

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.

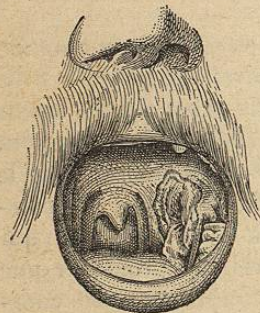


Fig. 30. — Cancer de l'isthme du gosier (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

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. — TRÉVES, *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.

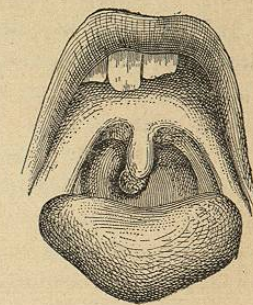


Fig. 31. — Papillome de la luette (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

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



La déglutition s'exécute d'une façon imparfaite et devient l'origine de quintes de toux par chute dans le larynx de parcelles alimentaires.

En outre, les traumatismes insignifiants, mais répétés, que cause le passage des aliments solides, déterminent parfois de légères hémorragies.

En outre, la tumeur entrant en contact avec la base de la langue et l'épiglotte, détermine des sensations de chatouillement, de picotement dans la gorge, ou encore des quintes de toux et des nausées.

On conçoit que les choses ne restent que peu de temps en cet état. Le cancer gagnant de proche en proche, l'isthme du gosier est bientôt envahi, et cette extension du néoplasme augmente progressivement la dysphagie. Puis surviennent les douleurs, l'engorgement ganglionnaire, l'amaigrissement, cortège habituel des tumeurs malignes, et aussi la terminaison obligée, la mort après une période de cachexie plus ou moins longue.

L'envahissement des ganglions peut être précoce et prendre des proportions considérables, alors que la lésion palatine est encore très limitée.

C'est par exemple ce qui se produit chez le malade de Katzenstein (1), qui présentait, avec un tout petit cancer de la luette, une volumineuse adénopathie sous-maxillaire. Cette tumeur ganglionnaire avait été le premier symptôme observé, la tumeur de la luette n'ayant encore révélé sa présence par aucune douleur ni par des troubles fonctionnels notables.

Le sarcome, contrairement à l'épithélioma, paraît se développer plus volontiers au niveau de la voûte palatine osseuse. Il est probable que ces sarcomes ne sont pas tous absolument comparables.

Un bon nombre doivent être des adéno-sarcomes, ayant pour point de départ les glandes de la région.

D'autres sans doute naissent directement du tissu conjonctif et des fentes lymphatiques. Ces tumeurs sont rares et leur interprétation est assez délicate. Le professeur Berger fait remarquer que cette difficulté est précisément une des causes du désaccord qui règne au sujet des tumeurs mixtes et de leur origine.

Dans plusieurs travaux importants parus sur ce sujet, il a relevé une certaine confusion entre les tumeurs dont le siège constant est le voile et celles qu'on ne rencontre habituellement qu'à la voûte, confusion qui conduisait à étendre aux tumeurs mixtes du voile des considérations anatomo-pathologiques applicables seulement aux tumeurs de la voûte. Ce qu'on appelle des tumeurs mixtes peut à la rigueur se rencontrer à la voûte, avec leur caractère habituel de bénignité, quelques rares exemples paraissent le démontrer. Mais les tumeurs qu'on y rencontre ordinairement ont une évolution toute

(1) KATZENSTEIN, *Berlin. medic. Gesellschaft*, 1852.

différente. Si au début il y a quelques analogies cliniques, les choses ne tardent pas à changer de face, et la tumeur se comporte comme une tumeur maligne, adhère au squelette, perfore la voûte et envahit les fosses nasales, évolue avec rapidité et entraîne la mort du sujet. Cette marche, qui rappelle si peu l'évolution lente et torpide des tumeurs mixtes du voile, suffirait à elle seule à les faire considérer comme une variété distincte.

