

l'air du goitre que l'on pratique en isolant la tumeur avec les doigts, et en la séparant de sa loge par des lanières de gaze.

L'exothyropexie ne peut être qu'une ressource d'exception; la lenteur de la cicatrisation, la possibilité des complications septiques la rendent très inférieure aux différentes méthodes d'exérèse susmentionnées. Elle ne doit donc être employée que lorsque celles-ci ne sont pas praticables, et sous ce rapport, certaines formes très vasculaires, ou certains accidents aigus de suffocation pourront en représenter les indications. On peut aussi faire une exothyropexie préliminaire et une énucléation secondaire.

5° TRACHÉOTOMIE. — Elle est loin d'offrir ici les facilités d'exécution qui font ses avantages dans les conditions normales. Gosselin

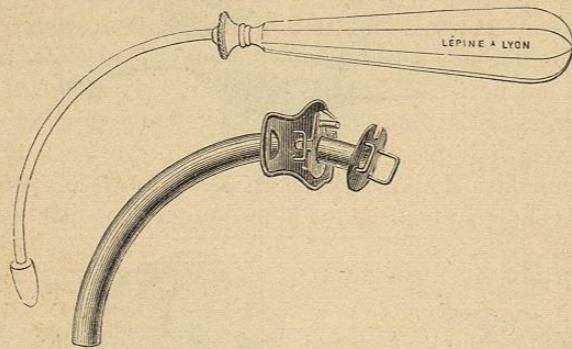


Fig. 105. — Canule longue de Poncet et son mandrin.

ne dut-il pas, après avoir cherché la trachée pendant une demi-heure, renoncer à la découvrir? Il s'agissait il est vrai d'un cancer. Le volume de l'isthme hypertrophié peut masquer la trachée dans presque toute sa hauteur. En outre, lorsqu'il s'agit de lutter contre une compression trachéale, celle-ci siège presque toujours au-dessous du point que pourrait atteindre une canule ordinaire. Il est donc nécessaire de se servir de canules spéciales très longues, dont il existe d'ailleurs des modèles divers (Demarquay, Poncet, fig. 105). Si l'on n'a pas sous la main un instrument convenable, on peut se servir provisoirement d'une grosse sonde en gomme.

6° TRAITEMENT DES KYSTES. — Négligeant les méthodes sans valeur, nous nous contenterons de discuter la ponction suivie d'injection iodée, l'extirpation et l'ouverture large ou incision.

a. *Ponction.* — Après avoir été mise en usage d'une façon à peu près générale, à l'instigation de Bouchacourt et surtout de Velpeau, aucune intervention n'a été plus décriée que la ponction dans les kystes. Elle est en effet, plus qu'ailleurs, susceptible de s'accompagner de graves accidents, et voici pourquoi. D'abord, la réaction provoquée

par l'iode peut être excessive et amener des phénomènes de suffocation inquiétants. En second lieu, il arrive parfois, lorsque l'on ponctionne un kyste, que le liquide qui d'abord s'écoule limpide prend peu à peu une teinte rosée, puis rouge, et n'est plus ensuite que du sang pur. Ce fait s'explique par la fragilité des lacunes vasculaires à parois minces et des franges dont nous avons signalé la présence dans certains cas à la surface interne de la poche. Les ponctions dans de semblables conditions sont dangereuses, le liquide se reproduit rapidement, la tension de la poche devient plus grande qu'auparavant; on a transformé son contenu en liquide hémorragique. Il faut alors surtout se garder de faire une injection iodée.

Cette méthode doit donc être, sinon bannie du traitement des kystes, du moins employée avec une grande réserve. On ne consentira à l'appliquer qu'à des kystes réguliers, uniloculaires, de volume modéré, à parois minces; on arrêtera l'évacuation, sans faire d'injection, si le liquide devient sanguinolent; enfin, pour éviter une réaction excessive, on ne se servira pas de teinture d'iode pure, mais d'une solution très diluée. Dans ces conditions l'inflammation consécutive est modérée, le liquide se reproduit, la poche se tend, la région devient chaude et douloureuse, parfois se montre un peu de raucité de la voix, puis au bout de quelques jours la tuméfaction rétrocede et disparaît.

b. *Extirpation.* — On doit la considérer comme le traitement de choix. Elle seule permet de venir à bout des grands kystes. Les poches de moyen volume et les petites s'enlèvent souvent avec facilité par une rapide énucléation intra-glandulaire, comme nous l'avons vu pour les noyaux solides.

c. *Incision.* — Mais il n'en est pas toujours ainsi et parfois on est obligé d'avoir recours à l'ouverture large. Certains kystes ont des parois tellement minces qu'il faut renoncer à les extirper d'une seule pièce et que l'on est obligé de pénétrer dans leur cavité. Tillaux (1), le premier, a bien insisté sur les dangers de l'incision dans ces cas. On peut être exposé à une hémorragie abondante et difficile à arrêter, car le sang sourd de tous les points de la cavité, et le tamponnement ne peut être fait aussi serré qu'il le faudrait à cause de la trachée. Reverdin, dans un cas analogue, eut les plus grandes difficultés et 90 pinces hémostatiques furent à plusieurs reprises insuffisantes. Il faut dans ces cas énucléer rapidement si on le peut, utiliser les pinces de Péan dites clamps, et faire, comme le conseille Tillaux, une suture profonde hémostatique aussi serrée que possible.

Certains kystes anciens, à poche épaisse, sont tellement adhérents aux organes voisins que l'on doit se contenter de les inciser largement et de fixer à la peau les bords de l'ouverture.

(1) TILLAUX, *Clin. chir.*, t. I, p. 477.

