

**cissement de la trachée.** Comme nous l'avons vu, la trachée se rétrécit tantôt peu à peu, tantôt d'une façon très subite, le plus souvent sous l'influence de causes produisant une forte congestion de la glande thyroïde.

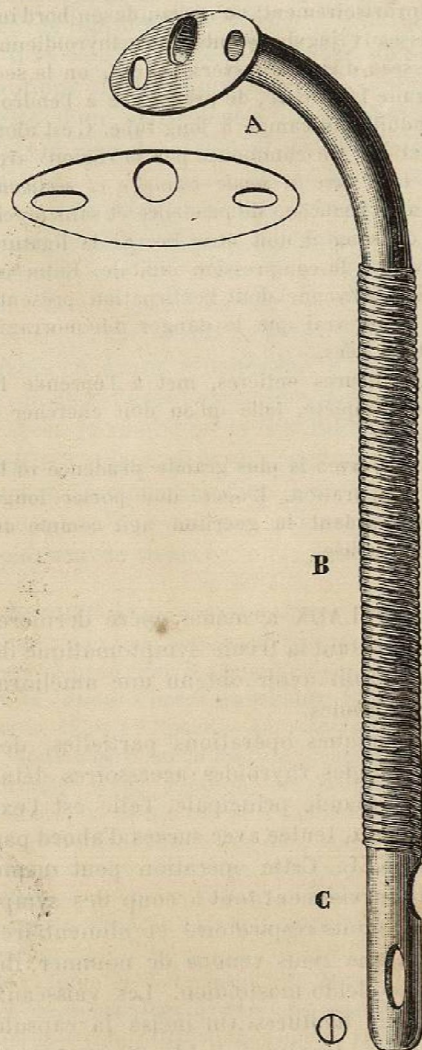


Fig. 103. — Canule à trachéotomie dans le traitement du goître rétro-sternal.

Le rétrécissement peut affecter le larynx et la trachée sur toute l'étendue de la tumeur; mais, chez l'adulte, c'est évidemment la portion rétro-sternale du goître qui, dans la plupart des cas, comprime la trachée. Lorsque les phénomènes de compression apparaissent subitement, on n'a pas le temps d'agir sur la tumeur elle-même, car parmi les moyens de traitement s'adressant au goître, la ponction, s'il s'agit d'un kyste, et l'extirpation, sont les seuls qui pourraient faire cesser rapidement les symptômes de rétrécissement. C'est pourquoi il importe de trouver des opérations palliatives, qui, en mettant fin au rétrécissement, permettent de diriger ensuite sur le goître lui-même notre intervention chirurgicale.

C'est ainsi que l'on a proposé la **section des sterno-cleido-mastoïdiens**, dans l'idée que ces muscles, par leur tension mécanique, compriment le goître contre la trachée. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, on observe des rétrécissements de la trachée dans des points où la tension de ces muscles est tout à fait hors de cause; d'ailleurs le plus souvent ces muscles, loin d'être tendus, sont

exemple dans les goîtres congénitaux situés à un niveau élevé, ainsi que dans certains cas dans lesquels l'obstacle siège au niveau du cartilage cricoïde ou des premiers anneaux de la trachée, tandis que la partie inférieure de ce conduit est libre. Est-on bien sûr de pouvoir toujours, comme le prétend ROSE, après avoir séparé le goître en ses deux lobes (*voir plus haut*), mettre à découvert la trachée au-dessous de l'isthme de la glande? C'est ce qu'on ne peut décider actuellement. Le plus souvent on s'est contenté jusqu'ici de faire une laryngotomie haute ou une crico-trachéotomie avec section et écartement de la portion moyenne de la glande. On ne peut pas toujours reconnaître le siège de l'obstacle à la respiration, et l'on doit se demander si, comme le veut ROSE, le rétrécissement et l'atrophie par compression intéressent si souvent le bout supérieur de la trachée. Ce qui est absolument certain, c'est qu'il existe des cas dans lesquels l'obstacle à la respiration siège à la partie inférieure de la trachée, près de sa bifurcation. Dans ces cas on est bien obligé d'inciser la trachée au-dessus du siège du rétrécissement et de se servir d'une canule assez longue pour pénétrer au delà du point rétréci.

