

J.-L. Petit avait imaginé le *pharyngotome* pour pratiquer avec plus de sécurité l'ouverture des abcès de la glande.

Il n'est pas rare de voir l'amygdale affectée de tumeurs épithéliales cancéreuses ou syphilitiques. Il faut savoir que ces tumeurs, en s'ulcérant, peuvent atteindre la carotide interne et déterminer une mort subite par hémorragie, ce que Lasègue me dit avoir observé, en juillet 1874, sur un malade de son service atteint d'une ulcération syphilitique.

Lorsqu'un épithéliome occupe toute la profondeur de la région amygdalienne et forme une tumeur, occupant l'espace maxillo-pharyngien, saillante à l'extérieur, on ne peut y accéder par la bouche; il faut pénétrer dans cet espace de dehors en dedans et l'opération est très complexe. La résection de la partie correspondante du maxillaire inférieur facilite singulièrement la manœuvre en découvrant largement la partie latérale du pharynx buccal, en permettant une ablation complète, à ciel ouvert, de la tumeur et des ganglions lymphatiques; en facilitant l'hémostase et la dissection des nombreux organes que j'ai précédemment énumérés.

J'ai désigné cette opération sous le nom de *pharyngotomie supérieure*, par opposition à celle que je vais indiquer dans le paragraphe suivant.

Portion laryngienne du pharynx.

Étendue de l'épiglotte et de la base de la langue au bord inférieur du cartilage cricoïde, cette portion a la forme d'un cylindre complet, formé en avant par la face postérieure du larynx. La portion laryngienne mesure de 5 à 6 centimètres de hauteur. Elle va se rétrécissant de haut en bas pour constituer le sommet de l'entonnoir pharyngien, et ne mesure plus que 14 millimètres de diamètre dans le point où elle se continue avec l'œsophage.

La portion laryngienne ne prête à aucune considération spéciale, si ce n'est que les corps étrangers qui s'y arrêtent peuvent déterminer une asphyxie immédiate, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Lorsqu'un corps étranger s'est arrêté à ce niveau et surtout lorsqu'une tumeur s'est développée aux dépens de la paroi postérieure du larynx (Voir mon *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 508, 5^e édition) et fait saillie dans le pharynx, dont elle constitue la paroi antérieure, on ne peut intervenir que par les voies naturelles ou par une ouverture du pharynx de dehors en dedans. Or, je le répète, le sommet de l'entonnoir pharyngien correspond à la sixième vertèbre cervicale et est inaccessible par la bouche; donc la seule ressource est d'ouvrir le pharynx. J'ai pratiqué pour un cas de ce genre une opération à laquelle j'ai donné le nom de *pharyngotomie inférieure*. Contrairement à la pharyngotomie supérieure qui est difficile et grave, celle-ci est inoffensive et d'une extrême simplicité; infiniment plus simple aussi que l'œsophagotomie externe à laquelle on pourrait la substituer dans un certain nombre de cas.

Voici le procédé opératoire :

Faire à la face externe (droite ou gauche) du cartilage thyroïde, et vers le milieu de cette face, une incision verticale; détacher les muscles et découvrir le bord postérieur du cartilage; à quelques millimètres en dedans de ce bord légèrement porté en avant, inciser la paroi pharyngienne.