

D'autres difficultés surgissent quand on a constaté une ulcération dans le pharynx, que celle-ci siège sur les piliers, l'amygdale, la paroi postérieure. Les ulcérations tuberculeuses n'y ressemblent guère, mais parfois la syphilis peut prêter à confusion, et cela de deux façons. On peut prendre pour un cancer une lésion syphilitique, ce qui peut avoir de graves conséquences, puisque cette erreur a conduit parfois des chirurgiens à entreprendre de sérieuses interventions contre ces prétendus cancers, ou bien à considérer comme accidents imputables à la syphilis de véritables cancers, ce qui entraîne un retard toujours préjudiciable dans le traitement. Bien que Fournier ait cité un cas où des plaques muqueuses hypertrophiques formaient une masse volumineuse, de vilain aspect et diminuant considérablement la capacité du pharynx, il semble à peu près impossible que la syphilis secondaire puisse éveiller l'idée d'une tumeur maligne, mais par contre le chancre et les accidents tertiaires ont pu donner lieu à des erreurs.

Il y en a de célèbres. On connaît le cas fameux de Blandin (1). Il avait opéré, par un procédé d'ailleurs ingénieux, un homme porteur d'une tumeur ulcérée qui occupait la plus grande partie du voile, l'amygdale droite et une portion notable de la paroi correspondante du pharynx, et qu'il considérait comme un cancer. L'opération fut suivie de succès, mais au bout de six mois survint une récurrence : « La tumeur fit des progrès considérables, et remplit la presque totalité de l'arrière-bouche, de sorte que le malade ne pouvait plus prendre que des aliments liquides et que la respiration elle-même était notablement gênée. » On l'envoya à Bicêtre pour y mourir. De fait, « il ne paraissait pas avoir plus de quinze jours à vivre », lorsque Maisonneuve eut l'idée de lui donner de l'iodure de potassium. Au bout de près de trois mois « le malade, entièrement guéri, put aller se présenter à Blandin, qui, en le voyant, resta stupéfait, le croyant mort depuis longtemps ».

Sur un malade que j'ai observé dans le service de M. Le Dentu, une ulcération arrondie, occupant le pilier antérieur du voile et la partie correspondante de l'amygdale, nous laissa plusieurs jours dans l'incertitude. Ses bords médiocrement indurés, son fond grisâtre, sa forme à peu près circulaire, l'absence d'adénopathie, nous permettaient de penser à une gomme.

Le traitement ioduré parut tout d'abord amener une légère amélioration, mais bientôt malheureusement on ne put conserver aucun doute sur la nature épithéliomateuse de l'affection.

Dans la plupart des cas cependant, il ne sera pas trop difficile de faire le bon diagnostic. La syphilis tertiaire frappe souvent plusieurs points de la même région, les gommages sont multiples, leur aspect est

(1) MAISONNEUVE et MONTANIER, *Traité prat. des mal. vén.*, 1853, p. 342.

généralement caractéristique, avec leur contour arrondi, leurs bords nets, leur fond bourbillonneux et jaunâtre. L'absence d'adénopathies, la conservation de l'état général, parfois l'aveu d'un chancre antérieur viendront corroborer cette première impression. En cas de doute enfin, un traitement d'épreuve, institué pendant quelques jours, tranchera la question.

L'accident primitif a été plusieurs fois confondu avec l'épithélioma. Cette confusion paraît impossible au premier abord; cependant l'erreur a été plus d'une fois commise. Certes, quand le chancre se présente avec son aspect arrondi, sa teinte cuivrée ou jambonnée, chez un sujet jeune, son évolution rapide, avec une pléiade de ganglions cervicaux mobiles, et parfois une éruption de roséole, évidemment cela ne ressemble en rien à l'épithélioma. Mais il y a des chancres qui creusent et prennent mauvais aspect. Quand il s'agit de gens âgés, on peut hésiter et se tromper. En 1888, vint dans le service de Verneuil une septuagénaire, qui portait, sur l'amygdale droite, une ulcération profondément creusée, à bords indurés, à fond grisâtre. Tout le monde songea d'abord à un épithélioma. Pendant qu'on discutait sur le traitement qu'on pourrait employer, survinrent des accidents secondaires qui firent réformer le diagnostic.

