

leur siège initial dans les cellules de l'apophyse ou sous le périoste qui la tapisse.

La périostite peut se propager aux cellules; le phlegmon développé dans ces dernières peut après avoir détruit leur mince coque osseuse superficielle s'ouvrir sous le périoste et produire ainsi une véritable périostite.

Les deux formes inflammatoires peuvent toutes deux dépendre d'un traumatisme ou bien être la suite de l'extension d'une inflammation du périoste ou de la muqueuse de l'oreille moyenne, ou même, quoique plus difficilement, du conduit auditif externe.

Toujours l'affection débute par des douleurs excessivement violentes au niveau de la mastoïde, avec fièvre intense, délire quelquefois. Au bout de trente-six à quarante-huit heures le pus se forme; la peau, qui était tendue, rouge, œdémateuse, s'amincit, la fluctuation est perceptible. On conçoit que lorsque le phlegmon s'est développé dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes, les choses ne marchent pas aussi rapidement; il faut en effet que le pus ait rompu la première barrière que lui offre la coque osseuse avant de venir faire saillie sous le périoste; les douleurs sont en ce cas tout aussi intolérables, mais d'une plus longue durée.

La périostite de l'apophyse et l'inflammation des cellules mastoïdiennes peuvent toutes deux se communiquer à l'encéphale par l'intermédiaire des veinules et déterminer une méningo-encéphalite ou une phlébite du sinus latéral.

Une fois l'abcès sous-périosté formé, le pus peut fuser soit en arrière et décoller le péricrâne, soit en bas dans la gaine du sterno-mastoïdien. Tous ces accidents possibles joints à l'épuisement du malade par la violence des douleurs font des affections inflammatoires de la mastoïde une maladie très grave.

**Traitement.** — Au début, avant que les symptômes locaux ne soient bien marqués, on combattra l'inflammation par l'application énergique des pointes de feu, et la douleur par les injections de morphine, etc. Mais dès que la tension de la peau, sa rougeur auront fait reconnaître l'existence d'une périostite, avant même que le pus ne soit collecté, on débridera les tissus par une ou plusieurs incisions profondes allant jusqu'à l'os.

La douleur cédera rapidement et le pus s'écoulera au fur et à mesure de sa formation; quelques séquestres superficiels se produiront, la suppuration sera longue, mais avec les pansements listériens on évitera le plus souvent les accidents.

S'agit-il d'un phlegmon des cellules mastoïdiennes qu'indiqueront les douleurs profondes, l'empâtement de la région, etc.? Après avoir incisé jusqu'à l'os, si l'on ne trouve pas de pus, on n'hésitera pas, et avec un fort scalpel on perforera la mastoïde dont on mettra les cellules à découvert. En ce cas encore les douleurs se calmeront rapidement; les

pansements et les injections antiseptiques mettront à l'abri des accidents si l'on n'a pas trop tardé à opérer.

## 16° MALADIES CHIRURGICALES DU PHARYNX.

### A. — *Lésions traumatiques.*

Le pharynx, à cause de son rôle de carrefour des voies alimentaires et respiratoires, est exposé aux traumatismes, aux brûlures et aux corps étrangers.

Les contusions et les plaies peuvent, comme celles de l'isthme du gosier et de l'amygdale, être produites soit par des projectiles, des tiges rigides aiguës ou mousses, des liquides chauds ou caustiques pénétrant par l'orifice buccal, soit par des instruments enfoncés à travers les parties molles du cou jusque dans la cavité pharyngienne.

Les tentatives de suicide au moyen des armes à feu ou des instruments tranchants sont la source la plus fréquente des plaies pharyngiennes.

L'étude des commémoratifs suffira seule dans la plupart des cas pour établir le diagnostic; mais l'inspection, la palpation et l'examen laryngoscopique surtout, seront employés avec fruit pour préciser dans certaines circonstances le siège précis des lésions, et diriger un traitement approprié.

