

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



de dispositions mécaniques soient intactes pour que la déglutition s'accomplisse sans obstacles. Lorsque les muscles de la déglutition se contractent, il faut que les voies respiratoires soient suffisamment closes pour que les aliments ne pénètrent pas dans le nez ou même dans la trachée. L'occlusion peut être imparfaite soit par suite d'une paralysie musculaire, soit à cause de pertes de substance, par exemple du palais ou de l'épiglotte.

Des troubles fonctionnels de l'appareil moteur consistant en une **paralysie partielle ou totale**, s'observent tantôt dans le cours de maladies fébriles ou à la période qui précède l'agonie, tantôt comme affection consécutive à la diphtérie, tantôt comme symptôme d'une maladie des centres nerveux. Les phénomènes varieront suivant le degré de la paralysie et suivant que celle-ci s'étend à tout l'appareil musculaire ou reste limitée à certains muscles. Ainsi la paralysie des muscles chargés, pendant la déglutition, d'assurer l'occlusion du larynx ou de l'orifice postérieur des fosses nasales, aura comme conséquence la pénétration des aliments dans les voies respiratoires. Dans la paralysie totale, outre ces symptômes, on observe une impossibilité absolue de faire pénétrer le bol alimentaire dans l'œsophage; les aliments restent dans la bouche et le pharynx, et en vertu des lois de la pesanteur, suivant la position du malade, ils tombent dans le larynx ou dans la cavité nasale, et l'on est obligé de les retirer si l'on veut parer au danger d'asphyxie. Un tel degré de paralysie est rare dans la diphtérie qui intéresse plus particulièrement le chirurgien. Les malades doivent alors être nourris avec la sonde œsophagienne.

Plus rarement c'est l'œsophage qui est paralysé; dans ce cas l'appareil moteur du pharynx est chargé de pousser dans l'œsophage le bol alimentaire, qui peu à peu finit par atteindre l'estomac, si toutefois, comme il arrive souvent, il n'est pas chassé au dehors dans un effort de vomissement.

Les **véritables rétrécissements** sont moins fréquents au pharynx qu'à l'œsophage. Dans les paragraphes suivants nous nous occuperons de l'obstruction de ces conduits par des corps étrangers ainsi que des rétrécissements de nature inflammatoire ou néoplasique, etc.; nous nous contenterons de signaler ici en peu de mots les différences que présente le symptôme dysphagie suivant le siège de la lésion, cause du rétrécissement.

Si l'obstacle siège haut dans le pharynx et est assez marqué pour empêcher le passage du bol alimentaire, ce dernier est habituellement chassé par la bouche et le nez dans un violent accès de toux.

Un obstacle considérable siégeant le long de l'œsophage a presque toujours comme conséquence une ectasie du conduit au-dessus du rétrécissement. Les aliments s'y accumulent de la même manière que dans les **diverticules** de l'œsophage, et la **régurgitation** ne se produit

qu'au bout d'un temps assez long. Lorsque l'ectasie est très prononcée, on observe quelquefois une espèce de **ruminatio**n. Les aliments déjà en partie digérés (transformation de l'amidon en glycose) sont ramenés volontairement ou involontairement dans la cavité buccale pour être avalés de nouveau.

Les masses régurgitées peuvent contenir du sang, du pus, etc., et leur examen a quelquefois de l'importance pour le diagnostic.

Le symptôme **douleur** n'a pour ainsi dire aucune valeur pour le diagnostic des lésions du conduit pharyngo-œsophagien. La déglutition douloureuse s'observe bien plutôt dans les processus inflammatoires affectant le voisinage du conduit que dans les inflammations du conduit lui-même. Quelquefois seulement ce symptôme a de l'importance lorsqu'il s'agit de localiser certains phénomènes morbides, par exemple lorsqu'on veut préciser le siège d'un corps étranger.

Nous allons maintenant diriger notre attention du côté des **symptômes objectifs**. Dernièrement on a tenté d'appliquer à l'œsophage, comme aux poumons, l'**auscultation** dans un but de diagnostic (HAM-BURGER).

On applique le stéthoscope sur le dos ou à côté de la trachée et l'on fait avaler au malade une gorgée d'eau. On entend alors un bruit retentissant dans le pharynx et l'œsophage. À l'état physiologique le bruit perçu dans l'œsophage donne la sensation d'un corps ovoïde descendant le long de ce conduit; c'est un bruit de glissement doux accompagné de glouglou. L'auscultation permettrait de reconnaître une altération de forme de la colonne liquide avalée; dans un rétrécissement le bruit cesse en un point déterminé; enfin on entend une espèce de bruit de frottement anormal lorsque le conduit présente des inégalités.

La rapidité avec laquelle le liquide arrive à l'estomac doit avoir aussi de l'importance. Jusqu'à présent l'auscultation appliquée au pharynx et à l'œsophage n'a guère eu qu'une valeur théorique; cependant dans certains cas elle peut avoir de l'importance, par exemple lorsqu'il s'agit de localiser un rétrécissement; le liquide avalé produit alors, en effet, un bruit qui indique son passage par un orifice étroit.

Mais, au point de vue chirurgical, l'examen par la vue et par le toucher est beaucoup plus sûr. L'examen du pharynx à la lumière directe et à la lumière réfléchie est de la plus grande importance (*Voir plus loin*). Pour l'œsophage l'exploration avec la lumière réfléchie n'a pas une bien grande valeur pour le moment.

Le toucher est encore plus important. Avec un doigt assez long et bien exercé on peut pénétrer jusqu'en arrière de l'épiglotte et même du cartilage thyroïde, et découvrir un corps étranger, une ulcération ou une tumeur. Malheureusement le **toucher digital** a une limite, et doit alors céder la place à l'**exploration par les sondes**, surtout lorsqu'il s'agit de l'œsophage. Mais les sondes employées dans ce but doivent être