIN, *Maladies de la bouche*, Paris, 1778. — ANSELMIER, *Union médicale*, 1856.

ment trop rares pour qu'on en puisse sérieusement tenir compte. Ainsi on a cité quelques cas de fibromes. Encore en est-il de contestables.

Ainsi celui de Sabatier (1), où la tumeur, constituée en majeure partie par du tissu fibreux, présentait en certains points une structure myxomateuse, et çà et là des vestiges non douteux de culs-de-sac glandulaires considérablement distendus. En faisant rentrer les productions de ce genre dans la catégorie des tumeurs mixtes, on aura peu de chances de se tromper.

On a signalé aussi quelques lipomes palatins (Richet, Ollier, Péan (2), etc.). On peut les soupçonner à leur consistance molle et à la teinte jaunâtre qui transparait à travers la muqueuse (3).

Il y a encore des sarcomes du voile (Desprès, Tédenat, Heath, etc.), mais ceux-là encore doivent probablement pour un bon nombre rentrer dans le groupe complexe des tumeurs mixtes.

Desprès mentionne un kyste dermoïde latéral du voile et du pilier antérieur droit, mais il s'agissait d'un nouveau-né, la tumeur était fluctuante. Enfin il s'agit d'un cas bien rare, dont on ne peut guère rapprocher que ceux de Henrot et de Richard. C'est à peine si on connaît les kystes séreux (Saucerotte) (4) ou muqueux (Cruveilhier) (5).

Verneuil, sur un étudiant étranger, prit une fois un papillome volumineux de la base de la luvette pour un adénome, erreur qui serait incompréhensible si elle ne trouvait une explication naturelle dans un examen trop sommaire.

Les angiomes, peu fréquents, en tant que tumeurs limitées au voile, et dont on ne connaît que quelques observations (Le Fort, Moure, Lichwitz), ont leurs signes propres qui ne permettent pas la moindre confusion. Il en est de même des anévrysmes plus rares encore (6).

Leroux (7) cite dans sa thèse deux cas de lymphangiome du voile (Labit, Moure, de Bordeaux), et dont l'un aurait pu prêter à confusion. Une tumeur de consistance dure et résistante, donnant la sensation de tumeur fibreuse, était incluse dans l'épaisseur du voile. L'ablation en fut faite au bistouri, et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un angiome inclus dans le tissu conjonctif des couches profondes du chorion, avec de nombreuses dilatations lymphatiques, justifiant le diagnostic d'hémato-lymphangiome.

Tout cela est bon à signaler, à condition de répéter encore une fois que les tumeurs mixtes ont une physionomie propre, et qu'il est à peu près impossible de les confondre avec quoi que ce soit.

(1) SABATIER, *Lyon médical*, 1878.

(2) PÉAN, *Cliniques*.

(3) V. LABAT, thèse de Paris, 1874.

(4) SAUCEROTTE, *Gazette méd.*, 1856.

(5) CRUVEILHIER, *Traité d'anat. pathologique*. Paris, 1856, t. III, p. 360.

(6) TEIRLING, *Gazette méd.*, 1856.

(7) LEROUX, thèse de Bordeaux, 1893.

Peut-être cependant faudrait-il faire quelques réserves au sujet de certains sarcomes, qui prennent naissance sur les limites de la voûte osseuse et du voile palatin, ou sont même logés dans l'épaisseur du voile, et qui sont d'abord encapsulés comme les tumeurs mixtes. « Ceux-ci ne sont pas rares, dit le professeur Berger; ils présentent, du sarcome mélanique et du sarcome fasciculé jusqu'aux angio-sarcomes si proches des tumeurs mixtes, une série ininterrompue de degrés dans lesquels les caractères distinctifs s'atténuent et disparaissent. *A priori*, on peut dire que le sarcome a une marche plus rapide, qu'il s'accompagne plus promptement de troubles de compression et de douleurs, que sa consistance est surtout moins dure, moins régulière, qu'il envahit les parties voisines ou du moins qu'il envoie autour de lui des prolongements qui pénètrent dans les cavités des fosses nasales, du sinus maxillaire, dans la fosse ptérygoïde, la loge parotidienne, en usant le squelette de la face qu'ils déforment. Aucun de ces traits n'est propre au sarcome. Tous ou presque tous peuvent se retrouver dans les tumeurs mixtes. Aussi trouvons-nous dans les dernières publications des cas bien observés dans lesquels des sarcomes vrais du voile ont pu être pris pour des tumeurs bénignes. Ainsi le cas de Volkmann, où un angio-sarcome du voile avait été pris pour un fibrome. » Un cas de Berger lui-même est un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic.