S'il s'agit de plaies pharyngiennes produites par la voie buccale, on se contentera de prescrire le repos de l'organe et pour cela on proscrit l'alimentation solide; au besoin on nourrira le malade à l'aide d'une sonde œsophagienne en gomme élastique; puis on emploiera des gargarismes émollients légèrement additionnés d'une substance antiseptique, acide phénique, thymique ou sublimé.

S'il s'agit de plaies pharyngiennes produites à l'aide d'un instrument ayant intéressé les parties molles du cou, la première indication à remplir sera d'obturer la communication anormale établie entre l'extérieur et la cavité pharyngienne. Si la communication est petite et étroite, la chose ne sera pas difficile; mais si la communication est large comme dans les sections transversales intéressant toute la partie antérieure du cou, soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde, il faudra arrêter l'hémorrhagie qui peut être très abondante et faire ensuite la suture des lèvres de la plaie, en obligeant le malade à tenir la tête dans la flexion de façon à éviter l'écartement de ses lèvres et à favoriser leur réunion.

Les complications qui pourraient survenir telles qu'abcès du pharynx, etc., seraient traitées comme nous le verrons plus loin. Une des complications les plus redoutables que le chirurgien aura à redouter à la suite des brûlures et des plaies par caustiques sera le rétrécissement.



A<sup>bis</sup>. — *Corps étrangers du pharynx.*

Les corps étrangers du pharynx constituent un des points intéressants de la pathologie chirurgicale de ce conduit. Ils sont remarquables par leurs variétés. Les deux âges extrêmes de la vie y sont plus particulièrement prédisposés, de même que les paralytiques généraux, certains malades atteints d'affections bulbaires (paralysie glosso-labio-laryngée) et les hystériques. Dans ces derniers cas, c'est l'insensibilité de la muqueuse, ou la paralysie des constricteurs, qui occasionne les troubles de la déglutition.

Les recueils signalent dans le pharynx la présence des corps étrangers les plus divers; ce sont des arêtes de poissons, des fragments d'os, des noyaux de fruits, des aiguilles, des épingles, des plumes métalliques, des tuyaux de pipe, des bijoux, des jouets, des fragments de verre, des pièces de monnaie et même des dentiers avalés par mégarde. Les bols alimentaires trop volumineux ont pu dans certains cas provoquer des troubles assez inquiétants pour nécessiter une intervention rapide.

Anatomiquement c'est la partie la plus inférieure du pharynx qui est la plus étroite, aussi est-ce dans la région rétro-cricoïdienne que viennent s'arrêter et se fixer les corps étrangers qui nous occupent.

Les corps volumineux peuvent déterminer par leur présence une asphyxie brusque et mortelle, c'est ce qui s'observe pour les bols alimentaires d'un volume disproportionné qu'absorbent quelquefois les vieillards gâteux et les hystériques. Le médecin, lorsqu'il arrive à temps, se trouve en présence d'une véritable attaque apoplectiforme avec asphyxie et cyanose, et c'est de la rapidité de sa décision que dépendra souvent le salut du malade.

Les corps étrangers moins volumineux déterminent des accès de suffocation au moment de leur arrêt. Mais ce n'est pas une règle constante, et ils traduisent leur présence par une gêne et un besoin incessant d'expulser, par un état nauséux et un malaise véritable, enfin par une douleur localisée mais variable dans son siège, car elle est rapportée par le malade tantôt à la base du cou, tantôt derrière le sternum. Les aliments solides sont difficilement avalés, ce qui n'existe pas pour les aliments liquides; dans certains cas cependant, ils passent sans douleur les uns et les autres. Les accès de suffocation qui sont fréquents chez les enfants donnent souvent le change pour le croup ou la laryngite œdémateuse, mais ces symptômes inquiétants peuvent s'amender et laisser au malade une sécurité dangereusement trompeuse.

