

gravité, et les efforts des chirurgiens sont encore plus stériles que pour le cancer du pharynx. Les interventions les plus larges et les mieux combinées sont pour ainsi dire toujours frappées d'insuccès, car la récurrence est la règle. La technique de ces interventions sera décrite un peu plus loin au chapitre du cancer. Il semble qu'elles procurent une survie plus longue. Dans tous les cas, c'est notre suprême et meilleure ressource, et il ne faut pas hésiter à tenter l'extirpation, toutes les fois que l'on peut encore la pratiquer.

Le sarcome de l'amygdale, au début, peut être confondu avec l'hypertrophie amygdalienne, et de fait, cette erreur a été commise. Indépendamment des considérations tirées du volume, de l'unilatéralité, de la présence de ganglions, il faut avoir recours dans les cas douteux à un examen histologique.

Cet examen lui-même peut induire en erreur, quand il ne montre pas les éléments caractéristiques du sarcome. Comme l'établit Luc, il ne faut pas se contenter de prélever un petit fragment superficiel; une prise profonde est nécessaire, si l'on veut rencontrer des cellules sarcomateuses bien reconnaissables.

Plus tard, c'est avec le lymphadénome qu'on doit discuter le diagnostic, et, comme le dit Pierre Delbet, il est certain qu'on a dû confondre plusieurs fois ces deux affections. Cependant on tiendra compte des éléments suivants.

Le lymphadénome de l'amygdale est bilatéral, il s'accompagne d'adénopathies multiples, non seulement des deux côtés du cou, mais encore dans toutes les régions ganglionnaires, d'une augmentation de volume de la rate. La marche est plus lente, les tumeurs amygdaliennes s'ulcèrent tardivement, les ganglions cervicaux ne se fusionnent point.

Le cancer de l'amygdale et le lympho-sarcome ont de si grandes analogies dans certains cas, que beaucoup d'auteurs les confondent dans une description commune.

Cependant, on remarquera que le cancer débute un peu partout dans le pharynx et le sarcome presque exclusivement au niveau de l'amygdale; que les jeunes sujets ne sont guère exposés au cancer, tandis que chez des adultes ou des vieillards on ne rencontre habituellement que des cancers, que l'évolution du sarcome est plus rapide, et la tumeur en général plus volumineuse, qu'en outre cette tumeur est moins dure, que ses bourgeons sont plus pâles, plus volumineux, moins consistants et moins saignants que ceux du cancer. Le traitement étant le même, dans les cas assez rares d'ailleurs où l'on ne pourra pas trancher la question, le malade n'en éprouvera aucun préjudice.

On a pu confondre avec des sarcomes de l'amygdale, des gommes, des inflammations liées à la présence de calculs et même des amygdalites phlegmoneuses, mais il est relativement facile d'éviter des erreurs de ce genre.

Cancer du pharynx (1). — On peut, pour ainsi dire, à sa guise, étendre ou restreindre le champ des cancers pharyngés. Il y a en effet une foule de cas qui naissent aux limites du pharynx et empiètent plus ou moins sur les organes avoisinants; ainsi les tumeurs qui se développent vers la base de la langue, ou les piliers du voile, ou dans la partie tout inférieure et empiètent sur l'œsophage, ou bien au pourtour de l'orifice supérieur du larynx. Il en résulte que ces tumeurs sont assez difficiles à classer. Nulle part dans l'économie cette difficulté ne se présente au même degré.

Aussi voit-on des cancers qui par leur siège sont véritablement dans le pharynx décrits sous le nom de cancers extrinsèques du larynx; d'autres font corps avec les cancers de l'œsophage, d'autres sont décrits tantôt avec les affections de la langue, tantôt avec celles du pharynx. Pour les cancers du voile, j'ai été amené à les décrire avec les autres tumeurs de cet organe, mais ils pourraient aussi rentrer dans la catégorie des cancers du pharynx. Enfin, les épithéliomas de l'arrière-cavité des fosses nasales, qui sont par le fait des tumeurs développées dans les limites anatomiques du pharynx, sont avec raison rapprochés des tumeurs malignes des fosses nasales, et décrits avec elles par la plupart des auteurs. On voit donc combien cette dénomination de cancer du pharynx est élastique. On peut à volonté, pour ainsi dire, la prendre dans un sens étendu ou restreint.