Les lymphadénomes de l'amygdale sont des tumeurs rares, dont la physionomie diffère de celle de l'épithélioma.

Les amygdales, car l'affection est ordinairement bilatérale, considérablement augmentées de volume, conservent une forme arrondie, et une surface lisse, du moins pendant longtemps. Cet aspect ne rappelle en rien l'ulcération irrégulière ou la tumeur végétante de l'épithélioma.

En outre, l'examen du malade fait reconnaître des tuméfactions ganglionnaires multiples, de l'hypertrophie de la rate, etc. En définitive, si le diagnostic de ces lymphadénomes présente parfois de notables difficultés, du moins rien, dans leur aspect et leur marche, ne rappelle l'épithélioma pharyngien.

Les sarcomes de l'amygdale s'observent chez des sujets jeunes, chez des enfants, ils évoluent avec une rapidité plus grande, retentissent moins sur les ganglions, forment une tumeur pharyngienne plus considérable, s'ulcèrent plus tardivement.

Quand le néoplasme est inaccessible, bien que le diagnostic soit plus délicat, on arrive presque toujours à l'établir. Tout d'abord existent soit des signes extérieurs, soit des signes fonctionnels qui appellent l'attention. Les premiers tiennent à une adénopathie. Car si dans quelques cas un épaississement néoplasique de la paroi pharyngienne peut être, à la rigueur, perçu par la palpation, il s'agit toujours de cancers étendus, évoluant depuis longtemps déjà, dont le diagnostic ne présente pas la moindre hésitation.

D'autre part la dyspnée, ou la dysphagie ont fait leur apparition, l'examen à l'aide du miroir laryngoscopique, ou du pharyngoscope,

l'exploration à l'aide d'une sonde, du pharynx inférieur, donnent d'utiles renseignements.

Quand chez un homme âgé surviendront, du côté de la déglutition, des troubles persistants, dont on ne trouvera pas immédiatement la cause, il faudra toujours soupçonner quelque épithélioma.

Quand ce dernier siège tout à fait dans la partie inférieure du pharynx, il déterminera des signes de tout point analogues à ceux que produit le cancer œsophagien. C'est en somme la même affection avec une nuance dans la localisation. Le cathétérisme renseignera sur le siège exact de la production maligne.

Pas n'est besoin d'insister sur la gravité de cette affection. Sa marche, non seulement est fatale, mais même rapide. Les malades succombent en moyenne cinq ou six mois après qu'on a constaté la présence de leur néoplasme. Ils déclinent très vite, épuisés par la douleur, l'insuffisance de l'alimentation, l'ingestion de tous les fragments mortifiés de leur néoplasme. Ce pronostic si sombre est malheureusement peu modifié par les ressources thérapeutiques dont nous disposons.

Traitement. — Près de la moitié des malades se montrent si tard à l'observation du chirurgien, qu'il faut renoncer d'emblée à toute tentative d'opération radicale. Pour les autres, on peut se demander s'il y a lieu d'intervenir. Ces opérations sont encore très discutables, et en France elles sont peu répandues. De temps à autre, on entend vaguement parler de quelque tentative dans ce sens, promptement suivie de récurrence. Peut-être cependant le traitement chirurgical du cancer du pharynx est appelé à donner quelques résultats durables. A cet égard le travail de Krönlein, basé sur un nombre considérable d'observations, constitue un document de première importance.

Quels sont tout d'abord les cas opérables? Dans quelles conditions peut-on espérer faire acte utile? Il y a deux catégories de malades pour lesquels tout le monde est à peu près d'accord, ceux dont le cancer est excessivement étendu, avec ganglions volumineux adhérents à la peau et englobant tous les organes de la région carotidienne, et un état général mauvais, et ceux qui sont porteurs d'un épithélioma limité et d'un accès facile. Les premiers cas sont communs, les derniers sont bien rares.