On a vu en effet des corps étrangers pour lesquels s'était établie une sorte de tolérance de la part de la muqueuse pharyngée amener par leur présence prolongée des complications telles que emphysème,

œdème du cou, perforation des gros vaisseaux et abcès rétro-pharyngiens. Dans un cas (Grellois) l'affection revêtit toutes les allures d'une phthisie laryngée, et ce n'est qu'à l'autopsie que l'erreur fut reconnue.

Le diagnostic se fera ici par l'étude des troubles fonctionnels et surtout des commémoratifs et des signes physiques. L'inspection simple, la palpation du cou et le toucher digital pourront fournir d'utiles renseignements. Le cathétérisme avec la sonde œsophagienne devra être rejeté, car cette dernière peut s'engager facilement à côté du corps étranger sans en révéler la présence par le moindre ressaut. On lui substituera l'appareil résonnateur de Colin, dont on entourera (Guyon) la tige métallique avec du caoutchouc de façon à éviter le frottement contre les dents. On utilisera avec plus de profit encore le miroir laryngien et mieux l'œsophagoscope de Waldenburg ou celui de Mackensie.

Le pronostic dépendra le plus souvent de la sûreté du diagnostic et de la promptitude de l'intervention. Dans cette intervention il faudra tenir peu de compte des efforts violents, des coups de poing dans le dos et des vomitifs, tous moyens anciennement employés; on pourra se servir du doigt recourbé en crochet si le corps étranger est accessible; l'on emploiera enfin toute la série des pinces laryngiennes avec ou sans le secours du laryngoscope. Ce dernier sera quelquefois indispensable pour diriger la pince sur le corps étranger. La trachéotomie pourra être quelquefois indiquée comme opération préliminaire lorsque la suffocation paraîtra imminente.

Faudra-t-il donner le chloroforme pour faciliter l'extraction des corps étrangers? Cette question, qui a été agitée il y a quelques années devant la Société de chirurgie, a été résolue dans le sens de la négative. D'ailleurs aujourd'hui que nous avons à notre disposition un agent aussi précieux que la cocaïne, cet anesthésique remplacera très avantageusement le chloroforme et sans avoir les mêmes inconvénients. On se gardera bien de repousser les corps étrangers dans l'estomac, à moins qu'ils ne soient de petite dimension et sans aspérité et à moins qu'il ne s'agisse de substances alimentaires. La pharyngotomie sera réservée pour les cas où le corps étranger enclavé dans l'épaisseur de la muqueuse n'aurait pu être extrait par les voies naturelles sans grand danger pour le malade.

Avant de terminer cet article, signalons quelques curieux exemples de parasites du pharynx observés dans nos colonies d'Afrique par nos médecins militaires chez des soldats. Ce sont des sangsues du genre *hæmopsis* absorbées avec l'eau et qui provoquent des hémoptysies incessantes. L'eau salée ou additionnée de perchlorure de fer a promptement raison de ces hirudinées. On a rapporté aussi une observation d'ulcérations du pharynx recouvertes de larves de mouche; de simples lavages mercuriels guérissent facilement cette affection.



B. — *Lésions nutritives du pharynx.*

## Absès pharyngiens.

Le pharynx est entouré par une atmosphère celluleuse très lâche, véritable bourse séreuse rudimentaire qui l'environne de toutes parts, destinée qu'elle est à faciliter son glissement sur les parties ambiantes. Ce conduit est en effet soumis à des alternatives fréquentes d'ampliation et de retrait, de même qu'à des mouvements d'ascension et de descente qui se produisent pendant l'accomplissement d'un des actes préliminaires de la digestion, de la déglutition, ainsi que pendant la phonation.

