

Que penser des injections interstitielles, parenchymateuses, de Luton? Ce traitement est sans doute rationnel et peut être employé avec avantage dans le goître hypertrophique, ainsi que l'a récemment encore démontré M. Duguet, mais à mon avis il faut s'en abstenir dans les cas de tumeur. Une femme est morte cette année (1886) dans mon service d'une tumeur du corps thyroïde. Cette tumeur était devenue inopérable, en raison de sa fusion intime avec les divers organes du cou, et il m'a semblé que les injections interstitielles pratiquées antérieurement avaient peut-être favorisé la production des adhérences.

La tumeur du jeune homme dont je donne ici le dessin d'après la photographie avant l'opération avait également subi en Hollande un grand nombre d'injections interstitielles de teinture d'iode, sans autre résultat qu'une augmentation de consistance.

Le chirurgien n'a donc en général le choix qu'entre l'abstention ou l'ablation.

Étudions maintenant les indications et le manuel opératoire de la *thyroïdectomie*.

Les indications de cette opération me paraissent assez nettes, et c'est ici que la distinction entre le goître simple et la tumeur du corps thyroïde joue un rôle important.

L'ablation du goître simple rentre le plus ordinairement dans le groupe des opérations dites *de complaisance*. La vie des sujets atteints de goître même très volumineux n'est pas menacée et les fonctions s'exécutent normalement. C'est une question de conformation physique défectueuse. Qu'un chirurgien se décide facilement à pratiquer une opération de complaisance sans gravité, soit, mais ce n'est pas le cas de la thyroïdectomie, qui reste toujours, malgré nos perfectionnements modernes, une opération très sérieuse. De plus, nos confrères de la Suisse, mieux placés que nous pour observer cette affection, n'ont-ils pas remarqué que la suppression du corps thyroïde n'était pas sans inconvénient pour la santé ultérieure des sujets et provoquait souvent le myxœdème?

Je ne crois donc pas en principe que l'on doive proposer l'ablation d'un corps thyroïde hypertrophié; c'est tout au plus si l'on peut céder à la volonté nettement exprimée de certains sujets auxquels cette affection rend la vie insupportable et qui préféreraient plutôt recourir au suicide (j'ai opéré une jeune femme dans ces conditions).

Quant aux tumeurs, faut-il en pratiquer l'ablation? Il convient

encore de distinguer ici celles qui amènent des troubles physiologiques de celles qui n'en déterminent aucun. On doit évidemment enlever les premières. Quant aux secondes, je suis d'avis de les enlever seulement sur la demande expresse des malades. La tumeur représentée figure 46 ne déterminait, malgré son volume énorme, aucun trouble physiologique sérieux susceptible de



Fig. 46. — Tumeurs du corps thyroïde. — Opération suivie de guérison.

compromettre l'existence, et cependant j'acceptai d'en pratiquer l'ablation parce que le jeune homme ne trouvait nulle part à gagner sa vie avec une telle infirmité.

Je pense d'ailleurs que l'ablation d'une tumeur du corps thyroïde expose beaucoup moins le sujet au myxœdème opératoire que celle du corps thyroïde lui-même et par conséquent est moins



grave. C'est là une distinction sur laquelle j'appelle l'attention de nos confrères de Genève. Le myxœdème en effet paraît résulter de l'extirpation totale de la glande, et c'est pour en éviter la production que les opérateurs s'efforcent aujourd'hui de conserver une certaine portion de l'organe. Or, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme, le tissu glandulaire est refoulé à la périphérie, mais il n'est pas détruit; il persiste après l'ablation de la tumeur et n'en remplit que mieux les fonctions qui lui sont dévolues : n'est-ce pas ce que nous observons, par exemple, pour les adénomes de la loge parotidienne?

Les chirurgiens, surpris de voir que la thyroïdectomie totale n'était pas constamment suivie de l'apparition du myxœdème, ont pensé qu'une portion de la glande avait sans doute échappé au bistouri; la distinction que je propose ne fournit-elle pas l'explication de cette différence dans les résultats ultérieurs de l'opération?

*Procédé opératoire de la thyroïdectomie.* — Deux circonstances principales rendent la thyroïdectomie difficile et grave : l'hémorrhagie et l'asphyxie par compression de la trachée ou par chute du sang dans son intérieur, si elle se trouve déchirée au cours de l'opération.

