

Quant à la cautérisation, que GENDRON principalement avait conseillée autrefois comme moyen de traitement des rétrécissements, nous pensons qu'elle doit être abandonnée complètement.

Tumeurs du pharynx et de l'œsophage.

Nous voulons étudier d'abord les **tumeurs rétro-pharyngiennes**.

§ 80. — La partie supérieure de l'espace rétro-viscéral située au-devant de la colonne vertébrale, est quelquefois le point de départ de tumeurs, qui suivent en général les voies que nous avons tracées pour les abcès rétro-viscéraux, sans cependant s'étendre aussi loin que ces derniers. Ces tumeurs proviennent du tissu conjonctif de cette région, du périoste des vertèbres, des ganglions lymphatiques; la plupart appartiennent au groupe des néoplasmes formés du tissu conjonctif. Une partie d'entre elles consistent en **fibromes** s'accroissant lentement, tandis que d'autres doivent être considérées comme des **fibro ou enchondro-sarcomes** ou comme des **sarcomes simples**, et ont quelquefois un accroissement rapide. Naturellement c'est leur situation profonde qui seule permet de les distinguer des tumeurs que nous avons désignées plus haut sous le nom de polypes naso-pharyngiens; c'est précisément cette situation profonde qui leur donne une importance clinique différente et exige un autre traitement. Si la tumeur se développe de la portion du pharynx que l'on peut voir lorsque la bouche est ouverte, elle soulève de plus en plus la muqueuse, dont les replis s'effacent peu à peu; les piliers antérieurs et postérieurs ainsi que le voile du palais finissent par recouvrir la tumeur; la muqueuse palatine semble ainsi se continuer sans interruption jusqu'à la base de la langue; le néoplasme se développe ensuite, tantôt en haut vers la base du crâne, tantôt latéralement vers les amygdales, tantôt en bas du côté du larynx.

Les phénomènes que produisent ces tumeurs varient suivant la direction dans laquelle elles se développent. Tantôt elles gênent surtout la respiration nasale et provoquent des symptômes de suffocation lorsque la bouche est fermée, tantôt elles entravent la respiration d'une manière générale et gênent plus ou moins la déglutition. Lorsque la tumeur se développe de haut en bas, elle transforme la cavité du pharynx en une fente étroite, et l'on comprend que cette fente puisse se rétrécir au point de faire courir au malade le danger d'asphyxie. C'est principalement dans la nuit que ce danger est à craindre; dans plusieurs cas des symptômes graves d'asphyxie se sont montrés tout à coup lorsque le malade inclinait la tête du côté de la tumeur.

Par la bouche on peut voir et toucher la tumeur; on constate la saillie qu'elle forme sous la muqueuse et son extension du côté du voile du palais ou du larynx. Lorsqu'elle est très volumineuse elle apparaît au cou

au-dessous du maxillaire; dans un certain nombre de cas le néoplasme a une tendance à se propager le long des vaisseaux à la manière des abcès, et l'on trouve alors que la tumeur s'étend plus bas dans la région du cou.

§ 81. — La muqueuse qui recouvre la surface de la tumeur est irritée par le passage des aliments et offre une tendance aux érosions et aux ulcérations. La tumeur est presque toujours mobile au-devant de la colonne vertébrale. Cette mobilité n'est habituellement limitée que dans les cas où le néoplasme envoie des prolongements dans d'autres espaces du tissu conjonctif, par exemple le long de la gaine vasculaire, comme nous l'avons vu plus haut. Nous insistons particulièrement sur cette mobilité parce que, dans les cas où ce signe fait défaut, on devra renoncer à la méthode opératoire conseillée et pratiquée par BUSCH, et qui consiste à extirper la tumeur par la cavité buccale. BUSCH a montré, en effet, que lorsque la tumeur est mobile, elle n'adhère que fort peu au tissu conjonctif rétro-viscéral et qu'on peut le plus souvent, après l'incision de la muqueuse, la séparer à l'aide des ciseaux de Cooper fermés ou du manche d'un bistouri. Les adhérences plus solides seront sectionnées à l'aide de ciseaux.

Lorsqu'il s'agit d'extirper une tumeur d'une certaine étendue, je conseille de faire toujours préalablement la trachéotomie et le tamponnement de la trachée. Mais lorsque le néoplasme a déjà envoyé des prolongements latéraux, soit du côté des amygdales, soit du côté des gros vaisseaux, l'opération de BUSCH fait courir trop de dangers du fait des lésions vasculaires; dans ces cas on devra plutôt se décider à sectionner la branche horizontale du maxillaire inférieur au niveau de la troisième grosse molaire; les deux portions de l'os peuvent être ainsi écartées et l'on se crée une voie qui permet d'extirper la tumeur par la région du cou.

Lorsqu'on a fait la trachéotomie préalable, il est avantageux de placer le malade la tête pendante pour l'opération proprement dite. On peut ainsi assurer l'asepsie de la cavité naso-pharyngienne par des irrigations avec une solution d'acide salicylique. Après l'opération la cavité laissée par la tumeur est tamponnée avec de la gaze iodoformée ou frottée avec de la poudre d'iodoforme.

Les tumeurs situées plus bas, à la hauteur du larynx et de l'os hyoïde, peuvent être enlevées le plus commodément, après division de la membrane thyro-hyoïdienne, par l'opération connue sous le nom de **pharyngotomie sous-hyoïdienne** (LANGENBECK).

§ 82. — Les autres indications de la **pharyngotomie** sont les suivantes :

1. Les corps étrangers du pharynx qui ne peuvent être extraits par la bouche, lorsque le diagnostic de leur siège est certain.
2. Les tumeurs siégeant sur la muqueuse de la portion inférieure du pharynx.