Mais il y a les intermédiaires, et c'est précisément pour ces cas que les indications ne sont pas encore bien fixées. Ainsi quand il y a un cancer encore limité, mais avec adénopathie assez considérable, ou bien un cancer occupant une notable étendue du pharynx buccal, ou bien des épithéliomas même circonscrits du pharynx inférieur.

J'ai presque toujours vu mes maîtres s'abstenir en pareil cas, ceux mêmes qui passaient pour des chirurgiens hardis. En Allemagne cependant, ces interventions, pour peu consolantes qu'elles soient, sont pratiquées. Beaucoup des opérés que cite Krönlein avaient des

masses ganglionnaires volumineuses, et des tumeurs très étendues.

Ces opérations sont graves, leur mortalité est considérable, et leur résultat est encore, non pas aléatoire, mais désolant, puisque la récurrence survient d'une façon pour ainsi dire constante. Cependant il s'agit de malades perdus, sûrement condamnés à mourir, et aussi condamnés à souffrir cruellement, pendant de longues semaines ou de longs mois, et leur état est assez triste pour justifier une grave détermination.

Le cancer du pharynx se généralise rarement, c'est un mal qui gagne de proche en proche. En enlevant largement la tumeur, en coupant à bonne distance dans les tissus sains, on peut logiquement espérer un bon résultat, et pour rares que soient les succès, il reste toujours une petite place à l'espoir dans cette sombre chirurgie. La statistique de Krönlein montre que la survie est plus grande pour les malades qui ont été opérés que pour ceux qui ont été abandonnés à leur cancer, et que parfois des malades restent assez longtemps sans récurrence pour qu'on puisse croire à leur guérison.

Il faut toujours songer à la possibilité d'obtenir de temps à autres des résultats favorables, pour ne pas trop se laisser décourager par les insuccès et les désastres.

Mais comment procéder à l'extirpation des tumeurs malignes du pharynx? *A priori*, deux voies s'offrent pour aborder ces tumeurs et en pratiquer l'extirpation. Un certain nombre de néoplasmes sont accessibles à la vue et au toucher. N'en peut-on faire l'extirpation directement par la bouche, utilisant ainsi la voie naturelle? L'ablation par la bouche a été en effet pratiquée par différents chirurgiens, pour des cancers limités de l'amygdale ou des piliers, et faite soit au bistouri, soit à l'aide de ligatures, du serre-nœud, de l'anse galvanique.

L'extirpation des tumeurs malignes de l'amygdale par la voie buccale a été encore récemment défendue par M. Baker (1), Lamphear (2), S. Cohen, Schiffers, Grant, etc.

Qu'on puisse à la rigueur opérer par la bouche et enlever, en apparence, la totalité d'une tumeur encore petite et circonscrite, la chose n'est pas contestable. Mais une telle opération sera toujours frappée d'insuccès. C'est une intervention parcimonieuse et incomplète, qui abandonne les ganglions suspects, et laisse toujours dans la plaie même des éléments cancéreux dont rien n'entravera la repululation. Il faut y renoncer absolument, si l'on ne veut faire une besogne complètement stérile.

Il est nécessaire, pour mener à bien l'extirpation de ces tumeurs profondément situées, à limites indécises, qu'entourent des tissus suspects qu'il faut sacrifier aussi, il est nécessaire de s'ouvrir résolument un large accès dans le pharynx, en créant une voie artificielle, par une pharyngotomie préliminaire.

(1) M. BAKER, *Clin. Soc. of London*, 1893.

(2) LAMPHEAR, *New York Med. Journal*, 1895.

Cette opération préalable ne saurait être toujours la même. Étant donnée la situation variable de la tumeur, on conçoit que des procédés identiques ne soient pas applicables à tous les cas sans exception.

Dans la grande majorité des cas, on aura à intervenir sur le pharynx buccal et spécialement sur l'amygdale, et dans quelques-uns seulement sur le pharynx inférieur.

Or nous possédons un certain nombre de procédés qui permettent d'aborder et d'extirper ces tumeurs.

La plus simple des opérations préliminaires est la section de la joue, par le débridement de Jaeger. Elle facilite réellement les manœuvres et peut suffire dans certains cas, peu fréquents à la vérité, d'épithélioma amygdalien.