Nous nous occuperons surtout des épithéliomas de la portion moyenne du pharynx. Ceux du pharynx supérieur ont été déjà étudiés par Castex (2). Ceux du pharynx inférieur doivent être rapprochés des cancers de l'œsophage. Nous n'en dirons que ce qui nous paraît leur appartenir plus particulièrement.

Il n'y a pas bien longtemps que cette question intéresse les chirurgiens. Les épithéliomas primitifs du pharynx, considérés comme rares, n'étaient, dans les classiques, l'objet d'aucune description spéciale.

Mais depuis qu'on opère les tumeurs malignes du pharynx, cette étude a fait de grands progrès, et l'on commence à bien connaître les différentes formes de l'affection. Parmi les travaux importants publiés sur ce sujet, je citerai surtout l'excellent mémoire de Castex, ceux de Langenbeck, Kocher, Mikulicz, Iversen, et enfin le remarquable travail de Krönlein — basé sur 61 observations personnelles.

(1) POLAND, *British and foreign Med. chir. Review*, London, 1872. — RENDU, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1872. — PASSAQUAY, thèse de Paris, 1873. — PIERIN, thèse de Paris, 1879. — KOCHER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1880. — CASTEX, *Revue de chir.*, 1886. — MIKULICZ, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1886. — DERECCQ, thèse de Paris, 1886. — AXEL IVERSEN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1887. — PAILLARD, thèse de Paris, 1893. — LACOUR, thèse de Paris, 1897. — KRÖNLEIN, XXVI^e Congrès de la Soc. allemande de chir., avril 1897. — DURET, *Soc. des sc. méd. de Lille*, 1893. — JABOULAY, *Lyon médical*, 1896. — GUEPIN et RIPULT, *Gaz. des hôp.*, 1894.

(2) CASTEX, *Traité de chirurgie clinique*, t. V, 1897.

Étiologie. — Les 61 observations de Krönlein ont été recueillies en seize ans à Zurich. Ce chiffre représente évidemment une série exceptionnelle.

Il s'agit d'un cancer assez peu fréquent. On le croyait très rare il y a encore peu d'années. « Si on estime, dit Lasègue, la fréquence d'une maladie par le nombre des faits recueillis dans la science, il en est peu d'aussi exceptionnelles que le cancer de l'arrière-gorge. »

Krönlein lui-même n'avait pu en observer que trois cas en six ans à Berlin, les trois qu'avait opérés Langenbeck.

C'est presque toujours chez l'homme qu'on observe le cancer du pharynx, comparable en cela à ceux des lèvres et de la langue. Pour M. Mackenzie, la proportion est de 71 p. 100; pour Pétri, 41 fois sur 44. Enfin sur 61 malades de Krönlein, il y avait 56 hommes et seulement 5 femmes.

Par contre, Iversen, sur 9 cas, a eu affaire à 9 femmes.

Ce sont des adultes ou des vieillards qui sont, d'une façon pour ainsi dire constante, les victimes de cette affection. L'âge des malades oscille habituellement entre quarante-cinq et soixante ans, et il est rare qu'il s'agisse de sujets plus jeunes ou de vieillards plus âgés.

On ne sait rien des conditions étiologiques qui favorisent le développement du cancer pharyngien. On trouve parmi les malades un assez grand nombre de fumeurs, sans qu'on puisse établir une relation bien évidente entre l'usage du tabac et le développement du néoplasme. Guermonprez décrit le cancer amygdalien des fumeurs, qui s'observerait chez les individus édentés, obligés d'enfoncer profondément dans la bouche le tuyau de leur pipe. L'action nocive du tabac s'exercerait alors, non sur la langue ou la lèvre, comme c'est le cas habituel, mais plus profondément sur l'amygdale. Cette étroite corrélation, entre le siège du cancer et les conditions dans lesquelles s'exerce l'usage de la pipe, est encore loin d'être démontrée.

On trouve aussi parmi ces malades un certain nombre d'anciens syphilitiques, dont quelques-uns ont eu des manifestations pharyngées de leur syphilis. Mais il semble jusqu'à présent qu'il y ait eu simple coïncidence.