Dans un cas semblable j'ai pu mesurer la longueur de canule nécessaire en introduisant un tube élastique dans la trachée et en voyant à quelle profondeur j'étais obligé de l'enfoncer pour que la respiration se fit librement; or je dus la faire pénétrer à une profondeur de 4 1/2 pouces; je fis alors construire la canule dont je donne ici le dessin, et qui se compose de trois parties: La première partie A, longue de 5 centim., correspond à une canule ordinaire; la seconde partie B a une longueur de 8 centim.; elle est élastique et formée, comme certains tuyaux de pipe, par l'enroulement en pas de vis d'un fil d'argent solide. A cette portion mobile s'en ajoute une troisième C qui est solide, mesure 2 1/2 centim. de longueur et se termine à la manière d'une sonde urétrale. Ce long tube, grâce à son élasticité, peut être introduit dans la trachée et y rester des mois sans inconvénients.

Les **rétrécissements de l'œsophage** s'améliorent, en général, assez rapidement par le cathétérisme de ce conduit. En même temps le goître sera soumis à un traitement. Lorsque des nodosités latérales profondes sont la cause du rétrécissement, et qu'elles sont inaccessibles aux autres moyens de traitement, l'extirpation du goître peut seule nous faire espérer une amélioration durable. Nous avons vu que l'extirpation a été faite déjà un certain nombre de fois avec succès. Dans plusieurs cas on a tenté l'œsophagotomie, mais toujours avec une terminaison fatale (V. BRUNS).

§ 70. — Il existe un certain nombre d'observations de **tumeurs à échinocoques** de la glande thyroïde. Le diagnostic en sera presque toujours douteux à cause des dégénérescences kystiques fréquentes de cet organe. Le **sarcome** et le **carcinome** peuvent se développer dans la glande thyroïde; ces tumeurs malignes ont été observées surtout

dans les contrées où le goitre est endémique; rarement elles prennent naissance dans une glande thyroïde saine. C'est de 30 à 50 ans qu'elles sont le plus fréquentes; cependant le carcinome surtout a été observé aussi chez des individus jeunes. Ce qui est caractéristique pour ces tumeurs c'est leur marche rapide. La plupart se terminent mortellement dans l'espace d'une année. Le diagnostic est toujours incertain au début. Lorsqu'un goitre s'accroît rapidement chez un individu âgé, et que, sans symptômes inflammatoires, il produit des troubles de la respiration et de la déglutition, il est probable que l'on a affaire à une tumeur maligne. Comme il importe ici que le diagnostic soit posé de bonne heure, KAUFMANN propose de faire une ponction exploratrice et d'examiner au microscope les parcelles de tissu ramenées au dehors. Le sarcome forme parfois, lorsqu'il se développe très rapidement, de grosses tumeurs qui ne tardent pas à perforer la capsule pour se propager aux parties voisines, à la trachée, etc. La marche rapide de ces tumeurs qui bientôt perforent leur capsule pour infiltrer les tissus voisins, leur tendance particulière à la fonte putride et à l'ulcération après qu'elles ont envahi la peau, telles sont les causes qui les rendent le plus souvent inaccessibles à toute intervention chirurgicale.