Dépouillant les observations de Volkmann et Eisenmenger, M. Berger trouve que, « parmi les tumeurs de la voûte palatine dont ces auteurs ont rapporté l'histoire, il n'en est pas une qui ait présenté les apparences cliniques et la marche des tumeurs mixtes telles qu'on les observe au voile, aux glandes buccales, à la sous-maxillaire, à la parotide. Deux fois l'ulcération des téguments qui les recouvraient, dans presque tous les cas l'envahissement et la destruction des parties avoisinantes du squelette, dans un d'eux des récidives multiples et précoces, toujours l'accroissement rapide de la tumeur leur imprimaient un cachet de malignité relative. A côté de ces caractères cliniques, ceux tirés de l'examen histologique prouvaient, s'il faut en croire les observateurs en question, la provenance endothéliale de la tumeur. Mais, de leur propre aveu, cette structure était dans quelques cas celle même du sarcome, du chondro-sarcome, de l'angio-sarcome, et dans celles qui présentaient la constitution la plus complexe, à côté de parties rappelant les tumeurs plexiformes, les cylindromes ou même les tumeurs mixtes glandulaires, s'en trouvaient d'autres, où la nature sarcomateuse des tissus pathologiques ne pouvait faire aucun doute.

« Nous voyons donc qu'il s'agit là de faits anatomiques et cliniques absolument différents de ceux que nous avons constatés et décrits dans nos observations de tumeurs mixtes du voile, et il nous semble que les auteurs qui les ont publiés ont confondu des choses qui sont et doivent rester distinctes. »

Ces tumeurs palatines sont très variées dans leur structure. Il y a tout d'abord les types bien définis, des sarcomes purs, des sarcomes mélaniques, dont Trèves et Gussenbauer ont fourni des exemples et dont Michelson et Mikulicz figurent un très beau cas, puis des tumeurs qu'on peut, avec les Allemands, considérer comme des angio-sarcomes ou des endothéliomes, mais il est vraisemblable que la plupart sont d'origine glandulaire, et sont des adéno-sarcomes, des adéno-myxomes, des myxo-sarcomes, des chondro-myxomes.

Ces néoplasmes sont rares; ils n'apparaissent guère que dans l'âge adulte et ne sont pas plus fréquentes dans un sexe que dans l'autre.

Dans un cas de Desmartin et Jeanty, un sarcome de la luette et du voile s'était développé chez une petite fille de cinq ans.

En se développant, ces tumeurs soulèvent d'abord la muqueuse palatine qu'elles semblent décoller du squelette, s'étendant en avant



jusqu'aux incisives. En arrière elles peuvent s'étendre dans le voile qu'elles dédoublent, comme dans le cas de Trélat. Elles franchissent la ligne médiane quand elles ont acquis un certain volume.

Enfin il arrive un moment où la tumeur, cessant d'être encapsulée, envahit tout ce qui l'entoure, et en particulier la muqueuse qui la recouvre et le squelette sur lequel elle repose.

Le début, comme celui de tous les néoplasmes, est indolent et graduel, mais la saillie palatine est perçue de bonne heure par le malade.

Avec les progrès de la maladie, cette tumeur remplit la bouche, gêne considérablement la mastication et la parole, et oblige le malade à garder la bouche ouverte.

Les douleurs ne tardent pas à survenir, précédant ou accompagnant l'altération de l'état général.

Le diagnostic ne présente pas habituellement de grandes difficultés. Une fois écartés les abcès, qu'on ne saurait confondre avec l'affection dont il s'agit, la syphilis tertiaire, qui n'y ressemble guère, les tumeurs du voile, qui n'envahissent jamais la voûte, les tumeurs du maxillaire et des gencives, qui ne s'étendent sur la voûte que secondairement, sans s'arrêter sérieusement aux tumeurs bénignes, si exceptionnelles à la voûte, on arrive, pour ainsi dire d'emblée, à la notion de tumeur suspecte. Or les épithéliomes, bien rares d'ailleurs, s'accompagnent de lésions de la muqueuse qui sont caractéristiques.

Connaissant la rareté à la voûte des véritables tumeurs mixtes, on n'aura « pas besoin de faire un long diagnostic différentiel pour reconnaître l'adéno-sarcome » (Trélat).

Une mollesse ou une dureté plus grande feraient songer à du myxome ou à de l'enchondrome.

**Traitement.** — Le pronostic, qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithélioma, est assez sérieux pour qu'on doive procéder sans hésitation et sans retard à l'extirpation de la tumeur.

