

chlorure de zinc, de chlorure de potassium et de sodium, d'ergotine; alcool, teinture d'iode. C'est cette dernière substance qui est le plus souvent employée. On injecte dans l'épaisseur même du goître, au moyen de la seringue de Pravaz, un mélange à parties égales d'eau iodurée et de teinture d'ode. La quantité employée chaque fois est de 2 à 5 grammes, et l'on espace les séances suivant l'importance de la réaction inflammatoire qui se produit. En général, on les recommence tous les quatre à cinq jours (Gosselin). Ce traitement est long; mais il a donné de beaux succès dans les goîtres folliculaires et colloïdes. Morell-Mackenzie, sur 75 observations, a relevé 59 guérisons et 9 améliorations.

L'*électrolyse*, qui semblerait devoir agir à la façon des injections interstitielles, n'a pas produit de bons résultats.

Récemment, Poncet et Jaboulay, sous le nom d'*ecothyropexie*, ont préconisé l'exposition et la fixation au dehors de la tumeur thyroïdienne, afin de déterminer son atrophie. Mais la durée assez longue des suites post-opératoires et le mauvais aspect de la cicatrice doivent faire réserver cette opération à certains cas urgents où la dyspnée impose la rapidité de l'acte opératoire.

La *ligature des artères thyroïdiennes*, défendue par Wölfler, Rydygier, Lavisé (de Bruxelles), ne paraît pas se vulgariser, car elle est souvent difficile en raison de la profondeur des vaisseaux, généralement cachés par le goître, et ses résultats semblent incertains. Elle conviendrait seulement pour les goîtres vasculaires.

La *thyroïdectomie* trouverait ses indications principales dans l'inefficacité du traitement médical et dans l'échec des injections interstitielles, si l'on avait toujours le temps de recourir à ces deux moyens. En fait, toutes les fois qu'il existe des troubles de la respiration menaçants, ou modérés mais croissants, la thyroïdectomie s'impose. On ne peut pas compter beaucoup sur des succès comme ceux de Sydney Jones, qui, en sectionnant simplement l'isthme du corps thyroïde sur la ligne médiane, fit disparaître la dyspnée, grâce sans doute à la décompression de la trachée. Il n'y aurait d'exception à la thyroïdectomie que pour les goîtres plongeants susceptibles d'être relevés. La variété anatomique de la tumeur importe peu. L'opération est aussi bien indiquée pour un volumineux goître colloïde que pour un goître fibreux ou un goître vasculaire.

Il ne saurait être question de l'ablation au moyen de l'écraseur ou

de l'anse galvanique, jadis essayée quelquefois. Le goître est toujours extirpé par le bistouri, dans une opération conduite suivant toutes les règles de la méthode antiseptique.

La thyroïdectomie peut être *totale* ou *partielle*. Au début des interventions dans le goître, la *thyroïdectomie totale*, par sa simplicité relative, par son efficacité, par la façon dont elle se prête à la réunion immédiate, parut mériter toutes les préférences. La mortalité opératoire, d'abord assez grande, s'abaissait à mesure que l'opération devenait plus familière aux chirurgiens et elle descendait, entre les mains de Reverdin, à 9 pour 100.

Mais au moment même où sa vogue semblait s'affermir le plus, la thyroïdectomie totale a été brusquement rayée pour ainsi dire de la liste des opérations licites. On venait de reconnaître qu'elle avait des conséquences physiologiques désastreuses et que, dans la majorité des cas, en guérissant un goîtreux, on faisait un crétin. Nous reviendrons bientôt sur cet accident.

On s'est dès lors rabattu sur la *thyroïdectomie partielle*. Celle-ci peut s'exécuter de plusieurs façons. Le goître est-il composé de noyaux limités, isolables au milieu de portions restées saines du corps thyroïde, on pratique l'*énucléation* de la partie malade après l'avoir abordée par une incision franche qui, après avoir intéressé la capsule propre de l'organe, puis la zone glandulaire normale, conduit au contact même du noyau morbide.

Tous les goîtres ne se prêtent pas malheureusement à ces modes d'intervention. Beaucoup sont diffus et étendus à toute la glande. Dans ce cas, au risque d'avoir une récurrence, il ne faut pratiquer qu'une ablation partielle du goître lui-même par une *thyroïdectomie extra-capsulaire*. Les faits ont démontré que la conservation d'une portion même minime de la glande mettait ordinairement à l'abri de tous les accidents. On peut, comme l'a fait Mikulicz, laisser subsister les cornes inférieures du corps thyroïde après avoir porté sur elles une ligature en masse qui assure l'hémostase, et enlever tout le reste. On évite du même coup la lésion du nerf récurrent qu'il est si facile de comprendre dans la ligature de la thyroïdienne inférieure, surtout si on la fait au voisinage de la capsule de la glande (Kocher). M. Poncet a préconisé l'ablation de ces goîtres diffus au moyen d'une *énucléation massive*, véritable décollement du tissu thyroïdien exécuté sous la capsule propre de l'organe.