On peut ouvrir le pharynx par sa partie latérale, ou par sa partie antérieure, d'où résulte immédiatement une division dans le groupe des pharyngotomies, qui se séparent en pharyngotomies latérales et pharyngotomies antérieures. Il y a une foule de traits d'union entre ces deux groupes, mais on doit conserver la division pour rendre cette description moins confuse.

Ces pharyngotomies sont elles-mêmes soit longitudinales ou verticales, soit transversales.

Quand on veut atteindre la portion buccale du pharynx, et en particulier la région amygdalienne, ce qui gêne surtout c'est la mâchoire. Aussi nombre de chirurgiens commencent par scier cet os.

On ne fait plus guère dans ce cas de résection préliminaire définitive, comme le conseillait Maisonneuve. On peut, en effet, écarter et relever comme un lambeau l'os avec les parties molles. On fait ainsi une sorte de pharyngotomie antéro-latérale.

Polaillon décrit en ces termes son procédé :

« Une incision est faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, depuis le lobule de l'oreille jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Cette première incision permet de dégager l'angle de la mâchoire, d'extraire les ganglions dégénérés, et au besoin de lier la carotide externe. Une deuxième incision, qui comprend toute l'épaisseur de la joue, part de la commissure labiale et vient rejoindre la première. Le lambeau triangulaire qui en résulte est rapidement détaché du maxillaire inférieur et rabattu sur le cou. Si cela est nécessaire, on sectionnera et on réséquera une portion du maxillaire inférieur. On obtient ainsi un espace et un jour considérable pour enlever une portion du pharynx et de l'isthme du gosier (1). »

M. Polaillon a encore utilisé un autre procédé, qui consiste à tailler une sorte de lambeau rectangulaire, à pédicule antérieur. L'incision curviligne qui le circonscrit entoure l'angle de la mâchoire inférieure. C'est un manuel opératoire qui convient spécialement pour l'abla-

(1) POLAILLON, *Soc. de chir.*, 1886.

tion de l'amygdale, et qui n'est applicable qu'à cette extirpation.

Cheever faisait une incision transversale suivant le bord inférieur de la mâchoire. Mais cette incision avait besoin d'être complétée dans certains cas par une incision longitudinale pré-sterno-mastoïdienne. Il faisait la section du maxillaire en avant du masséter.

Verneuil applique à l'extirpation des tumeurs du pharynx les mêmes règles qu'il met en pratique pour les tumeurs de la langue. Il fait partir de la commissure buccale une incision qui descend dans la région sous-maxillaire, longe le bord inférieur de la mâchoire, et remonte un peu derrière la branche montante. Primitivement il sectionnait le maxillaire, mais en 1893 il conseille de relever les parties molles en respectant l'os et d'ouvrir la bouche d'une part en incisant la muqueuse de la joue, d'ouvrir le pharynx de l'autre en traversant les parties molles au-dessous et en dedans de l'angle de la mâchoire. C'est ce qu'il appelle la voie *géo-sous-maxillaire* (1). Pour économiser le sang, il se servait autant que possible du thermocautère, surtout dans les parties profondes pour détacher la tumeur.

Les procédés de Richet et de Langenbeck, pour aborder les tumeurs de la langue, sont applicables, presque sans modifications, à l'ablation des tumeurs du pharynx buccal, et en particulier de l'amygdale.

Tous les procédés que nous venons d'énumérer peuvent être considérés comme des opérations conduisant vers le pharynx par la voie antéro-latérale et l'abordant transversalement.

Israël et Billroth, comme Blandin et Demarquay, agissent par une incision longitudinale pré-sterno-mastoïdienne, avec quelques nuances, peu importantes à la vérité. Ainsi Billroth incise le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, Israël verticalement. Langenbeck, qui a chaudement défendu la pharyngotomie, à une époque où elle n'avait guère de partisans, utilisait deux procédés, un de pharyngotomie longitudinale, un de pharyngotomie transversale.

Dans le premier, il faisait une incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans l'autre une section transversale au-dessous de l'os hyoïde.