On a proposé de parer au danger d'asphyxie en faisant la trachéotomie préventive, pratique évidemment très rationnelle : mais est-elle toujours possible? Évidemment non. Examinez la figure 46 : la tumeur s'étendait du menton à la fourchette sternale qu'elle débordait. Pour arriver sur la trachée, il eût fallu préalablement fendre la tumeur dans toute son épaisseur, ce qui n'eût pas manqué de déterminer une hémorrhagie en nappe, impossible à réprimer et fatalement mortelle.

L'hémorrhagie constitue le principal danger de la thyroïdectomie, et c'est à bien assurer l'hémostase que le chirurgien doit surtout s'appliquer. Considérez la figure 48, vous voyez les quatre artères thyroïdiennes qui communiquent entre elles du même côté et d'un côté à l'autre, sans compter qu'il en existe parfois une cinquième, la thyroïdienne de Neubauer. Ces artères sont volumineuses et constituent un faisceau vasculaire situé à chaque angle du corps thyroïde.

Je dois présenter ici une observation d'une haute importance au point de vue opératoire et non signalée jusqu'à présent.

Dans plusieurs de mes opérations, tout en rencontrant un nombre considérable de vaisseaux, je fus surpris de ne pas trouver les gros troncs des artères thyroïdiennes; la tumeur une fois bien découverte put être énucléée d'une façon relativement facile. C'est lorsqu'il s'agit d'une tumeur thyroïdienne que le fait se produit; voici comment je l'explique (j'ai essayé de le représenter par la figure 47). La tumeur (quelle qu'en soit la nature, mais principale-

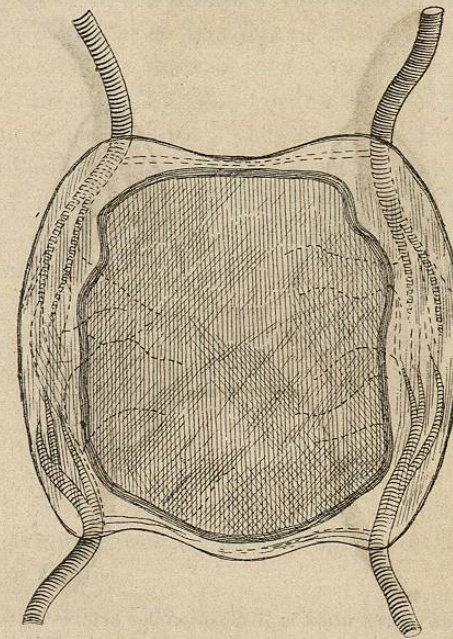


Fig. 47. — Schéma représentant la disposition des artères thyroïdiennes et du tissu propre du corps thyroïde lorsque ce tissu est refoulé par une tumeur.

ment l'adénome ou l'adéno-sarcome) siège primitivement au sein de la glande; en se développant, elle refoule peu à peu le tissu glandulaire à la périphérie, et dans cette couche extérieure sont compris les troncs vasculaires. Si donc on énucléée la tumeur, on rencontre seulement des artérioles, très nombreuses, il est vrai, se rendant dans la tumeur, mais non les troncs eux-mêmes.

Si, au contraire, l'on enlève le corps thyroïde hypertrophié, on trouve forcément les artères thyroïdiennes à leur place normale, c'est-à-dire aux angles de la tumeur (fig. 48).

Le procédé opératoire n'est donc pas absolument le même, qu'il



s'agisse d'enlever la glande ou bien une tumeur développée dans son épaisseur.

Et d'abord, faut-il endormir le malade au chloroforme? J'ai toujours commencé l'anesthésie, mais chez le malade que je présentai à la Société de chirurgie, je dus y renoncer, tant l'asphyxie était imminente dès les premières inhalations. On peut alors administrer trois à quatre grammes de chloral à l'intérieur et faire

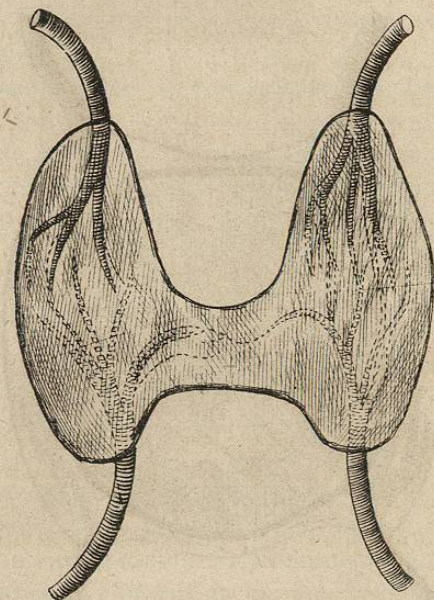


Fig. 48. — Schéma représentant la disposition des artères thyroïdiennes dans le corps thyroïde normal ou hypertrophié.

ensuite une injection sous-cutanée de 1 à 2 centigrammes de morphine : on obtient ainsi une insensibilité voisine de l'anesthésie complète (1).

