

b. *Procédés directs.* — Trois sortes d'instruments ont été imaginés pour pratiquer l'extraction : 1° les préhenseurs ; 2° les conducteurs ; 3° les dilateurs.

La pulpe du doigt dans laquelle on enfonce les corps étrangers pointus du pharynx, moyen conseillé par DUPLAY, DESPRÈS, constitue le plus simple des préhenseurs. On a construit pour les corps situés profondément de grandes pinces

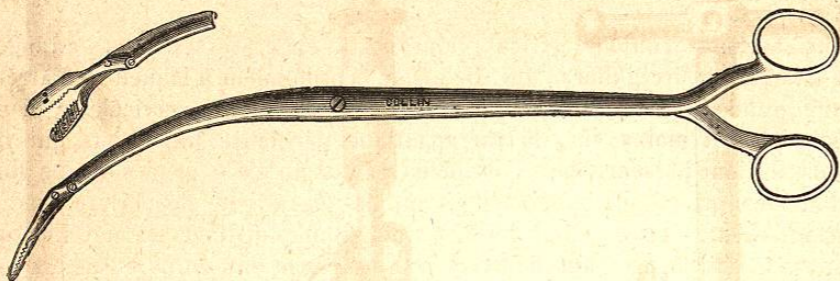


Fig. 213. — Pince à levier mobile de COLLIN.

courbes, parmi lesquelles nous citerons les pinces de GAMA, de CLOQUET, de COLLIN, la pince américaine en bec de cigogne (fig. 213).

On trouve également dans l'arsenal chirurgical un grand nombre de conducteurs ; le crochet simple de J.-L. PETIT rendra des services dans les cas urgents ; mais le meilleur conducteur est assurément le panier de DE GRÈFE tel qu'il a été modifié par DUPUYTREN, CHARRIÈRE, DENCÉ (fig. 214 à 217). Ces instruments doivent être introduits au-dessous du corps étranger, ce qui n'est pas

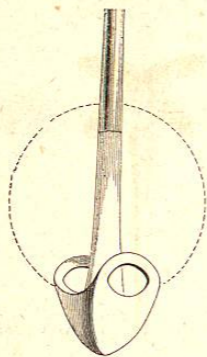


Fig. 214. — Panier de DE GRÈFE.

toujours possible, et dans quelques cas on n'a pu retirer ni l'instrument, ni le corps étranger ; un auteur allemand ne réussit à retirer le panier qu'au bout de trois jours. Cependant il est d'une grande utilité, dans le cas de corps étranger aplati et surtout de pièces de monnaie. L'extracteur à bascule de Collin remplit les mêmes indications que le panier (fig. 218, 219). Au groupe des conducteurs se rattachent les instruments à ailettes ou en forme de parasol de BAUDENS, de

GROSS (fig. 218, 219), les éponges montées sur une tige ou associées à un trousseau de fil, l'instrument en crin des Anglais. Enfin plusieurs chirurgiens ont

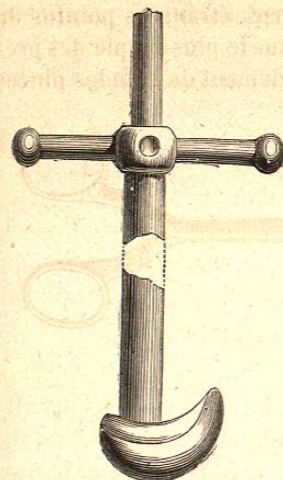


Fig. 215.



Fig. 216. — Instruments de DENCÉ pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage



Fig. 217.

eu recours à des dilateurs à eau, à air, que l'on gonfle quand ils ont dépassé le corps étranger (OURY, BÉNIQUÉ, GAUTIER).



Fig. 218. — Instrument en forme de parasol de S. Gross. Le même recouvert de soies et muni d'une éponge fixe.

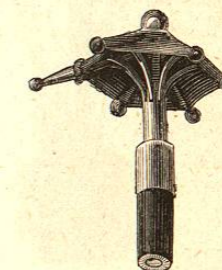


Fig. 219. — Parasol de BAUDENS pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

Pour pratiquer ces diverses manœuvres, contrairement à l'opinion de GIRALDÈS, nous pensons qu'il vaut mieux ne pas anesthésier les malades ; le

patient assis, la tête appuyée contre un aide et solidement maintenue, les bras immobilisés par un drap, le chirurgien introduit avec précaution et douceur les instruments huilés. Les tentatives diverses, les tractions seront douces, méthodiques, et si la résistance était trop forte, il ne faudrait pas insister de peur de perforer l'œsophage.