Parmi tous ces procédés de pharyngotomie, ceux de Krönlein me paraissent mériter une mention spéciale. La figure 32, empruntée à cet auteur, permettra de comprendre immédiatement le tracé de ses incisions. Il utilise deux procédés, suivant qu'il opère une tumeur de l'arrière-bouche ou une tumeur de la région laryngienne du pharynx. Dans le premier cas, il fait une énorme incision courbe allant de la commissure buccale à l'apophyse mastoïde, en descendant jusqu'à l'os hyoïde. Il scie le maxillaire, et relève en haut la branche montante, avec toutes les parties molles qui la recouvrent, comme un lambeau (fig. 32, a).

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1893.

Quand la tumeur siège bas dans le pharynx, il fait une incision transversale, légèrement courbe, passant, suivant le cas, au-dessus ou au-dessous de l'os hyoïde (fig. 32, b). C'est ce qu'il appelle une *pharyngotomie latérale sus ou sous-hyoïdienne*. Les deux procédés de Krönlein sont élégants, sûrs, et applicables à la presque totalité des cas.

Il faut encore distinguer les procédés qui ouvrent cette cavité dans le sens vertical ou dans le sens transversal.

Vallas (de Lyon) a préconisé l'ostéotomie verticale de l'os hyoïde comme moyen de pénétration dans le pharynx, pour aborder la base

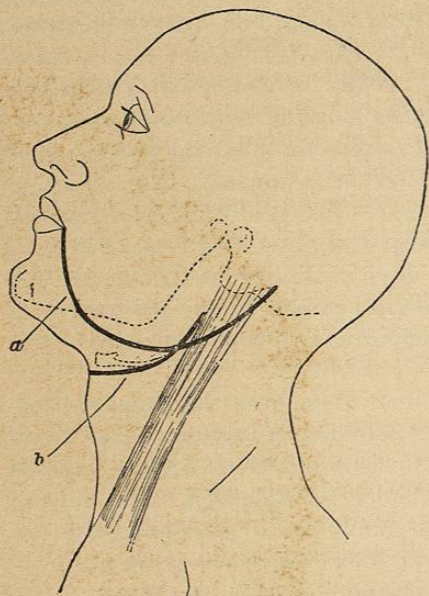


Fig. 32. — Incisions de Krönlein pour l'extirpation des tumeurs du pharynx (d'après KRÖNLEIN).

de la langue, l'épiglotte, pour opérer certains rétrécissements du pharynx. Cet ingénieux procédé, suffisant pour extirper une tumeur limitée, ou pour sectionner quelques brides fibreuses, ne donne pas le jour nécessaire pour l'ablation d'une production maligne de quelque étendue.

La section transversale de toutes les parties molles, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, depuis la peau jusqu'à la cavité du pharynx, a été décrite à tort sous le nom de *laryngotomie sous-hyoïdienne*. C'est en réalité une pharyngotomie. Malgaigne, le premier (1835), a préconisé cette opération. Vidal (de Cassis) a revendiqué la priorité

de l'idée. Avait-il tort ou raison dans sa réclamation? C'est un point qu'il est fort difficile d'établir. Dans tous les cas, ni l'un ni l'autre n'eurent l'occasion de la pratiquer.

Prat (1849) fut le premier à faire cette opération, sans grand succès d'ailleurs. Langenbeck vint ensuite.

Cependant on donne en Allemagne à cette opération le nom de Langenbeck.

L'opération de Malgaigne, de Vidal, ou de Langenbeck, a eu des fortunes diverses. Défendue par Polland, Langenbeck, Iversen, Aplavin, Rosenbaum, elle n'a pas été, en somme, très souvent pratiquée. L'excellente thèse de Lacour, inspirée par un cas favorable de Ch. Monod, est un chaud plaidoyer en faveur de cette intervention, un

peu négligée chez nous, et qui pourtant est simple, facile, et donne, sans grand danger, un accès presque direct sur la partie inférieure du pharynx buccal et l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, et les sinus piriformes.