C'est surtout au devant du plan résistant formé par les corps vertébraux de la région cervicale et les muscles qui s'y insèrent, que le tissu cellulaire acquiert sa plus grande laxité et c'est là aussi que se produisent ordinairement ces collections purulentes qui s'accompagnent d'un cortège symptomatique tellement embrouillé que souvent la lésion n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Depuis que Gillette a démontré d'une façon incontestable l'existence de un ou deux ganglions situés au-dessous de l'apophyse basilaire et au-devant du corps de l'axis, la pathogénie des absès rétro-pharyngiens s'est singulièrement éclaircie. Les recherches plus récentes ne sont venues qu'ajouter de nouvelles observations, et élucider quelques points de détail. Est-ce à dire, comme on pourrait le supposer d'après leur dénomination ordinaire, que les absès dont nous faisons l'étude en ce moment se développent exclusivement dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien ? Il n'en est rien ; les absès peuvent se développer sur les parties latérales du pharynx, et plus rarement en avant de ce conduit, dans la région aryténoïdienne ; de là les noms d'absès *latéro-pharyngien* et *antéro-pharyngien*, ou encore *laryngo-pharyngien*. Toutes ces variétés doivent être décrites sous la rubrique générale d'absès *pharyngiens*.

On divise ordinairement les absès pharyngiens en absès idiopathiques et symptomatiques, et les premiers sont subdivisés eux-mêmes en absès idiopathiques aigus et idiopathiques chroniques. Nous ne nous occuperons pas ici des absès symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale, car ils rentrent dans la catégorie des absès ossifluents. Quant aux absès idiopathiques eux-mêmes, nous ne ferons de description spéciale que pour ceux qui sont aigus, les absès idiopathiques chroniques d'emblée étant niés par quelques auteurs et considérés par d'autres comme la phase initiale des précédents.

Pour Korman tous les absès seraient symptomatiques d'une lésion de voisinage, et il n'y aurait pas, à proprement parler, d'absès idiopathiques. Breton, qui s'est efforcé tout récemment, dans une excellente monographie, de rechercher les causes de ces absès, leur reconnaît comme point de départ, tantôt une angine violente, une altération de la mu-

queuse tympanique dont les lymphatiques vont se rendre aux ganglions péripharyngiens, tantôt un corps étranger, une brûlure ou un refroidissement. Les opérations chirurgicales elles-mêmes pratiquées sur la région peuvent provoquer l'éclosion d'un absès pharyngien. Ces absès se développent plus particulièrement chez les enfants, chez les débilités, chez tous ceux qui sont sous le coup d'une cachexie, de l'intoxication urinaire ou de la pyohémie, enfin pendant la durée et la convalescence des fièvres éruptives. La syphilis, d'après Verneuil, pourrait être incriminée dans l'origine de certains absès pharyngiens, ce qui nous paraît douteux.

Au point de vue de leur volume, les absès ont été divisés en absès miliaires, absès moyens et grands absès. Les premiers se développent entre la muqueuse et les muscles et sont sans importance ; les autres, qui sont plus particulièrement visés dans cette description, se développent soit dans les ganglions, soit dans le tissu cellulaire péri-pharyngien, peuvent décoller les muscles et fuser jusque dans le médiastin.

Comme déjà nous l'avons dit, la marche des absès pharyngiens affecte deux formes : la forme lente et la forme aiguë d'emblée ; cependant nous le répétons encore, pour beaucoup d'auteurs la première serait très souvent méconnue et ne constituerait que la phase initiale de la seconde. Quoi qu'il en soit, il arrive un moment où les deux descriptions se confondent. On se trouve en présence d'un malade qui a une température très élevée, 40° environ, qui présente une rougeur très vive et éprouve une forte douleur au fond de la gorge ; puis dans un stade plus avancé, le pus s'est collecté ; c'est une sensation de plénitude et d'obstruction dans l'arrière-gosier, c'est une succession de nausées toutes prêtes à provoquer le vomissement et à se transformer en suffocations. La douleur qui se propage du côté de l'oreille s'exaspère dans la phonation et la déglutition à tel point que le malade préfère se priver d'aliments. La salive que le malade n'ose plus avaler s'écoule par la bouche accompagnée de mucosités épaisses et filantes. Les liquides refluent par les fosses nasales et des parcelles alimentaires peuvent tomber dans les voies respiratoires. Cette phase de la maladie a reçu de Gillette, et avec juste raison, le nom de *période angineuse*. Le mal progressant toujours, la respiration et la voix sont altérées à cause de la compression et de l'infiltration œdémateuse produites du côté du larynx. L'asphyxie s'installe avec tous les symptômes qui l'accompagnent : cyanose de la face, tirage épigastrique et sus-sternal. Cette asphyxie ressemble tout à fait à celle produite par les corps étrangers et même par le croup. Il existe quelquefois une diminution de l'acuité auditive et d'autres troubles de l'ouïe produits par la compression des trompes d'Eustache ; on a signalé dans un cas l'existence d'un hoquet continu. Ce sont là les signes subjectifs ; quant aux signes objectifs tirés de l'examen local, ils consistent en une couleur rouge violacée au fond du