Je me suis déjà expliqué sur la trachéotomie préventive.

Je fais à la peau une incision en forme de U; les deux branches verticales sont réunies en bas au-dessus de la fourchette sternale. Il en résulte un vaste lambeau que l'on relève de bas en haut. Tout en donnant tout le jour possible, ce lambeau me paraît laisser la cicatrice la moins apparente. Il doit comprendre la peau, les

(1) Ce malade supporta très courageusement l'opération et n'éprouva pas d'ailleurs une très grande douleur. « Ce qui soutenait mon courage, dit-il ensuite, c'est que je me sentais dégagé et respirais plus librement à mesure que l'opération avançait. »

couches sous-cutanées et les muscles de la région sous-hyoïdienne.

S'il s'agit d'une tumeur, il faut ensuite traverser la couche glandulaire périphérique et ouvrir la capsule d'enveloppe, afin d'arriver sur le tissu même du néoplasme. Ce temps est capital, et c'est pour ne l'avoir pas exécuté convenablement dans ma première opération et être resté en dehors de la couche glandulaire que j'éprouvai tout d'abord des difficultés insurmontables et piétinai sur place pendant plusieurs longues minutes. Énuclétez ensuite la tumeur en commençant à droite et en bas, dégagez le lobe qui pénètre souvent derrière le sternum dans le médiastin antérieur et relevez-le de bas en haut. En ce point existent ordinairement de grosses veines qu'il faut couper entre deux pinces ou entre deux ligatures. Ce précepte doit d'ailleurs être suivi dans tout le cours de l'opération; l'énucléation étant faite avec le doigt ou la spatule, il faut diviser ce qui résiste entre deux pinces.

En énucléant la face profonde, songez au nerf récurrent et dégagez-le, s'il était adhérent.

Ces adhérences profondes doivent vivement préoccuper l'opérateur; elles peuvent exister avec le paquet vasculo-nerveux du cou, et dans un cas compliqué, dont notre collègue M. Peyrot sut se tirer très habilement, ce chirurgien dut réséquer non seulement les vaisseaux, mais encore le nerf pneumogastrique droit; sa malade guérit néanmoins des suites de l'opération: preuve que le pneumogastrique gauche suppléait déjà celui du côté droit depuis un certain temps.

Les adhérences avec la trachée sont les plus communes et quelquefois même (je l'ai vu chez un de mes opérés) ce conduit est détruit sur une certaine hauteur, en sorte qu'après l'ablation de la tumeur il reste une vaste perte de substance. Introduisez alors tout de suite une canule à trachéotomie, une canule plus longue que les canules ordinaires, afin d'éviter son expulsion de la trachée, si le lambeau venait à être repoussé en avant (1).

(1) La malade à laquelle je fais allusion ici était une femme d'une quarantaine d'années qui succomba le troisième jour à la suite d'un accident dont il est bon de prévenir les opérateurs. Avant de rabattre et de suturer le lambeau, j'y pratiquai une incision sur le point correspondant à l'ouverture trachéale pour y introduire la canule. Les choses se passèrent bien d'abord, mais il se fit dans la plaie un suintement sanguin léger, suffisant toutefois pour repousser le lambeau en avant et la canule avec lui. Celle-ci, n'étant pas suffisamment longue, sortit de la trachée, et la malade mourut asphyxiée avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours. L'enseignement à tirer de ce cas malheureux, c'est d'avoir toujours à sa disposition une canule à trachéotomie plus longue que les canules ordinaires.



S'il s'agit d'une hypertrophie du corps thyroïde, l'énucléation n'est plus possible, ou du moins n'est plus aussi facile. Il faut encore pénétrer jusqu'au tissu glandulaire en ouvrant la capsule d'enveloppe; procédez ensuite à petits coups; divisez entre deux pinces ce qui résiste et préoccupez-vous des artères thyroïdiennes en arrivant aux angles de la tumeur. On a conseillé d'en pratiquer préalablement la ligature, mais je préfère le premier procédé. Mêmes précautions pour les adhérences de la face profonde avec le récurrent, le faisceau vasculo-nerveux et la trachée.