Lorsque les kystes sont enflammés ou suppurés, c'est l'hémorragie secondaire qui est à craindre; il arrive que de grosses veines parcourant les parois des kystes et oblitérées par la thrombose se rompent sous l'influence de la diminution de pression. Il en résulte des hémorragies abondantes et répétées et l'infection veineuse est à peu près fatale.

Pour résumer cette question du traitement des goîtres, il faut convenir, dans l'impossibilité où nous sommes de distinguer ceux qui sont susceptibles de rester stationnaires de ceux qui, à un moment donné, peuvent s'accompagner d'accidents, que l'intervention chirurgicale doit être conseillée toutes les fois que la tumeur grossit et que le traitement médical a échoué. Elle sera ainsi d'autant plus bénigne qu'elle aura été plus hâtive, et on évitera de se trouver aux prises avec ces volumineuses tumeurs partout adhérentes dont le pronostic opératoire reste encore aujourd'hui grave. Il est bien entendu, en dépit des bienfaits de la médication thyroïdienne, qu'on rejettera absolument les thyroïdectomies totales. On respectera, suivant les conseils de Wölfler et d'Eiselberg, au moins un quart de la glande.

Les statistiques des opérateurs d'aujourd'hui deviennent de plus en plus brillantes, la mortalité suivant les opérateurs varie entre 10 p. 100 et 1 p. 100, mais il est inutile de les citer, car peu de goîtres sont comparables entre eux.

2° CANCER.

Nous décrirons dans ce chapitre aussi bien les différentes variétés d'épithélioma connues sous le nom d'*adénomes malins* et de *goîtres métastatiques*, que les *carcinomes* proprement dits, en nous rapportant, pour spécifier le cancer, uniquement aux caractères cliniques de la malignité, c'est-à-dire à la propriété de récidiver sur place et de créer des métastases; car, comme nous le verrons, l'histologie seule ne peut pas nous fournir un critérium suffisant entre les goîtres bénins et les goîtres malins, l'aspect des coupes étant parfois identique.

Étiologie. — Ainsi qu'on l'observe d'ordinaire dans les autres régions, le cancer thyroïdien se rencontre le plus fréquemment entre quarante-cinq et soixante ans. Cependant, il n'est pas absolument rare d'en observer sur des sujets moins âgés. Bruns, Billroth, Wölfler en ont vu chez des jeunes filles de vingt-sept, vingt-cinq et vingt-trois ans. Demme en a signalé un cas chez l'enfant.

Une particularité étiologique qu'il importe de faire ressortir, c'est que dans un très grand nombre des cas le cancer se développe sur une thyroïde déjà atteinte de goitre, et c'est ainsi qu'il est considérablement plus fréquent dans les pays à goitre, que la femme est

plus souvent atteinte, et que, comme c'est le cas pour le goitre, les lésions prédominent dans le lobe droit.

Il est inutile d'insister sur les faits de cancer thyroïdien secondaire à un cancer d'un organe voisin. L'envahissement se fait alors par contiguïté. Ce sont le larynx, l'œsophage qui représentent les points de départ les plus fréquents. Lebert a vu dégénérer en cancer le goitre d'une malade atteinte de cancer du sein.

Le cancer peut envahir d'emblée la glande tout entière ou rester assez longtemps limité à un lobe. Berger (1) a publié un cas unique d'épithélioma thyroïdien aberrant sans connexions avec la glande thyroïde développé le long de la gaine des vaisseaux probablement aux dépens d'une thyroïde accessoire et reconnaissable à la structure toute spéciale de l'épithélium thyroïdien.

Anatomie pathologique. — L'aspect macroscopique du cancer est très variable, ce qui tient en partie aux différentes formes histologiques du néoplasme, à son ancienneté, aux lésions goitreuses sur lesquelles il s'est greffé. Dans un certain nombre de cas, on se trouve en présence de noyaux volumineux, blanchâtres, mous, donnant du suc au raclage comme le carcinome d'autres organes; dans d'autres, les lésions sont diffuses, l'aspect est uniforme, et rien ne permet de dire qu'on se trouve en présence d'un carcinome plutôt que d'un goitre fibreux. On observe aussi l'association des kystes à contenu muqueux ou hématique (cysto-carcinome). Enfin, il faut bien connaître un fait sur lequel Billroth a insisté, c'est qu'il peut exister des cancers de la thyroïde sans tumeur apparente. Eiselberg, Kramer, Friedland, Letulle et Meslay ont publié des cas semblables.

En général, il n'en est pas ainsi; après être resté un certain temps confiné dans l'intérieur de la capsule, le cancer, là comme ailleurs, franchit les limites de la glande. L'adhérence aux régions voisines devient alors particulièrement intime, la peau est prise tardivement, mais il n'en est pas de même des organes profonds: la trachée fait bientôt corps avec la tumeur, et parfois une dissection minutieuse ne parvient pas à la ménager. On a vu aussi un bourgeon cancéreux pénétrer dans son intérieur. L'envahissement est précoce également du côté de l'œsophage et des récurrents.

Les lymphatiques sont dans certaines formes très longtemps respectés; mais, le plus souvent, on assiste à une tuméfaction énorme de la chaîne carotidienne et sus-claviculaire qui fait corps avec la tumeur. Les veines elles-mêmes ont une tendance particulière à être envahies par l'élément néoplasique, des bourgeons les pénètrent, et Péan a vu la jugulaire interne et le tronc brachio-céphalique oblitérés sur toute leur longueur par des masses encéphaloïdes.

Dans quelques cas il existe une dilatation remarquable de tout le

(1) BERGER, *Congrès franç. de chir.*, 1897.