Le cancer du pharynx peut être quelquefois secondaire, et nous entendons ce terme, non pas dans le sens de propagation au pharynx d'un épithélioma ayant pris naissance dans une région voisine, mais dans celui de métastase, un noyau cancéreux pharyngien se développant pendant l'évolution d'un autre cancer siégeant à distance. Ainsi en était-il chez une femme observée par Krönlein, où un carcinome secondaire de l'amygdale se montra consécutivement à un cancer du sein.

Le même auteur cite un cas où il y eut successivement deux cancers pharyngiens primitifs chez le même malade.

Anatomie pathologique. — D'après le siège du néoplasme, on peut ranger les cas en différentes catégories.

Les tumeurs malignes de l'arrière-cavité des fosses nasales constituent bien évidemment un groupe à part que nous sommes convenus de laisser de côté.

De même celles du pharynx inférieur. Enfin celles de l'arrière-bouche, du pharynx buccal forment aussi un groupe distinct. Encore pourrait-on les subdiviser et distinguer celles qui constituent les tumeurs de l'isthme du gosier et de l'amygdale, et celles qui bordent l'orifice supérieur du larynx. A ces différentes localisations correspondent des symptômes distincts, qui modifient notablement leur physionomie clinique.

Dans les cancers du pharynx buccal et du pharynx inférieur, il s'agit, pour ainsi dire toujours, d'épithélioma pavimenteux.

Les ganglions sont engorgés, et souvent d'une façon tout à fait précoce. Ils acquièrent parfois un énorme volume, alors que rien encore n'appelle l'attention du côté du pharynx; la lésion initiale, encore toute petite, ne se révèle par aucun symptôme, et si l'on n'était prévenu, on considérerait la tumeur ganglionnaire comme primitive.

Signes. — Le cancer du pharynx est loin d'avoir toujours une symptomatologie uniforme; à des points de départ différents correspondent des aspects cliniques variables, qui constituent des formes distinctes. Mais dans presque tous les cas on peut noter que le début a été insidieux et lent, que la tumeur à ses premiers stades n'a déterminé ni gêne ni douleur.

Il est fréquent de rencontrer des malades qui n'ont jamais souffert, ou qui commencent à peine à éprouver quelques douleurs, et qui cependant sont déjà inopérables. Parfois ils sont amenés pour des accidents brusques de suffocation, parfois ce sont des douleurs, et en particulier une douleur irradiée dans l'oreille, souvent des difficultés de la déglutition survenues graduellement, et dans un bon nombre de cas l'apparition et le développement d'une tumeur cervicale, formée par les ganglions secondairement engorgés, qui amènent le malade à l'hôpital.

Voici un cas fort commun. Un homme, entre quarante et cinquante ans, robuste, constate une tumeur au-dessous ou derrière la mâchoire, ou sur la partie latérale du cou, tumeur d'abord indolente et mobile, qui grossit silencieusement; ne souffrant pas, il s'en occupe peu et la laisse augmenter. Quelques applications de pommades constituent tout le traitement, jusqu'au moment où cette masse prend d'assez grandes proportions pour inquiéter le malade. On constate alors une tumeur plus ou moins volumineuse occupant la région sous-maxillaire ou la région carotidienne. Cette tumeur, d'abord bien limitée, adhère rapidement aux tissus environnants, et n'en est plus séparable. La contraction du sterno-mastoïdien diminue sa

mobilité; ce muscle est étalé à la surface de la tumeur, et lui adhère intimement. La peau, d'abord mobile, finit aussi par être envahie; elle prend une coloration violacée, elle ne peut plus être détachée de la masse. Celle-ci est d'une dureté ligneuse, et cette dureté est si caractéristique, que sa simple constatation suffit presque pour affirmer la nature cancéreuse de l'affection.