Jérémich a proposé une large incision transversale sus-hyoïdienne comme moyen d'accès dans le pharynx. Lacour repousse ce manuel opératoire. Je ne saurais partager sa méfiance contre ce procédé. Les dissections et les exercices opératoires m'avaient conduit, bien avant d'avoir connaissance de la proposition de Jérémich, à adopter cette manière de faire, qui réunit les principales conditions qu'on peut souhaiter dans une intervention de ce genre. L'opération est spécialement applicable aux tumeurs du pharynx buccal, des amygdales, de la base de la langue, des replis aryéno-épiglottiques. Elle permettrait même d'atteindre assez facilement celles du pharynx supérieur. Pour celles de la portion laryngienne du pharynx, il me paraît indispensable de se servir d'une incision longitudinale, complétée par un débridement transversal.

La pharyngotomie sus-hyoïdienne transversale nécessite une grande incision commençant derrière un des angles des maxillaires et se terminant derrière l'autre, après avoir traversé comme une jugulaire la région sus-hyoïdienne. Il faut disséquer les glandes sous-maxillaires et les extirper, pour peu qu'on ait le moindre soupçon sur l'état des ganglions, couper l'attache hyoïdienne de la langue et l'insertion hyoïdienne du digastrique.

On a, sous les yeux, aux deux angles de la plaie, les carotides externes qu'on peut comprimer ou lier. Enfin tout le pharynx buccal est si parfaitement exposé qu'on y peut disséquer comme dans la paume de la main. L'opération terminée, quelques points de suture rattachent la base de la langue et le tendon du digastrique à l'os hyoïde.

Ce procédé dans certains cas peut donc rendre des services.

Deux opérations adjuvantes ont été préconisées pour rendre plus facile et moins grave l'opération fondamentale: ce sont la trachéotomie préliminaire, et la ligature d'une ou des deux carotides externes.

Cette dernière opération est évidemment une précieuse ressource. En opérant dans cette région, on est amené à couper presque toutes les branches de la carotide externe. La ligature préliminaire de cette artère économise du temps au chirurgien, et au malade une notable perte de sang. L'ischémie de la région rend en outre la dissection plus facile et réduit au minimum les chances d'accident par chute du sang dans les voies respiratoires. Cependant Polaillon signale la facilité avec laquelle se produisent des hémorragies secondaires, après la ligature de la carotide externe, hémorragies qui peuvent être, non seulement graves, mais foudroyantes.

Pour ce qui est de la trachéotomie, elle a été à un certain moment très chaudement préconisée en pareil cas, mais il semble qu'elle soit maintenant un peu moins en faveur. Elle peut constituer une utile ressource et me paraît indiquée notamment dans les diverses pharyngotomies antérieures et transversales. Elle a pour principale utilité de permettre d'appliquer un pansement intrapharyngien.

En outre, elle prévient la fâcheuse éventualité d'un œdème glottique post-opératoire. Pour ce qui est d'empêcher l'infection broncho-pulmonaire et la pneumonie qui fait mourir beaucoup de ces opérés, il faut certainement en rabattre de ce qu'on a dit autrefois, et loin de diminuer ces chances de mort, la trachéotomie paraît au contraire les augmenter.

Beaucoup de chirurgiens y ont renoncé, et Krönlein, dont l'expérience est considérable dans cette question de chirurgie du pharynx, déclare qu'il n'y a plus recours habituellement.

L'extirpation de la tumeur faite par un procédé quelconque, il ne sera pas possible de réunir les bords de la plaie pharyngienne. Mais on pourra tenter la réunion partielle de la peau. Si le malade guérit, pour peu que l'extirpation ait été étendue, il se produit un rétrécissement cicatriciel, pouvant affecter les dispositions les plus variées, et contre lequel il faudra lutter par la dilatation à l'aide de bougies. Mais auparavant se pose une question délicate : Comment alimenter le malade qui vient de subir l'ablation d'une portion du pharynx ?

Un certain nombre d'opérés ont pu avaler directement les aliments liquides dès le lendemain ou le soir de leur opération. Mais c'est l'exception, et le malade aurait-il la possibilité matérielle d'avalier sans difficulté sérieuse, qu'il serait imprudent de mettre en contact sa large plaie pharyngienne avec des aliments susceptibles de l'irriter et de l'infecter. Il y a au contraire grand avantage à assurer le repos de l'organe, en établissant une sonde à demeure, passant par les fosses nasales et descendant jusque dans l'estomac. On pourra ainsi nourrir le malade sans le déplacer et sans toucher à sa plaie.