Cette opération est en général simple, quand la tumeur est petite; mais son gros volume, comme dans le cas de Trélat, le large envahissement du squelette, dans d'autres circonstances, peuvent rendre l'intervention laborieuse, émouvante et grave.

On est quelquefois conduit à pratiquer le débridement de la joue, ou même, comme l'a fait Kroulein, dans un cas, l'incision des deux joues. Mais habituellement les voies naturelles suffisent pour mener à bien l'extirpation.

J'ai assisté à l'ablation, par Verneuil, d'un de ces sarcomes palatins, qui avait pénétré dans les fosses nasales. L'opération fut pénible; les artères palatines postérieures donnèrent beaucoup de sang et cette hémorragie fut très difficile à arrêter. De nouvelles hémorragies se reproduisirent pendant la nuit et le jour suivant.

A sa visite du surlendemain, Verneuil, trouvant le malade exsangue, fit la ligature de la carotide externe gauche. L'écoulement du sang

s'arrêta immédiatement, mais il était trop tard, le malade épuisé succomba deux heures après.

Même quand on opère dans ces mauvaises conditions, de tumeurs étendues, largement adhérentes au maxillaire, on peut obtenir de beaux succès et des succès durables. Je vois souvent à la consultation de Broussais, où il vient se faire panser pour une gangrène sénile des orteils, un ancien malade de M. Le Dentu. Cet homme, opéré en 1871, d'un volumineux chondro-myxome palatin (1), est resté guéri. Sa tumeur avait envahi la voûte osseuse du palais, la fosse nasale, le rebord alvéolaire, et il a fallu, pour détruire tout le mal, faire de grands sacrifices. La large perte de substance, qui faisait communiquer la bouche et les fosses nasales, s'est rétrécie spontanément, d'une façon considérable. Mais il persiste un trou où peut passer facilement l'index. On aurait pu tenter l'oblitération de cet orifice, en prenant par exemple un lambeau sur la joue, mais le malade s'y est toujours refusé. Satisfait de l'appareil qu'il se confectionne lui-même, chaque jour, avec une boulette de papier, il n'a jamais voulu consentir non plus à porter une pièce prothétique.

#### TUMEURS DES AMYGDALES ET DU PHARYNX.

**Tumeurs bénignes des amygdales.** — Nous ferons rentrer, un peu de force, dans ce chapitre l'*hypertrophie simple* et les *calculs de l'amygdale*, puis nous consacrerons quelques lignes aux véritables *tumeurs bénignes*, qui sont, à la vérité, des curiosités bien rares.

**Hypertrophie des amygdales** (2). — On désigne sous ce nom une affection des enfants et des adolescents, dans laquelle les amygdales palatines sont le siège d'une augmentation de volume permanente, progressive, habituellement bilatérale, s'accompagnant de troubles fonctionnels variés, et ayant la plus fâcheuse influence sur la nutrition générale et le développement.

Il faut séparer immédiatement cette hypertrophie, qui constitue une maladie presque spéciale à l'enfance, non seulement de toutes les affections variées où l'augmentation du volume est liée à une cause, temporaire ou durable, mais évidente, comme une tumeur, un calcul, une inflammation aiguë, mais encore de certaines tuméfactions chroniques de l'amygdale, qui sont sous la dépendance d'amygdalites à répétitions. Il y a en pareil cas un travail de sourde inflammation qui persiste toujours au niveau des cryptes de

(1) LE DENTU, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1871.

(2) CHASSAIGNAC, *France méd.*, 1854 et 1855. — RICORDEAU, thèse de Paris, 1886. — VALLAT, *Gazette des hôp.*, 1888. — LENNOX BROWNE, trad. par D. Aigre. — BALME, thèse de Paris, 1887-1888. — SCHWARTZ, *Soc. de chir.*, Paris, 1890. — QUÉNU, *Soc. de chir.*, 1890. — TERSON, thèse de doctorat, Paris, 1891. — SALTAS, thèse de Montpellier, 1892. — LALLEMANT, thèse de Bordeaux, 1892. — BALHADÈRE, thèse de Paris 1895. — FRÉMONT, thèse de Paris, 1897.