Traitement. — L'ablation de la tumeur est, en général, une opération très simple. Une incision est pratiquée suivant le grand axe de la tumeur. Saisie avec une pince à traction, celle-ci est attirée, tandis qu'avec le doigt, les ciseaux, la spatule, on en pratique la libération.

Au bout de peu de temps, sans hémorragie, sans danger pour le malade, sans fatigue pour le chirurgien, la décortication est complète et le néoplasme extirpé. Il est bon de bien nettoyer la loge qui contenait la tumeur, de n'y laisser aucun débris, d'y promener une petite éponge imbibée de liquide antiseptique ou légèrement caustique. On a, en effet, accusé cette capsule d'être l'origine des récurrences, en conservant à sa surface des éléments de la tumeur. La réunion des lèvres de la plaie est facile, assurément, mais c'est prolonger l'opération, et la prolonger inutilement, car jamais on n'a vu survenir le moindre accident à la suite de l'extirpation; la réparation se fait même avec une surprenante rapidité.

L'intervention n'est pas toujours aussi simple. On a vu, au cours des manœuvres de décortication, le voile aminci se déchirer et présenter, l'opération terminée, une large perforation. Ici encore, il est inutile de suturer, il vaut mieux abandonner les choses à la réunion secondaire.

Mais il ne s'agit jusqu'à présent que de tumeurs accessibles par les voies naturelles. Nous avons vu, au cours cette étude, combien les tumeurs volumineuses différaient des petites au point de vue de

la mobilité, des connexions. Ces différences se retrouvent dans les interventions qu'elles comportent. Ce que nous venons de dire s'applique aux tumeurs de petit ou de moyen volume qui constituent le plus grand nombre. De temps à autre, on rencontre des tumeurs très volumineuses, s'enfonçant profondément vers l'espace maxillo-pharyngien, la région parotidienne ou la région sus-maxillaire, et qu'il est impossible d'enlever par les voies naturelles. On est alors conduit, soit à agir par la voie sous-maxillaire, comme l'a fait Quénu dans un cas communiqué à la Société de chirurgie, soit à pratiquer le débridement de la joue, soit enfin à recourir à une intervention complexe, comme l'a fait Berger dans un cas difficile, où il fut obligé d'aller, tout d'abord par une incision pratiquée derrière l'angle et la branche montante de la mâchoire, déloger un prolongement sous-parotidien, puis de fendre la joue, et enfin d'enlever la tumeur par morcellement.

Tumeurs malignes palatines (1).

Il est fréquent de voir la voûte ou le voile du palais envahis secondairement par des néoplasmes qui ont pris naissance dans un organe voisin, maxillaire, joue, amygdale, ou base de la langue. Ces propagations ont un certain intérêt clinique et, au point de vue opératoire, leur importance est considérable. Nous les laisserons cependant de côté, pour nous occuper exclusivement ici des tumeurs palatines proprement dites, primitivement développées dans le palais. Autant les envahissements secondaires sont communs, autant sont rares en cette région les tumeurs malignes primitives.

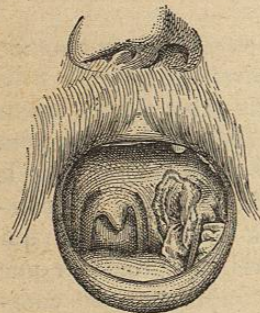


Fig. 30. — Cancer de l'isthme du gosier (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

Les recherches de Mourié montrent combien l'épithélioma du voile est une lésion exceptionnelle. Il n'a pu en recueillir qu'un bien petit nombre d'exemples, empruntés à White, Heurtaux, Page, Faguet et Cabanès, Cleveland. Trélat en cite un cas où l'affection avait débuté par un des piliers. Michelson et Mikulicz en figurent un analogue (fig. 30). A ces cas il faut joindre ceux plus récents, publiés par Schiffers, Katzenstein, Moure et Liaras, Krönlein. J'ai pu moi-même en recueillir une observation à l'hôpital Necker, dans le service de Le Dentu.