Après ces constatations, on n'hésite guère à porter le diagnostic de cancer, d'adénopathie cancéreuse. La notion, bien acquise aujourd'hui, qu'à des néoplasmes encore très petits de la cavité bucco-pharyngienne (1) peuvent correspondre des adénopathies considérables, fait admettre, *à priori*, qu'il doit y avoir profondément quelque néoplasme, encore limité et de petites dimensions. L'exploration de la bouche, qui est facile, permet d'éliminer immédiatement ce point de départ, mais pour le pharynx, très souvent les recherches sont absolument négatives (2). L'œil ne voit rien dans la partie visible, le doigt ne sent rien, ou sent mal, dans la partie accessible. Le malade ne présente aucune douleur notable, ni au niveau de sa tumeur cervicale, ni suivant le trajet des filets nerveux qui traversent la région, ni pendant la mastication ou la déglutition. On serait donc conduit facilement, si l'on n'était bien prévenu, à admettre qu'il s'agit d'un cancer primitif des ganglions, ou d'un de ces carcinomes dont le point de départ est quelque débris des fentes branchiales. Cette dernière affection existe sans doute, l'adénopathie cancéreuse primitive est possible aussi, quoique moins probable et, dans tous les cas, bien rare. Mais dans l'immense majorité des cas, il ne faut pas hésiter à affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma, soit du pharynx, soit de la partie toute supérieure de l'œsophage. Cette forme ganglionnaire de l'épithélioma du pharynx est relativement fréquente: en dix ans d'hôpital, j'en ai vu une vingtaine d'exemples, et en ce moment même, à la consultation de Broussais, je vois chaque semaine deux pauvres diables, chez lesquels j'ai pu suivre pas à pas la marche de l'affection. L'un d'eux, un infirmier de l'hôpital, souffrait si peu, que pendant longtemps il n'a pas voulu interrompre son service pour une maladie qui ne le gênait point. L'autre se plaint seulement de troubles visuels. Il a un peu d'inégalité pupillaire et des congestions vaso-motrices de la face du côté malade, ce qui tient sans doute à une irritation du grand sympathique englobé dans la tumeur. Mais il n'a point de douleurs véritables au niveau de la masse ganglionnaire. Verneuil insistait beaucoup sur ces formes latentes d'épithélioma pharyngien, et dans son service, où il y avait toujours un assez grand nombre de cancers bucco-pharyngés, j'en ai vu autrefois cinq ou six dans la même année.

(1) DUPLAY, *Progrès médical*, 1877. — TOSTAIN, thèse de Paris, 1884. — PAILLARD, thèse de Paris, 1895.

(2) LE DENTU, Clinique chirurgicale.

Dans d'autres circonstances, les douleurs ouvrent la marche de l'affection. Ce sont des douleurs irradiées suivant les branches du plexus cervical, aussi peuvent-elles siéger en des points très variables, au cou, à la région mastoïdienne, à la nuque.

Parfois elles revêtent le caractère otalgique. Cette curieuse douleur de l'oreille est commune à presque tous les cancers de la cavité bucco-pharyngienne. Elle peut être précoce, et présenter une acuité considérable. Aussi a-t-on vu cette localisation de la douleur causer de singulières méprises. La lésion pharyngienne encore petite et indolente, n'attirant pas l'attention, peut ne pas être soupçonnée. Le malade est en conséquence considéré comme atteint d'une affection de l'oreille. Il s'adresse à un auriste et non à un chirurgien proprement dit. Castex nous cite des cas de ce genre. Mais ces faits doivent être en somme bien rares. La forme otalgique, comme l'appelle Castex, est certainement de toutes la moins fréquente. Les douleurs surviennent surtout dans un stade avancé, la douleur de l'oreille en particulier. Il existe alors habituellement d'autres signes qui permettent de ne pas méconnaître la maladie. D'ailleurs cette forme s'observe principalement dans les cancers de l'amygdale, ou des parties voisines de l'amygdale, qui sont de tous les cancers du pharynx, ceux que l'on peut explorer le plus commodément.

Chez certains sujets, qui jusqu'alors paraissaient en pleine santé, ou chez d'autres qui n'avaient éprouvé que quelques troubles fonctionnels peu importants, gêne légère dans la déglutition, sensations de chatouillement, de sécheresse dans la gorge, éclatent brusquement des accidents de suffocation qui sont la première manifestation symptomatique de la maladie, parfois aussi la dernière, quand on ne peut leur procurer promptement les secours nécessaires.