2° *Propulsion*. — Elle consiste à enfoncer le corps étranger dans l'esto-

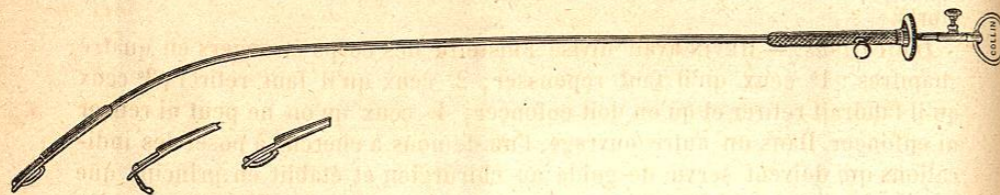


Fig. 220. — Extracteur à bascule de COLLIN pour les corps étrangers de l'œsophage.

mac : 1° au moyen de substances solides ou pâteuses formant un gros bol alimentaire (choux, mie de pain); 2° au moyen de la malaxation qui, en écrasant et fragmentant la substance du corps étranger, la déforme et en permet la progression; 3° à l'aide d'objets ou d'instruments divers introduits par le pharynx;

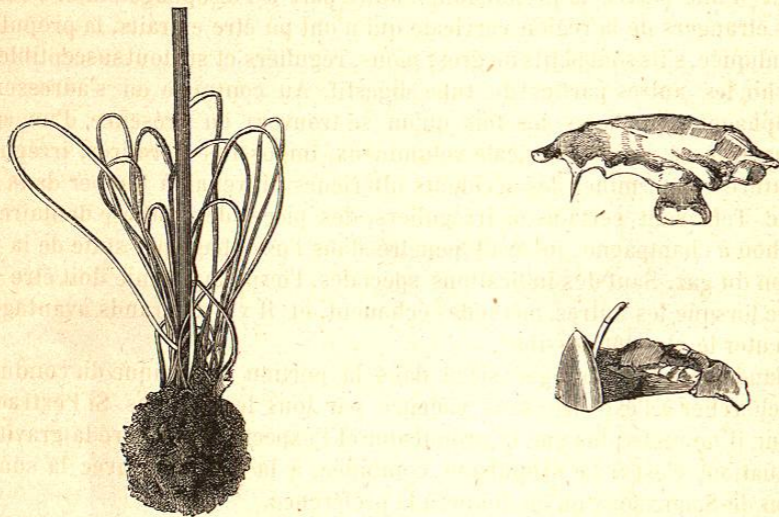


Fig. 221. — Instrument employé par DEARDEN pour extraire le ratelier représenté à côté.

le plus simple est la sonde ordinaire; la tige de poireau, l'éponge montée ont été maintes fois d'un grand secours en pareil cas.

3° *Œsophagotomie externe*. — Cette opération a pour but d'aller à la recherche des corps étrangers à travers les téguments du cou; imaginée par VERDUC (1643), elle a été pratiquée quarante fois environ. A son histoire se rattachent les noms de HÉVIN, GUATTANI, VACCA, BERLINGHIERI, BÉGIN (1831), TERRIER (1870); elle se pratique de préférence du côté gauche, avec ou sans

conducteur, en prenant pour point de repère la distance à laquelle il a fallu enfoncer la sonde ou encore la saillie du corps étranger. Sans insister sur le manuel opératoire, nous dirons qu'il y aura avantage, suivant le précepte de TERRIER mis en pratique par GROSS, à suturer la muqueuse au catgut. Le malade sera mis à la diète pendant vingt-quatre heures et ensuite nourri avec la sonde; sur trente-cinq cas d'œsophagotomie nous n'avons relevé que six morts.