Les cancers de la portion inférieure du pharynx présentent dans leur traitement des difficultés toutes spéciales. Ils adhèrent rapidement au larynx; le plus souvent même, commençant sur la muqueuse qui forme la paroi antérieure du pharynx inférieur, et tapisse la paroi postérieure du larynx, ils envahissent de très bonne heure cet organe. Ils adhèrent aussi au corps thyroïde, et tendent à gagner la partie supérieure de l'œsophage. Ces cas sont bien mauvais. Mais cependant quelques chirurgiens ont tenté d'extirper ces néoplasmes. Les interventions sont alors très complexes, et commencent habituellement par l'ablation du larynx, pour se terminer par la résection d'un segment plus ou moins étendu du pharynx et de l'œsophage, et souvent d'un lobe du corps thyroïde. C'est ce qu'ont fait Langenbeck, Bottini, Billroth, Thiersch, Albert, Hahn, Jones, Kocher, Winiwarter,

Axel Iversen, Gerster, Boeckel, Roux, Périer, Le Dentu, Péan et d'autres encore.

Les résultats de ces grandes opérations sur le pharynx ne sont pas encore en rapport avec les efforts des chirurgiens. C'est qu'il s'agit d'interventions longues et laborieuses, chez des cancéreux dont la résistance est amoindrie, portant sur des régions où l'antisepsie est presque illusoire et où toutes les difficultés de la chirurgie sont pour ainsi dire accumulées, difficultés de l'anesthésie, dangers de blessure de gros troncs veineux et d'artères de premier ordre, dangers d'asphyxie pendant l'opération, milieu riche en microorganismes de toutes sortes, qu'il n'est pas possible de détruire, impossibilité de faire un pansement régulier, difficulté de l'alimentation, dangers de pneumonie, d'hémorragies post-opératoires, menaces perpétuelles de suffocation et d'infection dans les jours qui suivent l'intervention.

Les extirpations de tumeurs étendues du pharynx constituent donc des interventions difficiles et hardies, et d'une très sérieuse gravité.

Quelques chiffres empruntés à Krönlein sont instructifs au point de vue des résultats. Ils sont d'autant plus significatifs qu'ils résument la pratique d'un seul chirurgien.

Sur 61 malades, 32 étaient inopérables. Sur 29 opérés, 11 moururent des suites de l'opération.

Sur les 18 survivants, 16 succombèrent à des récidives rapides, mais cependant bénéficièrent jusqu'à un certain point de l'opération. La mort se fit attendre un peu plus longtemps que s'ils n'avaient pas été opérés, et cette survie peut être évaluée à six ou sept mois, période pendant laquelle la vie non seulement est prolongée, mais rendue supportable par la diminution des souffrances.

Enfin, 2 malades ont pu être considérés comme guéris. L'un d'eux a vécu sept ans et est mort, non d'une récidive, mais d'un autre cancer primitif développé en un autre endroit.

L'autre, après deux ans, est encore vivant et bien portant.

On ne peut pas dire que ces résultats soient bien encourageants, surtout si l'on songe qu'ils résument la pratique d'un chirurgien remarquable, ayant une longue expérience de ce genre d'interventions. Mais enfin les succès, malheureusement trop rares, doivent être enregistrés, pour qu'on ne se rebute pas trop de cette chirurgie.

A ce titre, on peut citer comme un cas bien remarquable celui que Péan a relaté en 1895 à l'Académie de médecine.

Un malade auquel il fit l'ablation du larynx, de la partie supérieure de l'œsophage et de la moitié inférieure du pharynx, non seulement fut guéri, mais encore, à l'aide d'un ingénieux appareil prothétique, put s'alimenter par la bouche et respirer par le nez.

A défaut d'interventions curatrices, on sera conduit chez beaucoup de malades à des opérations palliatives, trachéotomie pour parer aux