Un jour à Necker, je dus faire en toute hâte la trachéotomie à un vieillard qui asphyxiait. Une heure avant, cet homme se promenait tranquillement, quand il avait été pris de dyspnée. Celle-ci était tellement intense que le pauvre diable serait très certainement mort au bout de peu d'instants, sans l'opération pratiquée pour ainsi dire *in extremis*. Or cet homme n'avait jamais présenté le moindre signe qui pût éveiller son attention. Il nous quitta au bout d'une quinzaine de jours, avec sa canule, et depuis on n'en eut plus de nouvelles.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'examen laryngoscopique avait fait constater la présence d'un épithélioma du sinus piriforme droit ayant envahi le repli aryéno-épiglottique.

Après la forme ganglionnaire, la plus commune est la forme dysphagique. Cette gêne de la déglutition reconnaît parfois pour cause la diminution de la capacité du pharynx par la tumeur qui proémine dans cette cavité et la remplit plus ou moins. Mais la difficulté d'avaler les aliments ne dépend jamais exclusivement de ce facteur. Presque toujours il est accessoire et les mouvements nécessaires au pas-

sage des aliments de la bouche dans l'œsophage sont surtout contrariés par la rigidité des parois pharyngiennes, de l'arc palato-glosse, ou de la base de la langue. A côté de cette gêne mécanique intervient un autre facteur, la douleur, causée, réveillée ou exacerbée par l'acte de la déglutition et déterminant elle-même une série de contractions réflexes intempestives des muscles pharyngiens. Castex propose, pour cette dysphagie liée à la douleur, le nom d'odynophagie. En réalité il est assez difficile, dans le cas particulier, de séparer la dysphagie liée à la douleur, de la dysphagie que tiendrait sous sa dépendance un obstacle mécanique à la locomotion du bol alimentaire; car elles coexistent presque toujours, l'une retentissant sur l'autre. Si donc dans certaines maladies on peut admettre qu'il y a une dysphagie purement mécanique, liée, par exemple, à l'obturation du pharynx par une tumeur bénigne, et que dans d'autres une angine ou une petite ulcération très douloureuse peut à elle seule entraver la déglutition, créant ainsi une dysphagie exclusivement liée à la douleur, dans le cancer pharyngien il y a généralement l'un et l'autre. Indépendamment du caractère plus ou moins douloureux de cet acte, il y a encore quelques petites différences en rapport avec le siège de l'obstacle.

Ainsi la situation de la tumeur dans le pharynx buccal ou dans le pharynx inférieur entraîne quelques nuances dans la dysphagie. C'est tantôt le premier temps qui devient difficile, tantôt le dernier qui s'exécute laborieusement. Les cas où la gêne de l'alimentation paraît liée surtout à l'obstacle mécanique sont ceux de la partie rétro-laryngienne du pharynx, où l'épithélioma prend assez souvent une disposition en virole, qui rétrécit circulairement le conduit, ou bien forme une plaque saillante, qui diminue beaucoup la cavité pharyngienne.

La difficulté d'avaler se manifeste tout d'abord pour les aliments solides, et habituellement survient d'une façon graduelle. Les grosses bouchées, la viande insuffisamment mâchée, le pain dur, passent péniblement, puis cette gêne s'étend à toutes les substances solides. Un moment vient où le malade ne peut plus avaler que des liquides ou des bouillies.

La situation continuant à s'aggraver, l'ingestion des liquides même finit par devenir laborieuse, chaque effort de déglutition étant non seulement difficile, mais douloureux. Quand le cancer siège à l'amygdale, ou au niveau de l'arc palato-glosse, il y a souvent de la constriction des mâchoires, qui augmente encore les difficultés de l'alimentation.

La sécrétion salivaire est parfois un peu plus abondante, mais il y a une cause d'erreur dans l'évaluation de cette hypersécrétion. On est tenté de mettre sur le compte d'une production exagérée ce qui doit être attribué à un écoulement insuffisant. Le malade, en effet, éprouve beaucoup de peine, dans les cas avancés, à déglutir sa salive. Aussi voit-on des malheureux qui, ne pouvant réussir à l'avaler

régulièrement, en sont réduits à la laisser s'écouler par l'orifice buccal, ce qui est à la fois répugnant et pénible, et constitue une cause d'affaiblissement.

