

roidien interposé entre ces noyaux et à étendre à tout un lobe ou à sa majeure partie le bénéfice de la décortication sous-capsulaire. Sous le nom d'« énucléo-résection », ce procédé a été employé par SOCIN, REVERDIN, JULLIARD et ROUX ; mais c'est PONCET qui l'a le mieux décrit, le plus largement utilisé.

IV. *Exothyropexie*. — L'exothyropexie (c'est-à-dire la fixation au dehors du corps thyroïde mis à découvert) réalise, nous dit JABOULAY, un double effet : l'un, d'ordre mécanique, qui est la décompression du cou ; l'autre d'ordre vital, l'atrophie des portions goitreuses mises à l'air ; le premier est immédiat, le second suit et demande quelque temps pour s'accomplir. Donc, elle répond, comme indications, à un double groupe de faits : dans l'un, prennent place la plupart des goitres suffocants, où il faut aviser en général de façon urgente et où les lésions de la trachée rendent très périlleuses les manœuvres de l'énucléation massive ou de la thyroïdectomie ; dans l'autre, il s'agit de gros goitres, à lésions diffuses ou à vascularisation très développée, dangereux à aborder par la thyroïdectomie.

ARTICLE II

CANCER DU CORPS THYROÏDE

Le cancer se développe avec prédilection sur les thyroïdes goitreuses des vieillards : rarement il frappe une glande saine, chez un individu jeune. Il s'agit donc plutôt d'un *goitre cancéreux* que d'un *cancer thyroïdien*. — PONCET et ses élèves ORCEL, RIVIÈRE, BERTRAND ont bien étudié cette question, remarquablement exposée dans la thèse de CARREL, en 1900. En dehors de la dégénérescence goitreuse, deux éléments étiologiques sont à retenir : le cancer thyroïdien est plus fréquent chez la femme et chez les sujets âgés.

Anatomie pathologique. — Le cancer naît sur un lobe, sur l'isthme, sur une thyroïde accessoire. A la première phase, dite de végétation intracapsulaire, alors qu'il n'a pas franchi l'enveloppe fibreuse de la glande, il se présente sous l'aspect

de noyaux gris cendré, gros comme des noisettes ou des noix, inclus dans le tissu goitreux. A cette période, il est presque impossible de le distinguer d'un goitre : c'est le *cancer latent*, souvent découvert à l'autopsie, car il peut tuer par généralisation viscérale. — A la phase de végétation extracapsulaire, il forme une masse volumineuse, d'une dureté ligneuse ; sur une coupe, on voit qu'elle est constituée par des alvéoles bourrées de tissu lardacé, dans lequel se sont creusées des géodes remplies d'une bouillie rougeâtre comparable, dit CARREL, à des bourgeons charnus de mauvaise nature.

Les organes voisins sont rapidement envahis : le larynx, la trachée, l'œsophage sont déviés, déformés, infiltrés, perforés ; les vaisseaux, surtout la jugulaire interne sont pénétrés par des bourgeons néoplasiques qui sont l'origine des métastases.

Histologiquement, on observe toutes les transitions entre l'adénome simple et l'épithélioma. WÖLFLE a distingué le carcinome alvéolaire, l'épithélioma cylindrique, l'épithélioma pavimenteux ; suivant les caractères du stroma conjonctif, le cancer est dit fibreux, myxomateux, téléangiectasique.

Les métastases sont très fréquentes ; elles se font dans les ganglions, dans les os, dans les poumons, dans les viscères. Fait à retenir : elles sont souvent constituées par du tissu thyroïdien normal et en ont les propriétés sécrétoires physiologiques. Il en résulte que les noyaux métastatiques du cancer thyroïdien sont de véritables thyroïdes accessoires et préservent leur porteur du myxœdème. L'ablation de ces métastases peut, en effet, comme l'a montré von EISELSBERG, provoquer l'apparition de la cachexie strumiprivo.

Symptômes et évolution. — Chez un individu âgé, un goitre, stationnaire depuis longtemps, augmente brusquement de volume ; de mou et fluctuant, il devient dur et farci de noyaux résistants. La peau, mobile sur le goitre, se fixe sur la tumeur et prend une teinte rouge sombre. La tumeur peut devenir énorme et remplir tout l'espace situé entre le cricoïde et le sternum. Bientôt surviennent des névralgies faciales et cervicales et des troubles de compression : dyspnée continue par aplatissement de la trachée ou dyspnée paroxystique par

compression récurrentielle; dysphonie et dysphagie; le cancer peut même s'accompagner du syndrome basedowien: tremblement, tachycardie, exorbitisme.

L'évolution est en général très rapide et le cancer thyroïdien tue par asphyxie avant l'apparition de la cachexie. Toutefois BARD a attiré l'attention sur ces *cancers latents*, forme médicale du cancer de la thyroïde, dont l'évolution est absolument silencieuse jusqu'à l'apparition des métastases.

Diagnostic. — Au delà de quarante ans, tout goitre qui augmente de volume et de consistance, et surtout adhère à la peau et aux organes voisins, doit être suspect de malignité, qu'il existe ou non des symptômes fonctionnels. Chez un individu non goitreux, il faut éliminer la thyroïdite subaiguë et chronique, et la tuberculose, d'ailleurs très rare. Certaines thyroïdites chroniques ont une consistance ligneuse et étreignent les organes voisins d'une manière si étroite que TAILHEFER leur a donné le nom d'inflammation primitive cancéroforme de la thyroïde. L'évolution seule permet le diagnostic.

Traitement. — L'ablation ne donne de résultat qu'à la phase de végétation intra-capsulaire. Dans les néoplasmes infiltrés, adhérents aux organes voisins, la récurrence est la règle. On en est donc réduit à des interventions palliatives: trachéotomie, libération de la trachée, exothyropexie.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

ARTICLE PREMIER

PROCÉDÉS D'EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE

Les moyens d'exploration de l'œsophage sont: 1° le cathétérisme; 2° l'œsophagoscopie; 3° la palpation, qui ne s'applique qu'à l'œsophage cervical et ne fournit que de médiocres renseignements; 4° l'auscultation.

1° CATHÉTÉRISME

Le malade étant assis, la tête renversée en arrière, l'opérateur se place devant lui: avec l'index gauche, il déprime la langue et guide l'olive exploratrice ou le cathéter vers la paroi postérieure du pharynx. Par le cathétérisme, nous pouvons apprécier: 1° les diminutions de calibre de l'œsophage; 2° le niveau des lésions rétrécissantes ou obstruantes. Donc, pour exécuter correctement le cathétérisme, il faut se rappeler: 1° la longueur normale de l'œsophage; 2° sa direction; 3° son calibre.

I. *Longueur.* — L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, ce qui dans l'attitude normale de la tête répond au corps de la sixième cervicale; il se termine au niveau de la onzième dorsale. Chirurgicalement, l'origine de l'œsophage est séparée de l'arcade dentaire supérieure par une longueur de 15 centimètres chez l'adulte; chez le nouveau-né elle est de 7 centimètres: entre ces deux moyennes, on peut