pharynx, en une tumeur prédominant ordinairement sur l'un des côtés et s'accompagnant tout autour d'infiltration œdémateuse. Si l'inspection simple pratiquée la bouche ouverte ne suffit pas pour constater ces symptômes, le chirurgien devra s'aider du miroir laryngien, il devra s'enquérir aussi de l'existence ou de l'absence du *frottement prévertébral* (1) et rechercher la fluctuation. Ce dernier symptôme pourra être perçu de deux façons : 1° à l'aide d'un doigt introduit au fond de la bouche, l'autre main étant appliquée sur l'une des parties latérales du cou ; 2° à l'aide des deux doigts index, le chirurgien étant placé derrière le malade et ce dernier ayant son occiput appuyé contre sa poitrine (procédé de Gillette). Le professeur Vergely a remarqué que lorsque le gonflement œdémateux se manifeste du côté des parties externes du cou, le pronostic est fâcheux et que dans ces cas on voit ordinairement survenir des hémorragies par ulcération des vaisseaux.

Avant d'en terminer avec le chapitre des symptômes, il est nécessaire de dire quelques mots des variations causées par le siège même des abcès.

C'est ainsi que dans les abcès supérieurs la respiration nasale est surtout gênée, les vomissements et les convulsions s'observent plus fréquemment chez les enfants, sans doute à cause de la proximité du crâne.

Les abcès inférieurs se traduisent plus particulièrement par de la dysphagie et de l'œdème de la glotte.

Les abcès latéro-pharyngiens, d'après Jacquemart, occasionneraient plutôt des vomissements, du trismus et des convulsions.

Enfin les abcès antéro-pharyngiens se feraient remarquer par la rapidité d'apparition des troubles phonateurs et respiratoires et la conservation du *frottement prévertébral*.

Tous les observateurs ont remarqué que les abcès pharyngiens comme tous les abcès profonds tels que abcès du foie, de la fosse iliaque, etc., évoluaient sourdement et pour ainsi dire en deux temps, passant par une première phase pendant laquelle ils sont pour ainsi dire latents et ne se manifestent que par des signes très obscurs pour aboutir après un temps assez long à la phase terminale de suppuration.

Dans ce cas l'asphyxie est progressive avec exacerbations jusqu'à ce que le chirurgien ou la nature interviennent pour débarrasser le malade de sa collection purulente.

Lorsque l'abcès se vide spontanément, son ouverture se fait toujours du côté le moins résistant. La guérison peut alors s'obtenir ; mais la mort peut aussi survenir et cela indépendamment de l'asphyxie qui est fréquente ; elle peut être produite soit par une irruption subite du

(1) On donne le nom de frottement prévertébral à la sensation de froissement qu'éprouve le chirurgien lorsqu'il fait glisser transversalement les conduits laryngien et pharyngien au devant de la colonne vertébrale.

pus dans les voies aériennes, soit par hémorrhagie (ulcération des carotides et des pharyngiennes), soit par pyohémie ou bien encore par une maladie intercurrente telle que pneumonie, pleurésie ou bronchite.