Indications. — HÉVIN avait divisé l'histoire des corps étrangers en quatre chapitres : 1° ceux qu'il faut repousser; 2° ceux qu'il faut retirer; 3° ceux qu'il faudrait retirer et qu'on doit enfoncer; 4° ceux qu'on ne peut ni retirer ni enfoncer. Dans un autre ouvrage, l'un de nous a cherché à poser les indications qui doivent servir de guide au chirurgien et établit en principe que l'extraction est la méthode de traitement la plus naturelle. Elle s'impose dès le début, en commençant par les moyens simples, les vomitifs par exemple. On s'adressera ensuite aux préhenseurs et aux conducteurs introduits au delà du corps étranger. Il ne faut renoncer à cette méthode qu'autant que par sa forme, ses aspérités, son volume, le corps étranger ne peut ni être saisi, ni être ramené ou déplacé. Que faire dans ces derniers cas, ou lorsque le panier de DE GRÆFE ne réussit pas à déplacer l'objet? C'est alors que le chirurgien devra songer d'une part à la propulsion, d'autre part à l'œsophagotomie. Pour les corps étrangers de la région cervicale qui n'ont pu être extraits, la propulsion est indiquée, s'ils sont petits ou gros, mous, réguliers et surtout susceptibles de franchir les autres parties du tube digestif. Au contraire on s'adressera à l'œsophagotomie toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un corps étranger de la région cervicale volumineux, impossible à retirer, irrégulier, de nature à déterminer des accidents ultérieurs s'il venait à tomber dans l'estomac. Tels sont certains os irréguliers, des pièces de prothèse dentaire, un bouchon à champagne qui avait pénétré dans l'œsophage par suite de la projection du gaz. Sauf des indications spéciales, l'œsophagotomie doit être pratiquée lorsque les autres méthodes échouent, et il y a de grands avantages à l'exécuter le plus tôt possible.

Quand un corps étranger siège dans la portion thoracique du conduit, il faut chercher à l'extraire sans violence par tous les moyens. Si l'extraction échoue il ne reste plus que la propulsion et l'expectation. Malgré la gravité de la situation, c'est à la propulsion combinée, à la dilatation avec la sonde à ballon de SCHENBORN qu'on donnera la préférence.

Traitement palliatif. — En présence des menaces d'asphyxie que le séjour d'un corps étranger détermine, la trachéotomie peut être indiquée; BROCA, LEGUEST y ont eu recours. Enfin les suites de l'extraction ou de la propulsion ne sont pas toujours simples; dans tous les cas il persiste un certain degré d'œsophagisme; le chirurgien devra en conséquence prescrire un régime spécial, des boissons rafraîchissantes et le repos.

§ 3. — Lésions inflammatoires du pharynx et de l'œsophage

Nous laisserons de côté les lésions inflammatoires des muqueuses pharyngienne et œsophagienne, du domaine de la pathologie interne, pour nous occuper exclusivement des inflammations qui prennent naissance dans le tissu cellulaire ambiant. Faisons remarquer d'abord qu'il existe une séparation entre les deux tubes cellulaires péri-pharyngiens et péri-œsophagiens; les abcès pharyngiens sont donc distincts de la péri-œsophagite. C'est seulement dans les cas de phlegmon septique que l'inflammation franchit la barrière virtuelle qui les sépare et s'étend de la base du crâne au médiastin.

1° ABCÈS PHARYNGIENS

SYNONYMES. — Abcès rétro-pharyngiens

Bibliographie. — MONDIÈRE, in *L'Expérience*, 1842, t. IX, p. 33. — GAUTIER, *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques*, Genève, 1869. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. IV, p. 200 et 207. — POLIS COHEN, *Diseases of the Throat*, Philadelphie, 1872, p. 160. — ABEHN, *Gaz. hebd.*, 1873, n^o 44. — KORMANN, *Centr. Zeits. f. Kinderheil.*, 1877. — BOKAI et ALEXY, in *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd VII, 1881. Thèses de Paris. — 1867, GILLETTE. — 1869, ROUSTAN. — 1872, JACQUEMART.

Division. — Lorsque l'inflammation intéresse l'atmosphère cellulaire du pharynx, elle ne se propage pas toujours à toute la circonférence de l'organe et reste limitée tantôt aux parties latérales, tantôt en arrière; il y a donc des *abcès latéraux*, des *abcès postérieurs* plus connus sous le nom d'*abcès rétro-pharyngiens*. Enfin ceux qui prennent naissance en avant s'appellent *laryngo-pharyngiens*.