3. Les tumeurs développées sur l'épiglotte, sur les ligaments aryéno-épiglottiques et sur les cartilages aryénoïdes.

Dans cette opération la trachéotomie préalable et le tamponnement de la trachée sont aussi à conseiller.

Opération. Après avoir pratiqué la trachéotomie et fait le tamponnement de la trachée, on incise la peau parallèlement au bord inférieur de l'os hyoïde sur une longueur de 5 à 6 centimètres. On divise l'aponévrose superficielle et les muscles sterno-hyoïdiens, puis on sectionne le ligament thyro-hyoïdien médian que l'on a soulevé entre deux pinces; comme ce ligament s'insère sur la face postérieure de l'os hyoïde, il faudra se garder d'engager le bistouri en arrière de cet os; c'est parallèlement au bord inférieur de ce dernier que l'on devra inciser la membrane thyro-hyoïdienne et la muqueuse du pharynx mise à nu; on aperçoit alors l'épiglotte, que l'on saisit et attire hors de la plaie à l'aide de pinces ou de crochets. Lorsque la membrane thyro-hyoïdienne a été incisée sur une grande étendue, par exemple de l'un des muscles omohyoïdiens à l'autre, le larynx s'abaisse considérablement. La partie inférieure du pharynx et l'ouverture supérieure du larynx deviennent dès lors accessibles à la vue, et l'on peut sans grande difficulté extirper les tumeurs qui ne sont pas trop éloignées de l'incision. Si l'on a besoin de plus d'espace, on agrandira l'incision jusqu'aux ligaments thyro-hyoïdiens latéraux.

Après l'opération la plaie est réunie par des sutures. Le malade sera nourri à l'aide de la sonde œsophagienne. Vu le danger de l'hémorragie et de l'œdème consécutifs, on fera bien de laisser en place provisoirement la canule à trachéotomie.

A part les tumeurs dont nous avons parlé et les polypes que nous allons décrire, on peut dire qu'en général les néoplasmes du pharynx et de l'œsophage sont rares; cependant on cite quelques exemples de lipomes et de myomes.

Polypes du pharynx et de l'œsophage.

§ 83. — Ces tumeurs connues depuis longtemps et souvent décrites, ont été de nouveau, grâce à MIDDELDORPF, tirées de l'oubli dans lequel elles étaient tombées. Si nous en faisons ici une étude spéciale, c'est moins à cause de leur structure histologique que parce qu'elles présentent une certaine importance clinique et thérapeutique. En effet, au point de vue histologique, elles se relient aux tumeurs rétro-pharyngiennes. Elles naissent pour ainsi dire toujours du pharynx, et le plus souvent de la partie de ce dernier qui est en contact avec le larynx; leur pédicule qui s'allonge de plus en plus peut atteindre jusqu'à 20 centimètres de longueur. Leur surface, recouverte de saillies papilliformes, est quelque-

fois ulcérée. Les phénomènes cliniques particuliers que produisent ces tumeurs sont dus à la variabilité de leur siège.

Aussi longtemps que la tumeur mobile reste dans le pharynx, elle produit, suivant son volume, des phénomènes variables de compression du larynx, consistant dans de la gêne respiratoire et de l'enrouement. Mais lorsque le pédicule a atteint une longueur suffisante pour permettre au polype de descendre jusque dans l'œsophage, on observe habituellement des troubles de la déglutition.

Le malade choisit le plus souvent de préférence une nourriture liquide, qu'il ne parvient à avaler que par un effort extrême de tous les muscles de la déglutition. Puis les aliments sont chassés de l'œsophage par régurgitation en même temps que la tumeur. Du reste le polype produit déjà par lui-même une irritation qui provoque des efforts de vomissement, et il arrive ainsi que le polype est chassé de l'œsophage, sans que le malade ait essayé de prendre des aliments. Quelquefois la tumeur vient alors se placer d'une façon si malheureuse sur l'entrée du larynx qu'elle cause des **phénomènes de suffocation et même une véritable asphyxie.**

Le diagnostic repose sur la variabilité des symptômes; lorsque le polype est chassé de l'œsophage dans un effort de vomissement, on peut le sentir avec le doigt et même quelquefois le voir. Il est rare que la sonde œsophagienne soit de quelque utilité pour le diagnostic.

Comme ces polypes entravent la déglutition d'une façon permanente, on comprend que la nutrition des individus qui en sont affectés soit considérablement en souffrance; en outre les rapports de la tumeur avec le larynx font courir au malade des dangers sérieux d'asphyxie. C'est pourquoi l'extirpation est indiquée, d'autant plus qu'elle offre des garanties assez sûres contre une récurrence.

On peut opérer d'après deux méthodes. On provoque d'abord des vomissements dans le but de faire remonter la tumeur; si l'excitation du pharynx ne suffit pas, on donne une solution de tartre stibié (MIDDELDORPF). La tumeur est ensuite saisie à l'aide de la pince de Museux et attirée vers l'une des commissures des lèvres; enfin on lie le pédicule le plus bas possible et on le sectionne au-devant de cette ligature.

Cette méthode opératoire offre, il est vrai, bien peu de dangers au point de vue de l'hémorragie, et comme l'on attire le polype vers l'une des commissures des lèvres, on n'a pas à redouter beaucoup les phénomènes d'asphyxie. Néanmoins la section du pédicule par l'anse galvanique est un moyen plus doux. La tumeur ayant été amenée dans la cavité buccale par un effort de vomissement, on la fixe par un fil, et l'on place une fine anse de platine autour du pédicule; puis on fait avaler la tumeur, et l'on introduit les extrémités du fil de platine dans le double conduit isolateur de l'instrument que l'on met en communication avec la pile.