La déglutition s'effectuant d'une façon, non seulement laborieuse, mais irrégulière, il arrive que des parcelles alimentaires, ou des fragments de tissu cancéreux mortifié, tombent dans les voies respiratoires, et provoquent des quintes de toux, ou des accès de suffocation.

Suivant le siège et les symptômes dominants de la maladie, on peut, en résumé, décrire plusieurs formes cliniques, *forme ganglionnaire*, *forme otalgique*, *forme laryngienne*, *forme dysphagique*.

Ces formes sont nettement séparables, et pour nous conformer à la vérité clinique, nous avons dû les exposer séparément.

Néanmoins, si la plupart des cas peuvent, d'après leur mode de début, rentrer dans l'une ou l'autre de ces variétés, avec les progrès de l'affection le complexe symptomatique tend, sinon à devenir uniforme, du moins à réunir des signes qui appartiennent à ces diverses formes.

Que la maladie ait commencé à se manifester par de la dysphagie, des engorgements ganglionnaires, de la douleur, il arrive un moment où tout cela existe simultanément.

Quand le cancer siège dans la portion laryngienne du pharynx, l'exploration directe est impossible.

Par contre, quand le point de départ de l'adénopathie est un épithélioma de l'amygdale ou des piliers du voile, on reconnaît avec facilité cette lésion initiale.

On sait en effet que c'est, soit une ulcération reposant sur une tumeur, soit une tumeur végétante à base étalée. Dans le premier cas, la perte de substance, à bords irréguliers, à fond creusé, couvert de débris ichoreux et fétides, repose sur une plaque dure à limites diffuses. Dans le second, la masse proliférante et mamelonnée prend des formes variables, tantôt remplissant le pharynx, tantôt s'aplatissant, s'étalant, comme si elle avait subi un écrasement, suivant la comparaison de Castex. Cette forme *écrasée* est due à ce que la tumeur se moule sur la face dorsale de la base de la langue.

Même alors que la tumeur siège dans la partie élevée du pharynx buccal, on ne peut pas toujours aussi facilement l'examiner à l'œil nu. Surtout quand les piliers et le sillon glosso-amygdalien sont envahis, le malade n'ouvre la bouche qu'imparfaitement, et parfois même il n'écarte les mâchoires qu'avec de grandes difficultés.

Maîtres souvent, comme je le disais, cette exploration est négative, et il faut admettre que le néoplasme est plus profondément situé. Le siège le plus habituel est certainement le sinus piriforme, inaccessible à la vue dans l'exploration habituelle, difficilement accessible au doigt quand le malade n'écarte pas bien les mâchoires. Une tumeur encore petite peut échapper ainsi à un examen, même attentif.

Heureusement, le laryngoscope permet de voir, même sans habitude bien spéciale de cet instrument, le sinus piriforme et la tumeur. Mais il faut pour cela que le malade puisse se prêter à ces manœuvres, c'est-à-dire que les mâchoires s'écartent notablement. Or, bien souvent, il n'en est pas ainsi à la période où on l'examine.

L'état général s'altère rapidement; l'amaigrissement, la cachexie, surviennent. Le teint devient jaunâtre. Le malade s'affaiblit graduellement et succombe à l'empoisonnement cancéreux, à moins que quelque complication ne vienne hâter l'issue fatale. Des accidents brusques de suffocation, des pneumonies infectieuses, des hémorragies foudroyantes dues à la lésion de quelque gros vaisseau, ou successives et revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, peuvent emporter le malade.

Des infections secondaires peuvent se produire à la surface ulcérée du néoplasme, et amener la suppuration des ganglions, déjà plus ou moins altérés par le cancer. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour le cancer de la langue, et le pronostic de ces infections n'est pas moins fâcheux que dans cette dernière maladie.