Si le corps thyroïde était très volumineux, on pourrait l'enlever par fragments en se servant d'une anse de fil de fer ou de grandes pinces à arrêt, d'après la méthode de Péan.

Faites soigneusement l'hémostase; lavez la large plaie avec la solution phéniquée forte; réunissez bien exactement le lambeau; appliquez un ou deux gros drains dans le point le plus déclive et recouvrez le cou de substances antiseptiques.

e. *Tumeurs du larynx.* — Les tumeurs du larynx ne sont véritablement bien connues que depuis l'usage du laryngoscope. Leur étude est restée confinée dans une spécialité assez étroite, et nous en observons très rarement dans nos services de chirurgie générale. Aussi n'ai-je pour mon compte sur ce sujet qu'une expérience restreinte, et j'emprunte à l'excellente thèse d'agrégation de mon ami Schwartz un certain nombre des détails qui vont suivre.

Trois questions se posent devant le praticien :

- 1° Le malade est-il atteint d'une tumeur du larynx?
- 2° Quelle est la nature de la tumeur?
- 3° Quel traitement convient-il d'employer?

1° *Le malade est-il atteint d'une tumeur du larynx?* — Le plus grand nombre des praticiens n'étant pas familiarisés avec l'usage du laryngoscope (1), ils ne peuvent guère avoir recours qu'aux signes fonctionnels pour soupçonner la présence d'une tumeur dans le larynx.

Cependant je crois devoir établir ici une distinction. Le malade se présente à l'examen dans deux circonstances différentes: ou bien la tumeur est endo-laryngée et ne se révèle aux yeux ou au

(1) Le mode d'examen du larynx avec le laryngoscope étant décrit et figuré un peu partout, je n'ai pas cru devoir le reproduire ici.

toucher par aucun caractère physique extérieur; — ou bien la tumeur (tout en ayant eu le larynx pour point de départ primitif) a franchi les limites de cet organe, soit du côté de la cavité buccale, soit du côté de la peau, et se traduit par des signes physiques appréciables. Certaines tumeurs, les polypes, les kystes, restent toujours confinés dans la cavité du larynx; d'autres, le cancer, l'épithéliome, le sarcome, se comportant ici comme dans les autres points de l'économie, finissent par envahir et déborder l'organe où ils ont pris naissance.

Je suppose donc que la tumeur est endo-laryngée: à quels signes la reconnaîtrez-vous?

Ces signes sont fonctionnels ou physiques.

Parmi les *signes fonctionnels*, le principal est l'*altération de la voix*. Celle-ci a parfois complètement disparu; le sujet est aphone; ou bien la voix est rauque, modifiée dans son timbre. En général, ce sont les tumeurs insérées sur les bords ou près des extrémités antérieures des cordes vocales inférieures qui donnent lieu aux troubles de la voix les plus accentués. Toutefois, si la tumeur présente un pédicule assez long, elle est susceptible de changer de place et la glotte se trouve momentanément libre, d'où la disparition et le retour brusque des accidents. Ce sont cependant les tumeurs sous-glottiques pédiculées qui, venant de temps en temps s'interposer entre les lèvres de la glotte, produisent le plus ordinairement ces intermittences caractéristiques dans la disparition de la voix.

Quant aux tumeurs développées dans la portion sus-glottique du larynx, elles ne modifient pas la phonation, à moins d'avoir acquis un volume considérable, et l'on observe alors d'autres phénomènes plus importants du côté de la respiration et de la déglutition.

Donc un sujet qui, sans être atteint d'affection inflammatoire aiguë ou chronique du larynx, présente des troubles persistants de la phonation (aphonie, dysphonie, raucité), est vraisemblablement atteint d'une tumeur du larynx. La présomption est plus forte encore, si ces accidents sont intermittents. D'autre part, une tumeur sous-glottique ou sus-glottique peut exister sans amener de trouble dans la phonation.

Un autre signe est la *dyspnée*, dont l'intensité est très variable suivant le volume, le siège de la tumeur et même aussi l'attitude que prend le sujet. La dyspnée survient surtout chez les enfants et



donne parfois lieu à des accès de suffocation dus probablement au spasme de la glotte.

