

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.