C'est ici surtout qu'il est important d'établir un diagnostic, car une erreur est presque toujours fatale, tandis que la guérison est la règle lorsque l'on intervient activement.

Mais il faut avouer que ce diagnostic est entouré de difficultés, chez l'enfant en particulier qui ne supporte que très rarement les procédés d'exploration physique.

Les tumeurs du pharynx, les anévrysmes, le croup et l'œdème de la glotte, voilà les affections qui peuvent donner le change et en imposer au chirurgien.

Un examen attentif fera facilement reconnaître une tumeur du pharynx. Quant aux anévrysmes il faudra toujours avoir présent à l'esprit le cas malheureux de Chassaignac, aussi recherchera-t-on si à côté de la fluctuation il n'existe ni mouvements d'expansion ni battements artériels. Encore pour ces derniers faudra-t-il se rappeler ce que les recherches de Tillaux ont démontré, à savoir, que les ganglions intercarotidiens, atteints de suppuration, peuvent refouler la carotide interne contre la paroi du pharynx et rendre les battements de cette artère appréciables par l'intérieur de ce conduit.

Le croup et l'œdème de la glotte se distingueront des abcès pharyngiens en ce que la raideur du cou, de la nuque et même de la mâchoire qui est observée dans ces derniers n'existe ni dans le croup ni dans l'œdème sus-glotteux. Et de plus, fait important sur lequel insiste Gillette, dans les abcès, la dysphagie apparaît avant la dyspnée. Cet auteur ajoute même que la dyspnée s'accroît lorsque le malade reste assis, ce qui ne se produit nullement dans le croup ni dans l'infiltration œdémateuse du larynx et ce que Gillette explique par un mécanisme de simple compression.

D'ailleurs, dans les cas douteux l'exploration digitale et laryngoscopique suffira pour se procurer des signes différentiels assez nets.

**Traitement.** — Ce qui vient d'être dit indique assez clairement quel devra être le traitement des abcès phlegmoneux. Évacuer le pus une fois formé, telle sera l'indication capitale. Mais les avis diffèrent sur les procédés à employer. Les uns, à l'exemple de Follin et Duplay, veulent l'incision interne sur le point le plus culminant et le plus déclive de la tumeur. L'incision peut se faire soit à l'aide du bistouri ordinaire enveloppé d'un linge pour ne pas blesser les parties voisines, soit à l'aide d'un trocart courbe ou bien encore des instruments spéciaux de Schmitz, Mackenzie, etc. Le pharyngotome de J.-L. Petit est abandonné.

Les autres, convaincus qu'il est impossible d'obtenir l'antisepsie par l'incision interne, veulent l'incision externe et abordent la collection purulente à travers toute l'épaisseur des parties molles de la région



supérieure et latérale du cou. Quel que soit le procédé employé, si l'intervention a eu lieu en temps opportun la guérison s'effectuera promptement. Cependant il faudra donner la préférence à l'incision faite dans le fond du pharynx, car elle n'est point passible des reproches qu'on lui a faits : 1° la septicémie n'a jamais été observée à sa suite ; 2° on n'a vu que très rarement les parcelles alimentaires pénétrer dans la cavité de l'abcès.

### C. — Lésions formatives du pharynx.

Les tumeurs du pharynx sont bénignes ou malignes. Le groupe des bénignes est assez nombreux. Les tumeurs malignes au contraire sont constituées par un seul genre, le cancer.

Nous ne nous occuperons point ici ni des polypes naso-pharyngiens ni des végétations adénoïdes qui appartiennent plutôt à l'arrière-cavité des fosses nasales ou mieux encore au pharynx nasal. L'étude que nous allons faire n'aura trait qu'aux tumeurs développées dans le pharynx buccal.

#### 1° Tumeurs bénignes.

Les tumeurs bénignes sont assez variées dans leur structure, ce sont le plus souvent des *polypes* et des *papillomes* ; mais ce peuvent être aussi des *fibromes*, des *lipomes*, des *myomes*, des *myxomes*. Goschler aurait même extrait du pharynx d'un enfant de dix ans un *kyste dermoïde* pédiculé.