Lorsque l'inspiration est bruyante, sifflante, et l'expiration relativement facile, la tumeur est probablement située au-dessus des cordes vocales. Si au contraire l'expiration se fait plus difficilement, la tumeur siège sans doute au-dessous de la glotte.

La *toux* est un symptôme assez rare; elle se manifeste par quintes, soit par action réflexe, soit à la suite d'une sensation de chatouillement, ou bien parce que le malade a le sentiment d'un corps étranger qu'il cherche à expulser. La toux peut être sèche et rauque. Elle affecte le caractère croupal, elle est éteinte, si la tumeur est volumineuse et siège au voisinage de la glotte.

La *dysphagie* est un phénomène très rare lorsque la tumeur est endo-laryngée.

La *douleur* s'observe aussi très rarement.

Les *signes physiques* sont principalement fournis par l'examen direct au laryngoscope. C'est par la vue que vous reconnaîtrez non seulement l'existence d'une tumeur, mais encore son volume, sa couleur, son siège et son point d'implantation. Cependant, si la tumeur est située à l'insertion de l'épiglotte, dans le ventricule ou bien au-dessous de la glotte, elle peut n'être pas visible.

Le toucher buccal à l'aide du doigt permet de reconnaître la présence d'une tumeur occupant l'épiglotte ou l'orifice supérieur du larynx.

Lorsque la tumeur est attachée par un long pédicule, l'auscultation du larynx permet de percevoir parfois un bruit spécial, bruit de drapeau, bruit de soupape. Il se produit aussi souvent chez les enfants un bruit de sifflement laryngé, surtout à l'inspiration. Ce bruit est parfois intermittent et se fait entendre de préférence pendant la nuit.

Le meilleur des signes physiques est l'expectoration de petits fragments de la tumeur. Malheureusement il s'observe rarement et ne survient qu'à une période avancée de la maladie.

Lorsque la tumeur a franchi les limites du larynx, le diagnostic devient relativement facile: l'organe est augmenté de volume, ce que l'on constate par le palper; le toucher buccal permet de reconnaître les prolongements pharyngiens.

Les symptômes propres à la tumeur endo-laryngée se rencontrent aussi dans ce cas et peuvent même acquérir une intensité

plus grande, surtout la dyspnée et la dysphagie. Quant à ce dernier symptôme, il faut distinguer avec soin si le malade avale difficilement parce qu'il souffre en avalant, ou bien s'il existe un obstacle matériel à la déglutition.

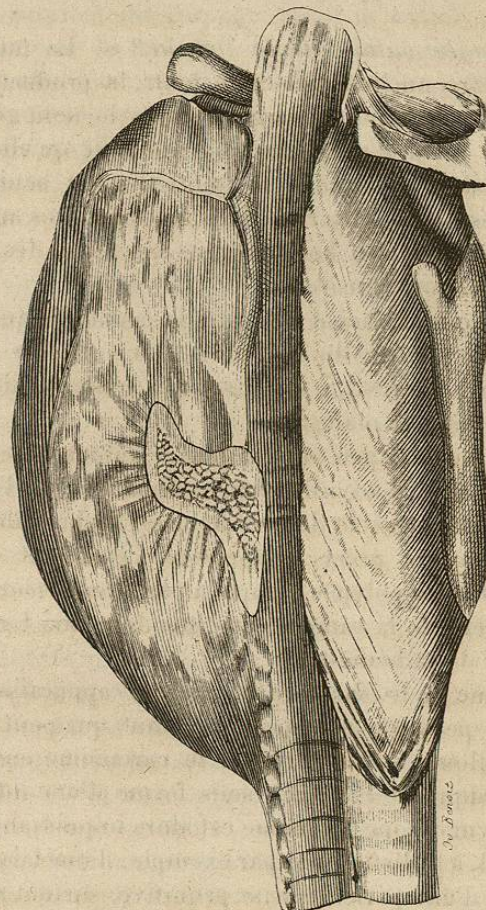


Fig. 49. — Sarcome du larynx, développé aux dépens du cartilage cricoïde et faisant saillie dans le pharynx.

Je crois devoir rapprocher des tumeurs endo-laryngées faisant saillie en dehors celles qui naissent primitivement de la surface extérieure de cet organe et envahissent d'emblée le pharynx. Elles sont beaucoup plus rares que les précédentes, aussi ai-je cru utile de reproduire (fig. 49) celle que j'ai observée dans mon service.