Le carcinome a une marche moins rapide. Il se développe le plus souvent primitivement dans un goitre (LUECKE), tantôt avec les caractères histologiques et cliniques du carcinome glandulaire simple, tantôt sous la forme du carcinome atrophique ou squirre. Un ancien goitre, qui pendant de longues années est resté stationnaire, commence à devenir douloureux et à augmenter de volume. Quelquefois l'accroissement est lent et dure plusieurs années; il en est ainsi surtout du squirre. La tumeur refoule les organes et les entoure; aussi observe-t-on à un haut degré des symptômes de rétrécissement des conduits respiratoire et alimentaire, et de compression des vaisseaux et des nerfs. Ordinairement on voit bientôt survenir un engorgement des ganglions lymphatiques, lequel fait le plus souvent défaut dans le sarcome. Ces carcinomes secondaires des glandes lymphatiques forment au cou des tumeurs volumineuses. On observe en outre des métastases; d'après LUECKE elles sont relativement fréquentes dans les os.

Le traitement opératoire de ces tumeurs n'a donné jusqu'ici qu'un petit nombre de succès, et cependant c'est le seul traitement qui soit capable de mettre fin aux symptômes graves de rétrécissement des voies respiratoires et de l'œsophage. Toutefois il est bien clair que l'extirpation ne saurait être de quelque utilité que dans les cas où la tumeur maligne n'a pas encore envahi la trachée et l'œsophage, ni contracté des adhérences avec les nombreuses glandes de la région, ni donné lieu à des métastases. Comme jusqu'à présent on n'a guère opéré que des carcinomes déjà aussi avancés dans leur développement, on comprend que dans un certain nombre de cas l'opération n'ait pu être

achevée, et qu'elle n'ait que très rarement réussi à mettre fin pour quelque temps aux souffrances du malade. BRAUN pense que l'on peut tenter l'extirpation dans les cas où le carcinome est encore mobile, encapsulé et peut être délimité au-dessus du sternum; il faut, en outre, que la carotide puisse être reconnue au côté externe de la tumeur, et qu'il n'y ait ni engorgement ganglionnaire, ni métastases. Mais le diagnostic n'est presque jamais possible à une période aussi peu avancée; c'est pourquoi on est souvent obligé plus tard de se contenter de moyens palliatifs. On aura avant tout à s'occuper de l'alimentation du malade par la sonde œsophagienne, et ici se posera la question de l'œsophagotomie (?). Le rétrécissement de la trachée, peut, d'autre part, indiquer la trachéotomie. Malheureusement d'après BRAUN, cette opération est le plus souvent sans efficacité ou ne donne qu'un succès passager, car les conditions sont loin d'être simples; la trachée est comprimée, envahie par le néoplasme, déplacée, et il est rare que l'on réussisse à faire arriver l'air aux poumons par une simple canule.

Dernièrement COHNHEIM a publié une observation de goitre gélatineux simple ayant donné lieu à des métastases multiples dans les poumons et les os.

## VI. MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

§ 71. — Nous faisons précéder ce chapitre d'une courte description de la symptomatologie des processus morbides du conduit pharyngo-œsophagien et du mode d'emploi des moyens de diagnostic.

Depuis longtemps on désigne sous le nom de **dysphagie** les troubles fonctionnels qui se produisent dans le domaine du pharynx et de l'œsophage. Mais la dysphagie ne s'observe pas seulement dans les affections locales de l'appareil de déglutition; elle peut dépendre aussi de maladies des organes voisins ou de l'organe central, c'est-à-dire du cerveau. Nous avons déjà eu maintes fois l'occasion d'appeler l'attention sur les phénomènes de compression que produisent les différentes tumeurs développées autour de l'œsophage, et nous pouvons maintenant ajouter que les mêmes symptômes peuvent être causés par certaines affections douloureuses des parties profondes du cou; de même une maladie nerveuse centrale peut donner lieu au symptôme dysphagie, soit directement, soit par voie réflexe.

L'obstacle au passage du bol alimentaire peut être dû soit à une cause morbide intéressant les nerfs et les muscles qui constituent l'appareil de la déglutition, soit à une cause mécanique siégeant dans l'intérieur du pharynx et de l'œsophage. Les causes mécaniques tiennent à un rétrécissement ou à une solution de continuité d'un point quelconque du conduit. Dans le pharynx principalement il est nécessaire qu'un certain nombre