Au mois de septembre 1892, entra dans le service de Reclus, à l'hôpital Broussais, un malade qui présentait une tuméfaction considérable des régions sous-maxillaires et carotidiennes des deux côtés. Quelques jours auparavant, il était bien portant. La maladie avait eu en apparence un début brusque et une évolution rapide. De fait, en une semaine était survenue cette augmentation de volume si considérable du cou, avec des caractères qui, au premier abord, ne paraissaient pas devoir laisser de doute sur sa nature inflammatoire. Il y avait, en effet, de la rougeur et de la chaleur de la peau, une vive douleur à la pression, et même en un point de la fluctuation. C'étaient bien des accidents inflammatoires, mais d'un caractère tout particulier. Le point de départ en était un cancer du pharynx. Les ganglions cervicaux, déjà touchés par l'épithélioma, étaient devenus le siège d'une grave infection secondaire.

Plus rarement l'infection peut amener des suppurations des organes voisins.

Le jour de l'an de l'année 1891, étant interne à l'hôpital Ténon, je fus appelé pour un malade qui depuis la veille avait eu plusieurs accès de suffocation. Il avait à la partie droite du cou une tumeur, du volume du poing, qui avait fortement dévié le larynx du côté gauche. La peau présentait une teinte rouge subinflammatoire, mais n'était pas adhérente. Cette tumeur suivait le larynx dans les mouvements de déglutition, ou plutôt dans les tentatives de déglutition, car celle-ci était très difficile. On nous affirma que cette tumeur n'avait fait son apparition que depuis quelques jours seulement.

Elle était assez bien limitée, douloureuse à la pression et d'une résistance ferme et uniforme. L'exploration du pharynx à l'aide du

doigt restait complètement négative. Cependant le temps pressait, le malade respirait avec peine et il fallait prendre un parti. Je fis la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Cette opération, ordinairement très simple, fut rendue un peu laborieuse par la situation anormale du larynx, qui était porté à gauche jusque sous le sternomastoïdien, et avait subi en outre une sorte de torsion du même côté. Le malade fut soulagé, mais mourut peu de jours après. A l'autopsie, je constatai que la tumeur cervicale était formée par le lobe droit du corps thyroïde considérablement augmenté de volume.

Il n'était pas adhérent aux parties molles superficielles, mais il était intimement uni à la paroi pharyngienne et la section de ce lobe montrait une poche assez vaste contenant du pus, et plusieurs petits abcès, au voisinage de cette cavité principale. Dans la partie qui répondait au pharynx, le lobe droit du corps thyroïde présentait une consistance dure, et à la coupe un aspect blanchâtre, qui ne laissait aucun doute sur la nature cancéreuse de cette induration. Elle était d'ailleurs en continuité avec une autre masse néoplasique qui occupait le pharynx et faisait saillie dans sa cavité. Ce cancer paraissait avoir débuté par la partie latérale du pharynx inférieur, et s'être étendu, en avant et en haut, vers la gouttière pharyngolaryngée.

Diagnostic. — Le diagnostic est aisé dans la majorité des cas. Il en est ainsi surtout dans les cancers de l'arrière-bouche, quand ils sont visibles et tangibles. Mais dans certaines circonstances, on peut facilement se tromper. Il y a de multiples causes d'erreur, étant donnée l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'avoir un accès direct sur la lésion initiale, ou de se livrer à un examen complet, faute d'outillage spécial. Tous les cancers que nous avons qualifiés de latents rentrent dans cette catégorie de lésions difficiles à déceler. Pour ceux qui revêtent la forme ganglionnaire, les plus nombreux peut-être, le diagnostic en réalité se présente tout d'abord comme diagnostic d'une tumeur cervicale, et l'on a à choisir entre toutes les adénopathies du cou. Cette adénopathie est souvent le seul signe appréciable au moment où l'on examine le malade. On en est réduit à conjecturer, plutôt qu'à affirmer, qu'il existe un épithélioma pharyngien encore tout petit.

Or, si l'adénopathie est encore peu volumineuse, elle n'a pas toujours un aspect bien spécial et l'on peut songer, par exemple, à quelque tuberculose ganglionnaire, à du lymphadénome, à du lympho-sarcome. Alors même que la tumeur a bien les caractères cancéreux, il n'est pas toujours possible d'éliminer le lympho-sarcome qui, lui aussi, à un moment donné, forme une masse dure, adhérente à la peau, s'ulcère, entraîne la cachexie, ou les carcinomes branchiogènes. Cette difficulté se présente à chaque instant en clinique, et les candidats au bureau central sont particulièrement bien placés pour s'en apercevoir.