Étiologie. — Les recherches de GAUTIER, GILLETTE, BOKAI, ont attiré l'attention sur la fréquence de ces phlegmons chez les très jeunes enfants; peut-être même l'histoire de cette maladie de l'enfance a-t-elle trop fait oublier qu'elle n'est ni rare ni moins grave chez l'adulte. La prédisposition du jeune âge étant hors de doute, c'est dans la première année qu'on l'observe le plus communément; ainsi GAUTIER, sur quarante-six faits en relève vingt-six dans ces conditions. BOKAI qui a réuni cent quarante-quatre cas, trouve 22 p. 100 avant un an; 14 p. 100 entre un et deux ans. Filles et garçons y seraient également exposés.

Ces abcès pharyngiens ont été appelés à tort idiopathiques, car il existe constamment une lésion antérieure du pharynx ou des organes voisins. Les ulcérations du pharynx, les plaies, les perforations par les corps étrangers, les rétrécissements sont des causes communes de la maladie. Toutes ont un mode d'action identique; elles favorisent la pénétration d'un agent phlogogène, simplement inflammatoire ou septique dans le tissu cellulaire. Sur les cent quarante-quatre cas de BOKAI, quarante-trois fois il existait des adéno-

pathies, et c'est sans doute de cette façon que les amygdalites, les angines, la diphtérie, la scarlatine déterminent ces suppurations. Pour KORMANN, cent quatre-vingt-treize fois sur deux cent onze cas, l'origine ganglionnaire aurait été évidente. Trente-deux fois BOKAI a trouvé des symptômes de scrofule. Il nous reste à mentionner le typhus, l'érysipèle, la convalescence des maladies graves, les dents cariées, etc.

Anatomie pathologique. — Nous prendrons pour type les abcès rétro-pharyngiens que GILLETTE a divisés en trois classes, suivant la hauteur à laquelle ils se forment: abcès supérieurs, moyens, inférieurs. Leur volume est extrêmement variable; les uns ont les dimensions d'une noix; d'autres, très étendus, décollent le pharynx, le disséquent en quelque sorte. Après une première période caractérisée par l'infiltration de lymphes plastiques, la suppuration survient. Tantôt le pus est louable, crémeux, tantôt roussâtre, sanieux, fétide, mélangé à du sang. GAUTIER a décrit une variété gangreneuse beaucoup plus grave, espèce de phlegmon diffus septique, qui dénude le tube digestif et s'étend parfois jusqu'au médiastin. Dans un fait observé par l'un de nous chez un prisonnier qui avait ingéré des matières irritantes, la mort survint au cinquième jour. Une bouillie noirâtre, hémorragique, entourait le pharynx et l'œsophage de la base du crâne au cardia et avait déterminé par voisinage une pneumonie et une péricardite gangréneuses.

Dans les cas moins foudroyants, le pus fuse quelquefois vers la plèvre en provoquant une pleurite suppurée; d'autres fois on a noté l'altération des corps vertébraux. GAUTIER, BOKAI signalent la fréquence de la pneumonie qui résulterait dans certaines circonstances de la pénétration du pus dans la trachée.

Symptômes. — Les premiers phénomènes appréciables sont des troubles de la déglutition. Le nouveau-né prend bien le sein mais bientôt il se rejette en arrière, rend le lait, et sa physionomie indique la souffrance que lui fait éprouver la déglutition. A un âge plus avancé, la douleur, d'abord légère et localisée, s'étend de plus en plus à tout le pharynx, les mouvements du cou ainsi que ceux de la déglutition deviennent pénibles; la gorge est sèche, la muqueuse ordinairement gonflée, les parties molles du cou assez souvent tuméfiées.

En même temps les symptômes généraux, la fièvre, les nausées se développent d'autant plus tôt qu'il s'agit d'un enfant. Tous les symptômes locaux vont en augmentant, puis des frissons successifs annoncent vers le troisième ou le quatrième jour l'apparition de la suppuration. Arrivé à son summum, l'abcès rétro-pharyngien se présente avec un cortège de symptômes graves tout à fait caractéristique. Le malade adulte assis sur son lit respire difficilement; ses traits expriment l'anxiété et la fatigue; le cou raide, moins distinct qu'à l'état normal, se déplace d'une seule pièce; la respiration se fait par la bouche entr'ouverte. Chaque tentative de déglutition, même des boissons et de la salive, détermine de la toux, de vives souffrances; la salive est rejetée au dehors avec des mucosités filantes, parfois fétides, que le malade expulse difficilement de la gorge; la tête est renversée en arrière. Par suite de l'œdème qui se propage à l'épiglotte et à la glotte, la respiration s'embarrasse de plus en plus et l'air sort, en produisant un cornage spécial, à travers la glotte et

l'isthme pharyngien rétrécis; aussi la parole est-elle de bonne heure impossible. Pendant le sommeil la respiration buccale devient sonore, élevée comme dans l'hypertrophie des amygdales.