ACCIDENTS DE LA THYRŒDÉCTOMIE. — Laissons de côté les *hémorragies* au cours de l'opération, contre lesquelles nous sommes bien

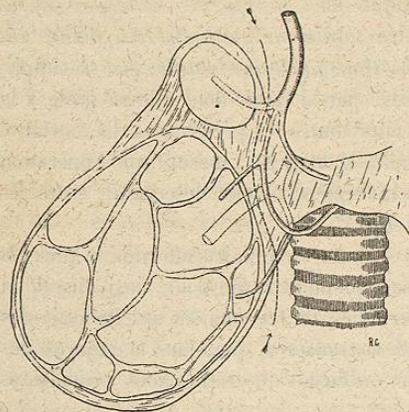


Fig. 51.

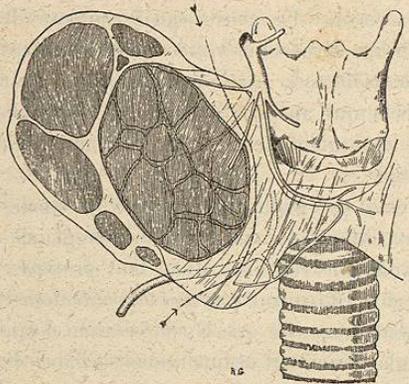


Fig. 52.

Deux types d'énucléation massive sur de vieux goîtres, l'un charnu (fig. 51), l'autre polyhystique, ayant distendu fortement le tissu sous-cortical et la capsule (fig. 52). Le plan de clivage indiqué par les flèches et la ligne pointillée est tracé en dedans des portions de la tumeur trop adhérente à la capsule et pourtant en dehors et à l'abri des vaisseaux (d'après Bérard).

à l'aplatissement du conduit aérien, conseille de le traverser de part en part, au niveau d'un anneau cartilagineux, par un catgut dont les

armés aujourd'hui, le *cho opératoire*, les accidents ultérieurs de suppuration : *phlegmon du cou*, *médiastinite infectieuse*, qui, en dépit des précautions antiseptiques plus ou moins bien prises, succèdent quelquefois à l'intervention.

La suffocation, qui se produit souvent pendant l'acte opératoire, mérite une mention particulière. Elle se montre au moment où l'on déplace la tumeur dans un sens déterminé, ou bien simplement lorsque la trachée, mise à nu, cesse d'être soutenue par les parties qui l'entouraient. Sous le chloroforme, cet accident s'aggrave, si bien que la plupart des opérateurs rejettent l'anesthésie. On est conduit, pour remédier à la suffocation, à pratiquer, au cours même de l'opération, la trachéotomie, circonstance fâcheuse par laquelle l'antiseptie se trouve compromise. On ne recourra à l'ouverture de la trachée qu'en cas d'absolue nécessité. Kocher, pour remédier

chefs seront ramenés et noués fortement en avant. Les faces latérales seraient de la sorte maintenues écartées.

La *raucité* et l'*aphonie* étaient jusqu'à ces derniers temps attribuées dans presque tous les cas à la section des récurrents. En réalité, ces lésions sont rares. Liebrecht (de Liège), sur 522 opérations, n'a trouvé que 9 blessures certaines du laryngé inférieur, et Julliard a fait voir que ces nerfs ne se trouvaient nullement coupés chez des opérés qui avaient présenté le phénomène à un haut degré. D'ailleurs un bon nombre de malades retrouvent la voix au bout de quelques jours. D'autres, au contraire, la perdent plus ou moins tard. Ce phénomène semble dépendre, en somme, de plusieurs causes : tantôt il y a bien réellement section des récurrents et le trouble de la phonation est irrémédiable, tantôt les nerfs souffrent seulement des lavages irritants pratiqués au niveau de la plaie, de leur dénudation, des tiraillements qu'ils subissent, de la section des rameaux qu'ils envoient à la glande thyroïde (Julliard). Ils peuvent enfin être englobés secondairement dans des cicatrices rétractiles.

La *dysphagie*, souvent très marquée dans les heures qui suivent l'opération, disparaît constamment au bout d'un temps variable, généralement deux ou trois jours. Ce n'est pas un accident avec lequel on ait à compter.

Mais ces accidents sont de peu d'importance à côté des troubles généraux qu'il nous reste à examiner.

L'*hystérie* et surtout la *manie aiguë* (Borel) sont notées avec une fréquence telle qu'il faut admettre de la part de l'opération une influence toute particulière.

La *tétanie* est encore plus commune. Reverdin en a publié 3 cas; Mikulicz 4, Billroth l'a constatée 10 fois sur 68 opérations.