Les tumeurs bénignes du pharynx sont sessiles ou pédiculées. Leurs dimensions sont variables et ce sont les tumeurs pédiculées qui sont les plus longues. Elles peuvent s'allonger jusqu'à atteindre 15 ou 20 centimètres sur une largeur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

Ces tumeurs se manifestent par des symptômes assez analogues à ceux que produisent les corps étrangers. C'est de la douleur, une gêne de la déglutition, de la toux et des accès de suffocation. Il arrive même que dans un accès de toux ou dans un effort de vomissement la tumeur, qui jusque-là était restée inconnue, fait son apparition en arrière de l'isthme du gosier, provoquant une crise d'asphyxie. Lorsque la vue ne suffit pas pour établir le diagnostic, le toucher et l'examen au laryngoscope ou à l'œsophagoscope fournissent la solution du problème. Quant au cathétérisme, il ne peut donner et ne donne en réalité que des renseignements incertains.

**Traitement.** — L'extirpation est le seul mode de traitement de ces tumeurs. Si la tumeur est petite ou simplement pédiculée, l'extirpation se fera par la voie buccale, à l'aide soit d'instruments tranchants, soit d'instruments écrasants, bistouri, ciseaux, pinces à polypes, serre-nœud, anse galvano-caustique, thermo-cautère.

Si la tumeur est trop volumineuse, on pourra avoir recours à la *pharyngotomie sous-hyoïdienne*.

#### 2° Cancer du pharynx.

L'épithélioma ou primitif ou propagé est la seule tumeur cancéreuse que l'on rencontre dans le pharynx.

Le diagnostic en est facile par la simple inspection, le toucher et l'examen au miroir laryngien. La recherche des ganglions, la marche de la maladie, l'âge et l'état général du malade fourniront des renseignements assez utiles pour asseoir le diagnostic.

Le cancer du pharynx conduit vite à la cachexie tant par les troubles de la déglutition qu'il provoque que par sa propagation aux organes avoisinants et par l'écoulement de sanie purulente qui se fait continuellement dans l'estomac. C'est une véritable auto-intoxication.

Le diagnostic devra être fait avec les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses, avec le lupus en particulier. Le traitement antisiphilitique devra d'ailleurs être essayé dans la plupart des cas comme pierre de touche.

Jusqu'à ces dernières années le traitement du cancer du pharynx a été purement médical et les malades étaient destinés à mourir de cachexie, d'empoisonnement ou d'inanition. Depuis quelques années la chirurgie semble avoir porté son action de ce côté, et au Congrès de chirurgie tenu à Berlin en 1879, des chirurgiens tels que Prat, Langenbeck, Rosenbach, Gluck et Billroth, sont venus rapporter les tentatives plus ou moins heureuses qu'ils ont faites dans le but de guérir le cancer du pharynx. Jusqu'ici l'extirpation du pharynx reste une opération grave et difficile qui devra être précédée de la trachéotomie. Dans ce cas la canule-tampon de Trendelenburg rendra de grands services.

#### D. — Vices de conformation du pharynx.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que les affections congénitales du cou et du pharynx tiennent à une perturbation évolutive. Mais les divergences commencent lorsqu'il s'agit d'expliquer et la cause de l'arrêt du développement et son processus.

Quoi qu'il en soit, à propos des vices de conformation du pharynx, nous ferons aussi l'étude succincte des fistules et des kystes congénitaux du cou, dont l'histoire se rattache trop étroitement à l'évolution des fentes branchiales pour en être séparée. Chemin faisant nous relaterons les opinions diverses émises sur la pathogénie de ces lésions.

Le pharynx et l'œsophage peuvent manquer complètement ; ils peuvent être doubles au contraire. Mais la malformation la plus habituellement observée est celle qui consiste en une occlusion plus ou moins