Outre que le toucher buccal et le laryngoscope permettent de reconnaître leur point d'implantation, un caractère différentiel important, presque pathognomonique, c'est que les troubles physiologiques ont commencé par la dysphagie longtemps avant que la respiration soit gênée et que la voix soit altérée.

2° *Quelle est la nature de la tumeur?* — La muqueuse du larynx paraît être un lieu d'élection pour la production de certaines tumeurs végétantes, désignées sous le nom générique de polypes et qui n'ont d'autre gravité que celle qu'elles tirent de leur siège; ce sont des tumeurs essentiellement bénignes. On y peut joindre les kystes observés dans ces dernières années.

On y observe aussi, par bonheur plus rarement, des tumeurs de nature épithéliale ou cancéreuse.

Lors donc que le praticien a acquis la certitude que le malade est atteint d'une tumeur du larynx, il doit s'efforcer de résoudre cette question : S'agit-il d'une tumeur bénigne, d'un polype? s'agit-il d'une tumeur maligne?

Cette question est à peu près insoluble au début de la maladie, et les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur est seul capable de fournir des renseignements précis. Rappelons cependant que la très grande majorité des polypes occupe la partie *antérieure* des cordes vocales; ce siège de la tumeur constitue donc une forte présomption en faveur de sa bénignité.

L'épithéliome et le sarcome du larynx apparaissent d'abord au laryngoscope sous un aspect végétant qui peut en imposer pour un papillome et un fibrome; le carcinome envahit le plus souvent la muqueuse laryngée sous forme d'une infiltration diffuse, et le laryngoscope lui-même est alors impuissant à révéler la nature du mal, à le distinguer, par exemple, d'une laryngite hypertrophique ou d'une périchondrite primitive, surtout si la pression sur le larynx provoque de la douleur.

Un peu plus tard, on pourrait songer à la tuberculose ou à la syphilis du larynx, mais la tuberculose est secondaire et les sujets présentent d'autres signes de la même affection, en particulier dans les poumons. J'en dirai autant de la syphilis; cependant on conçoit qu'ici comme partout ailleurs un syphilome ulcéré du larynx puisse en imposer pour un cancer: aussi faut-il toujours, dans les cas douteux, recourir au traitement spécifique.

Si le diagnostic différentiel entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne présente au début de réelles difficultés, la marche de la maladie ne tarde pas à éclairer le praticien, et il arrive une période où le doute n'est plus permis. Aux signes précédents s'en ajoutent en effet de nouveaux: la dyspnée augmente de plus en plus, et il survient du *cornage*, dont la valeur pronostique est considérable, car le malade est alors en imminence de suffocation; la dysphagie s'accroît également et peut devenir absolue. En même temps surviennent des douleurs atteignant parfois une intensité extrême.

La salivation devient de plus en plus abondante; le malade expectore un liquide purulent, sanieux, sanguinolent, quelquefois sanglant, et souvent aussi des fragments de la tumeur.

Le toucher buccal fait en général reconnaître l'existence des néoplasmes. Au palper du cou, on reconnaît que le larynx a augmenté de volume et de consistance; il ressemble, disait Isambert, à une carapace de homard; cependant ce signe peut ne pas exister et le larynx conserver son aspect extérieur absolument normal.

Enfin surviennent des engorgements ganglionnaires du cou, et le malade présente tous les caractères de la cachexie cancéreuse.

3° *Quel traitement convient-il d'employer?* — Lorsque vous aurez porté le diagnostic de tumeur du larynx; lorsqu'à l'aide du laryngoscope vous aurez apprécié exactement le siège et la forme de la tumeur, il en faudra faire l'ablation. On a pu discuter l'utilité de l'intervention lorsque les malades n'éprouvent que de légers troubles du côté de la voix ou de la respiration, mais il y a chance pour que dans ce cas vous ne soyez pas consulté. Si les accidents présentent une certaine intensité, conseillez l'opération sans attendre plus longtemps.

La méthode de choix, pour l'ablation des polypes du larynx, est l'arrachement à l'aide de pinces courbes que l'on introduit par les voies naturelles en se guidant avec l'éclairage laryngoscopique. Vous aurez accoutumé préalablement le malade au contact des instruments.

Si pour une cause quelconque l'ablation par les voies naturelles n'est pas possible, il faut pratiquer la *laryngotomie*. Celle-ci doit porter sur le cartilage thyroïde. Tenez-vous exactement sur la ligne médiane, afin de ne pas entamer l'une des cordes vocales inférieures. Divisez le thyroïde avec des ciseaux et de bas en haut