On l'observe presque uniquement chez les femmes. Elle consiste dans des crampes douloureuses, des spasmes tétanoïdes affectant les pieds et les mains et qui se produisent soit spontanément, soit à propos d'un mouvement imprimé à l'opéré. Apparaissant le plus souvent dans les vingt-quatre ou les trente-six heures qui suivent l'opération, elle dure généralement quelques jours et ne tarde pas à disparaître; mais elle est sujette à récidive. Cet accident ne semble pas très grave en lui-même, quoique Billroth ait perdu 2 malades sur 40. Il dépendrait, suivant Reverdin, d'une irritation du grand sympathique au niveau de la plaie opératoire.

Le grand accident de la thyroïdectomie, celui qui a fait renoncer à la thyroïdectomie totale, c'est la *cachexie strumiprive*, ou *myxœdème opératoire*. On désigne sous ce nom une affection que J.-L. Reverdin a le premier décrite en 1882. Kocher, après Reverdin, en publia de nombreuses observations. Broca, dès 1886, pouvait en rassembler 44 cas.

Elle débute d'une façon insidieuse dans les premiers mois qui suivent l'opération, et se développe progressivement d'une façon à peu près fatale. Les malades sont d'abord apathiques, faibles, lourds, maladroits de leurs mains. La peau prend un teint jaune blafard, terreux, semblable à celui des crétins. Les muqueuses s'anémient; les téguments et le tissu cellulaire sous-jacent s'épaississent, s'infiltrent sans devenir véritablement œdémateux. Ces altérations ont pour résultat la boursoufflure des traits de la face, qui deviennent grossiers et pour ainsi dire mal dessinés. Les malades ont une sensation de froid constante; la peau est réellement froide et violette.

L'intelligence est profondément atteinte. L'activité cérébrale diminue au point que certains sujets restent immobiles tout le jour, incapables de penser, de vouloir, de parler. A grand-peine, en les secouant, parvient-on à les tirer de cette torpeur et à obtenir d'eux un acte, une parole.

On a vainement cherché l'explication de ces accidents dans des altérations du système nerveux consécutives à la lésion prochaine ou éloignée de certains organes. C'est ainsi qu'on a pensé pouvoir incriminer une atrophie et un rétrécissement hypothétiques de la trachée survenus après la ligature des vaisseaux thyroïdiens (Kocher); la compression des récurrents par des rétractions cicatricielles (Baumgartner), voire même une altération du grand sympathique consécutive à l'intervention (Reverdin).

Il semble bien décidément que la cause de tout le mal réside dans la suppression d'une fonction importante, mais encore inconnue, qui appartiendrait au corps thyroïde. L'affection générale, décrite par Charcot sous le nom de cachexie pachydermique et par les auteurs anglais sous celui de myxœdème, d'où le terme de myxœdème opératoire adopté par les Reverdin, reproduit exactement les traits de la cachexie strumiprive; or les autopsies démontrent que dans cette maladie spontanée le corps thyroïde est profondément atteint.

Sur la nature même de la fonction qui se trouverait supprimée par la thyroïdectomie, on ne peut qu'imaginer des hypothèses. Ni l'hématopoièse, ni la régulation de la circulation cérébrale, invoquées l'une et l'autre par Zesas et Schranz, ne sauraient être mises directement en cause. Peut-être faut-il penser plutôt soit à une action sécrétoire propre à la glande thyroïde, et dont la perte priverait l'économie d'un produit indispensable à la nutrition des centres nerveux (Schiff), soit à une action dépuratoire indispensable.

Mais voici que des faits nouveaux semblent indiquer que le myxœdème serait dû moins à la lésion de la thyroïde elle-même qu'à celle des petites glandes parathyroïdiennes de Lowe. Ces organes accessoires, au nombre de deux de chaque côté, sont placés à la surface externe de la capsule thyroïdienne, à l'extrémité des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. On pourrait donc enlever toute la glande thyroïde sans les atteindre, à la condition de respecter la capsule. C'est ainsi que procédait Julliard dans son énucléation totale, et, de fait, il n'observait pas la cachexie opératoire comme les chirurgiens qui opéraient en dehors de la capsule.

Il faut reconnaître pourtant que, même après des ablations partielles, on a vu se produire les mêmes accidents qu'après une ablation totale. Le reste de l'organe avait sans doute subi consécutivement une résorption totale; mais il s'agit là de faits très exceptionnels.

En somme, au milieu des obscurités que nous avons signalées, un fait subsiste. Dans la majorité des cas, dans la presque universalité chez les enfants, l'ablation totale du corps thyroïde entraîne l'apparition du myxœdème opératoire.

## § 2. — *Tumeurs malignes ou cancers de la glande thyroïde.*

Les auteurs sont encore loin de s'entendre complètement sur l'**anatomie pathologique** des tumeurs malignes du corps thyroïde. On peut admettre cependant que ces tumeurs sont : les unes d'origine épithéliale, carcinomes, parmi lesquels on distingue l'encéphaloïde, le squirrhe et les épithéliomas; les autres d'origine conjonctive, les sarcomes. Ces derniers semblent beaucoup moins fréquents que les carcinomes.