Tel est l'ensemble des symptômes ordinaires; il faut y ajouter le trismus (GILETTE, FLEMING), le hoquet, les convulsions. Lorsque l'écartement des arcades dentaires permet l'exploration, le chirurgien peut apprécier les modifications de forme du pharynx et constater l'existence d'une tuméfaction rouge, rénitente; enfin la pulpe du doigt éprouve une sensation spéciale de tension, d'élasticité et dans certains cas de fluctuation qui résulte du choc en retour consécutif à la pression.

L'affection a rarement une marche rapide; il est assez commun de voir la période aiguë, appelée *période angineuse* par GAUTIER, durer quinze jours.

Les symptômes varient un peu selon qu'il s'agit d'abcès postérieurs, latéraux ou laryngo-pharyngiens. Dans ces derniers cas on constate plus souvent le trismus, les vomissements, le gonflement marqué à l'angle de la mâchoire. On conçoit aussi que dans l'abcès laryngo-pharyngien le larynx soit porté en avant, que les troubles respiratoires se montrent de bonne heure et acquièrent une gravité exceptionnelle; l'œdème de la glotte est fréquent.

Suivant les auteurs, l'affection abandonnée à elle-même se terminerait très fréquemment par la mort; GAUTIER n'aurait trouvé que quatre exemples de guérison par ouverture spontanée, et encore trois fois favorisée par la perforation produite par un corps étranger; en général la mort arrive par asphyxie, quelquefois, comme dans un cas de ALLÉ, par le fait de la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies aériennes. D'autres malades meurent dans le marasme.

Comme complications, signalons la bronchite et la pneumonie. BOKAI a observé trois exemples de paralysie faciale dans le cours de l'affection. Une fois la carotide était perforée; CARMICHAEL (1881) signale un autre fait de mort par hémorragie.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de reconnaître ces phlegmons surtout chez les petits enfants. Au début l'hésitation s'explique parce que la période angineuse est commune à diverses maladies, le croup, l'amygdalite aiguë, la broncho-pneumonie, les affections des centres nerveux. Le croup a son maximum de fréquence de deux à sept ans, tandis que, comme on l'a vu, l'abcès pharyngien semble spécial aux premières années de la vie. Dans la diphtérie la déglutition est moins gênée, le trismus et la difficulté des mouvements du cou sont moins accusés ou font défaut. L'extension de la tête, la rigidité du cou, l'expectoration de mucosités filantes appartiennent en propre à l'abcès rétro-pharyngien.

L'œdème de la glotte pourrait au premier abord être confondu avec l'abcès; BALLOT fit la laryngotomie croyant à un œdème de la glotte (*Arch. gén. de méd.*, 1844); c'est le toucher qui permettra de différencier les deux affections; on sent en effet dans l'œdème deux bourrelets indurés. L'examen de la gorge à l'œil nu ou au laryngoscope, quand il sera possible, permettra de reconnaître l'hypertrophie des amygdales, les polypes des fosses nasales.

Le diagnostic devient plus facile lorsque la fièvre existe, parce qu'elle cor-

respond généralement à la période de formation du pus et d'une tumeur pharyngienne dont on peut, par le toucher, sentir le siège et apprécier les progrès. La fluctuation ou mieux le choc en retour que la pulpe du doigt perçoit dans les abcès prévertébraux fait défaut dans le cas d'abcès latéraux. Rappelons qu'il faut rechercher avec soin les battements pour éviter l'erreur de CHASSAIGNAC, qui ouvrit un anévrysme croyant à l'existence d'un abcès.

Pronostic. — Le phlegmon pharyngien est très grave par lui-même; la difficulté du diagnostic assombrit encore le pronostic; ainsi sur quatre-vingt-onze faits réunis par GAUTIER, vingt-cinq fois l'affection n'avait point été reconnue, et tous ces cas se terminèrent par la mort; il n'y eut au contraire que seize morts sur les soixante-six autres malades. La mortalité tient surtout à ce que la collection n'a pas été évacuée, ou l'intervention a été trop timide. De plus il faut encore tenir compte de la gravité du processus, de la qualité de la suppuration. Le phlegmon diffus gangréneux, le plus redoutable de tous, se propage assez facilement au tissu cellulaire péri-œsophagien et la mort survient fatalement.