Les « cancers enkystés, les « épithéliomes enkystés » du voile n'ont

(1) BRISSAUD, *Soc. anat.*, 1876. — LUSSAUD, thèse de Bordeaux, 1883. — TRÈVES, *The Lancet*, 1886. — VILLEQUEZ, thèse de Paris, 1893. — MOURIÉ, thèse de Bordeaux, 1895. — MIKULICZ u. MICHELSON, *Atlas der Krankheiten der Mund.* — AUDRY et IVERSENC (de Toulouse), *Épith. dével. sur un lupus bucco-pharyngien* (*Revue de stomatologie*, 1897).

rien à voir avec l'affection qui nous occupe. Ce sont des tumeurs mixtes. Les tumeurs malignes dont il est question ici sont des épithéliomas véritables, du groupe des épithéliomas pavimenteux lobulés. Ils prennent généralement naissance au voisinage du bord libre du voile, au pourtour de la luette ou sur la luette elle-même. De là ils gagnent de proche en proche, envahissent en avant le corps du voile, mais progressent surtout latéralement le long de l'arc palatin.

Quand l'épithélioma a pris naissance au niveau de la voûte palatine proprement dite, ce qui est encore plus rare qu'au niveau du voile (Trélat, Verneuil, Kronecker, Lejars, etc.), il envahit rapidement le squelette et peut pénétrer dans le sinus maxillaire ou les fosses nasales.

Dans un cas de Brissaud l'épithélioma s'était développé au niveau d'une plaque palatine de leucoplasie buccale.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté sérieuse. La tumeur s'offre avec une grande netteté à l'examen par la vue et le toucher. Sur la voûte ou sur la face inférieure du voile et plus souvent à la partie postérieure de ce dernier, existe une masse irrégulière, bourgeonnante, mamelonnée, en forme de champignon ou de plaque irrégulière.

C'est, en effet, presque toujours l'aspect végétant que revêt d'abord l'épithélioma en cette région. Quand l'affection a débuté par la luette, la tumeur l'englobe rapidement et se substitue à elle, et prend la forme d'un chou-fleur.

Chez le vieillard dont j'ai recueilli l'observation, le néoplasme, du volume d'une noix, ayant envahi la luette dans sa totalité, était appendu comme un lustre au bord postérieur du voile du palais.

Seuls les papillomes, qui ne sont pas rares à ce niveau (1), pourraient, à un examen très sommaire, prêter à confusion. Mais ils sont souvent multiples, nettement pédiculés; leur surface est papillaire, couverte de petites saillies, bien plus régulières et bien moins volumineuses que dans le cas d'épithélioma (fig. 31), leur couleur est rosée, ou légèrement grisâtre, ils reposent sur des tissus parfaitement souples, on les voit habituellement chez des sujets jeunes. Ils ont, en définitive, une physionomie propre très différente de celle de la tumeur épithéliale, et celle-ci présente un aspect assez caractéristique pour qu'on la reconnaisse d'emblée, sans avoir besoin de recourir à la méthode des diagnostics par exclusion.

L'affection est par elle-même indolente, au début, du moins. Mais elle détermine une gêne mécanique des mouvements du voile du palais.

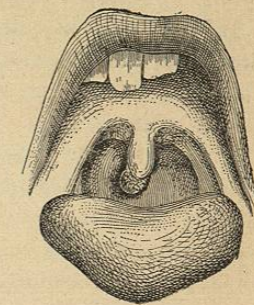


Fig. 31. — Papillome de la luette (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

(1) G. COURTADE, thèse de Paris, 1886. — BOURSIER, *Clin. chir. de Bordeaux*, 1887.