Traitement. — Dès que le diagnostic a été posé, l'indication formelle est d'inciser aussitôt que l'on constate la présence du pus; habituellement la collection ne se forme qu'au bout d'une semaine; en attendant, pour soulager de vives douleurs ou les symptômes inquiétants de la période angineuse, a-t-on conseillé de recourir aux émoullients, aux sangsues. Les vomitifs nous ont toujours paru plus nuisibles qu'utiles, car à leur inefficacité s'ajoute la prostration dans laquelle ils plongent les malades. Les badigeonnages iodés ne sont pas plus recommandables.

L'incision des abcès rétro-pharyngiens ne présente pas de très grandes difficultés; il n'en est pas de même des abcès latéraux dont l'ouverture demande beaucoup de circonspection. Aussi les chirurgiens ont-ils plus d'une fois préféré ouvrir ces derniers par la voie cervicale, plutôt que d'enfoncer un instrument au hasard au delà des piliers; si la collection fait saillie dans le pharynx les dangers sont moindres. Quand on ouvre ces abcès, il faut éviter la pénétration du pus en grande quantité dans la trachée, ABELIN a vu un malade mourir de cette façon. On a conseillé de fermer la glotte avec le doigt; peut-être suffirait-il de prévenir le patient qui la fermera instinctivement. Lorsque les abcès pharyngiens sont largement ouverts, tous les accidents diminuent rapidement et l'affection marche assez vite vers la guérison.

2° PÉRI-ŒSOPHAGITE

Bibliographie. — Thèse de Paris. — 1864, CAULET.

La péri-œsophagite succède le plus souvent aux lésions inflammatoires ou traumatiques de l'œsophage; maintes fois elle a été la conséquence de la perforation du conduit par les corps étrangers; elle résulte encore de la propagation de l'inflammation péri-pharyngienne.

Symptômes. Marche. — Un gonflement léger du cou, une douleur vive

étendue du pharynx à la poitrine ou située entre les deux épaules, accrue par les tentatives de déglutition, tels sont les symptômes ordinaires de l'affection. Ils n'ont, comme on le voit, rien de spécial. On peut y ajouter la raideur du cou, l'expulsion de crachats jaunâtres ou ocreux; enfin la fièvre est modérée. Lorsqu'il s'agit d'abcès circonscrits, la péri-œsophagite peut se terminer par l'ouverture spontanée de la collection dans l'œsophage; le pus mélangé à des stries de sang est rejeté au dehors par des vomiturations. Nous avons déjà noté cette terminaison à propos des corps étrangers.

Tout autre est la marche des phlegmons diffus qui donnent lieu à des complications redoutables : perforation de la plèvre et pleurésie purulente, envahissement du médiastin par le pus, pneumonie, péricardite.

Contrairement à ce que disent les auteurs, le diagnostic de la périœsophagite nous semble très ardu; tout au plus peut-on soupçonner l'existence de la maladie; d'ailleurs l'affection étant presque toujours secondaire, la connaissance de la cause première pourra seule mettre sur la voie. L'exploration avec une sonde à demeure sera indiquée pour s'assurer de l'absence de corps étrangers.

Le traitement est assez limité en pareil cas; il faut prévenir ou supprimer la cause si c'est possible, administrer des boissons rafraîchissantes, nourrir le malade à l'aide de lavements ou de la sonde. Cette dernière opération devient dangereuse quand l'œsophage est ulcéré, parce que les fausses routes sont possibles.

3° ABCÈS CHRONIQUES ET ABCÈS PAR CONGESTION

On rencontre encore dans le tissu cellulaire qui entoure le pharynx et l'œsophage des collections purulentes chroniques à développement insidieux; elles se divisent en deux groupes : les unes qu'on a appelées *abcès pharyngiens idiopathiques chroniques*; les autres, *abcès symptomatiques*.

A. L'existence de la première variété n'est pas reconnue depuis longtemps; niés par MONDIÈRE, admis par GILLETTE, les abcès idiopathiques constitueraient dans la majeure partie des cas des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. La période angineuse est très longue, et les organes s'habituent à la compression croissante qu'exerce sur eux la collection en voie de formation. Cependant il arrive un moment où les symptômes sont les mêmes que dans les abcès pharyngiens et la péri-œsophagite. Le traitement ne diffère pas dans les deux variétés.

B. Les abcès symptomatiques ont une évolution analogue, mais leur existence est intimement liée à la présence d'un foyer tuberculeux osseux ou articulaire. Que le pus provienne de la fonte caséuse de la base du crâne, des vertèbres, d'un mal de Pott cervical, il se comporte toujours de la même façon. D'abord bridé par les aponévroses et les muscles prévertébraux, l'abcès les refoule, les use et vient peu à peu faire saillie dans le pharynx dont il repousse la paroi. Ici comme dans les autres régions, le pus caséux tend à se porter vers les parties déclives en suivant les interstices cellulaires. Ainsi se forment de vastes collections à évolution lente et ne déterminant des accidents graves que si elles ont acquis de grandes dimensions. C'est assez dire que la réaction

fébrile n'existe pas, qu'on peut tout au plus soupçonner leur existence dans les premières périodes. D'ailleurs il s'agit d'un symptôme d'une autre affection et depuis longtemps la raideur du cou, le torticolis, la douleur à la nuque, la déformation, les troubles médullaires, l'état général ont attiré l'attention sur l'affection première. Il est en effet exceptionnel de voir l'abcès déceler la maladie qui l'engendre.

Quoique lente, la marche de ces abcès symptomatiques n'en reste pas moins fatale. Il arrive un moment où la gêne de la déglutition, où l'altération de la respiration, de la voix, attirent l'attention. La vue, le toucher, les commémoratifs, le mode de développement ne permettent guère une longue hésitation. Que faire en présence d'une semblable collection? Vaut-il mieux l'ouvrir ou l'abandonner à elle-même? Il est certain que ces grands abcès ne se résorbent pas et qu'ils peuvent, en se perforant, amener la mort par suffocation; d'autre part leur ouverture expose aux accidents putrides : néanmoins c'est encore à cette conduite que nous donnons la préférence. Afin d'éviter l'irruption du flot de pus dans la trachée et sur le chirurgien, la ponction aspiratrice sera utilement employée et la poche incisée ensuite. KENIG conseille d'introduire 1 gramme d'iodeforme dans la cavité pour éviter les dangers de la putridité.

§ 4. — Tumeurs du pharynx et de l'œsophage

Bibliographie. — BUSCH, *Charité Annalen*, 1857. — HOLT, *Trans. of the Pathol. Soc.*, t. V, p. 123. — LANGENBECK, *Berlin klin. Wochens.*, 1870. — MONDIÈRE, *Arch. gén. de méd.*, 1833. — MACKENZIE, in *Med. Times a. Gaz.*, 1876, p. 849. — KENIG, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 35 (Bibliogr.). — *Huitième congrès des chir. allemands (Berl. klin. Wochens.)*, 1879. Thèses de Paris. — 1853, FOLLIN (Agrég.). — 1879, LEROYER. — 1880, LEMAITRE, HALLADE, MARCHAND. — 1881, LACOUR. — 1883, GENTY. Consultez l'article ŒSOPHAGE des *Dictionnaires*.

1° TUMEURS DU PHARYNX

Ces néoplasmes assez rares n'ont été l'objet d'aucun travail important en France. Parmi les tumeurs que l'on rencontre dans le pharynx, les unes ont pris naissance dans les parties voisines, les vertèbres, le périoste, les ganglions, les fosses nasales, tandis qu'un petit nombre se développent dans les parois de l'organe. Ces dernières nous occuperont seules; elles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées. Au premier groupe appartiennent les fibromes, les fibro-sarcomes, les myxomes. BUSH y a trouvé du tissu cartilagineux et dans un autre cas il a pu extraire avec succès un lipome rétro-pharyngien. Les tumeurs pédiculées sont curieuses parce qu'elles prennent la forme de polypes et acquièrent parfois de grandes dimensions; ROSER y a trouvé du tissu fibreux, HOLT de la graisse; dans d'autres cas il s'agissait d'un myome, enfin GOSCHLER a observé sur un enfant de dix ans un kyste dermoïde pédiculé gros comme une noisette, inséré à la paroi postérieure du larynx. Lorsque ces polypes sont longs