

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'infiltrant 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.

La fréquence du cancer de la thyroïde par rapport au goître est minime ; mais il est difficile d'en donner une idée exacte. Schwaller, à Magdebourg, pour 500 goîtres, avait compté 2 sarcomes et 2 carcinomes.

Une tumeur du voisinage s'étend quelquefois jusqu'à la thyroïde, qui se trouve ainsi atteinte secondairement ; mais, ainsi qu'Houel l'a soutenu, le plus souvent le cancer thyroïdien est primitif. Seulement il n'est pas rare qu'il vienne se greffer sur un goître existant déjà depuis de nombreuses années. On l'observe surtout entre trente et cinquante ans. On l'a noté exceptionnellement chez de jeunes sujets.

Les **symptômes objectifs** du cancer de la thyroïde n'ont rien de pathognomonique : ce sont d'abord ceux du goître ; le trait caractéristique est fourni par le développement rapide et la gravité presque immédiate des **symptômes fonctionnels**. Tandis que le goître est indolent, le cancer s'accompagne de douleurs vives, irradiées dans la région mastoïdienne et dans la tête ; tandis que le goître, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne détermine qu'à la longue des troubles de compression, le cancer, au bout de quelques mois et parfois de quelques semaines, occasionne des troubles respiratoires sérieux ; mais les troubles les plus caractéristiques sont peut-être ceux de la déglutition. Cette fonction, si rarement gênée dans le goître, est ici, au contraire, atteinte de très bonne heure.

La **marche** des accidents est si rapide, que souvent la tumeur a déterminé la mort avant de franchir les limites de la glande. Les carcinomes proprement dits, surtout les squirrhés, dont la forme atrophique se retrouve ici quelquefois, restent en particulier confinés au corps thyroïde ou ne s'étendent qu'aux organes les plus voisins : trachée, œsophage.

Les sarcomes sont plus envahissants. Les masses qu'ils forment se développent plus vite ; quelquefois elles usent et perforent l'enveloppe fibreuse, se répandent dans les tissus voisins et viennent même attaquer et détruire la peau, qui livre passage à des masses bourgeonnantes d'où suinte une sérosité sanieuse.

Ordinairement indemnes dans le sarcome, les ganglions lymphatiques sont envahis de très bonne heure dans le carcinome thyroïdien. Ils forment sur le côté du cou une longue chaîne dans laquelle sont englobés l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf pneumogastrique.

Le cancer thyroïdien a la plus fâcheuse tendance à la généralisation. Il est rare qu'au moment où on l'observe il ne se soit pas déjà propagé du côté des organes intrathoraciques. Par les voies lymphatiques et veineuses, le carcinome et le sarcome viennent former des foyers secondaires dans les ganglions du médiastin et les poumons (ce sont les cas les plus fréquents), dans les parois du cœur ou des gros vaisseaux, etc. Les propagations lointaines à d'autres organes et au squelette sont encore très communes.

On comprend que, dans ces conditions, la cachexie cancéreuse ne se fasse pas attendre.

Inutile d'insister sur la gravité du **pronostic**. La mort se produit la plupart du temps dans l'espace de cinq à six mois, à partir du début de la tumeur, soit par asphyxie, soit beaucoup plus rarement par hémorrhagie (dans le cas de sarcome ulcéré), soit par inanition à la suite de la dysphagie ou par affaiblissement graduel.

Le **traitement** n'offre malheureusement pas le moyen d'améliorer beaucoup le pronostic. Le seul traitement curatif consisterait dans l'*extirpation du cancer*. Or les adhérences prises par la tumeur primitive avec les parties voisines, le développement rapide des ganglions cervicaux et leur étroite union avec les vaisseaux et les nerfs cervicaux font de cette extirpation une opération particulièrement grave. On a été conduit pour la terminer à entamer la trachée, et même à en réséquer plusieurs cerceaux, à ouvrir l'œsophage, à enlever, après les avoir compris entre deux ligatures, les vaisseaux du cou sur toute leur longueur. Lorsque la trachée n'est pas directement envahie, elle est si aplatie que souvent la trachéotomie doit être pratiquée au début de l'opération si elle n'est pas déjà faite auparavant. On comprend que, dans ces conditions, l'opération soit d'une part immédiatement grave, et que, d'autre part, faute surtout de pouvoir assurer l'antisepsie après l'ouverture de la trachée et quelquefois de l'œsophage, ses suites prochaines laissent beaucoup à désirer. Braun, sur 54 opérations, a noté 22 morts, dont 4 survenues dans les vingt-quatre heures, 7 entre deux et quatre jours, 5 entre quatre et neuf jours. Les 6 autres opérés ne survécurent pas beaucoup plus.

Alors même que le malade échappe aux dangers de l'opération, à la septicémie, aux hémorrhagies, aux accidents bronchiques et pulmonaires qui surviennent si souvent, surtout après la trachéotomie,

on doit craindre de le voir succomber à de rapides récidives. Sur les 12 malades déclarés guéris de la statistique de Braun, 6 se trouvent dans ce cas et les 6 autres eux-mêmes ne semblent pas avoir survécu bien longtemps.

On comprend que dans ces conditions un grand nombre de chirurgiens refusent d'entreprendre l'extirpation de tout cancer de la glande thyroïde. De là à une interdiction formelle il y a pourtant loin.

Les excommunications ne sont plus de notre temps, et l'on ne peut blâmer *a priori* une tentative bien conduite dans des cas désespérés.

Si d'ailleurs l'extirpation donne d'assez mauvais résultats, l'opération palliative, la trachéotomie, d'après Braun, en donne de pires encore. Les opérés ont tous succombé en moins de quinze jours.

On a quelquefois évité l'inanition et prolongé la vie en nourrissant les malades au moyen de la sonde œsophagienne.

§ 3. — Goître exophtalmique.

Malgré les nombreux travaux qu'a suscités dans ces dernières années le traitement chirurgical du goître exophtalmique, aucune conclusion n'est encore permise. Il est seulement permis « d'en déduire *approximativement* les règles applicables *aujourd'hui* au traitement d'un cas donné » (Glantenay, *Arch. gén. de méd.*, 1897).

Il convient tout d'abord de distinguer les faux goîtres exophtalmiques et les goîtres exophtalmiques secondaires du goître exophtalmique vrai, primitif.

Les premiers, c'est-à-dire les tumeurs thyroïdiennes bénignes, causant secondairement les troubles fonctionnels du basedowisme, sont justiciables de la thyroïdectomie extra-capsulaire.

Si l'on peut remonter à la cause (lésion extra-thyroïdienne ou névrose) du goître exophtalmique secondaire, appliquer à cette affection causale le traitement convenable.

Enfin s'agit-il d'une maladie de Basedow primitive, avec sa triade complète d'emblée, indépendante de toute autre affection, recourir d'abord au traitement médical à moins qu'il n'y ait une indication opératoire urgente, telle que l'asphyxie. En raison de la gravité réelle de l'intervention attendre pour opérer qu'elle soit imposée par

l'impuissance avérée du traitement médical, l'aggravation manifeste de l'affection, une exophtalmie très accusée.

Des différentes opérations proposées, la ligature des artères thyroïdiennes et l'exothyropexie paraissent déjà devoir être abandonnées. C'est entre la sympathectomie (section et excision du sympathique cervical) et la thyroïdectomie partielle que se partage actuellement la thérapeutique chirurgicale du goître exophtalmique.

VIII

FISTULES CONGÉNITALES DU COU

Les fistules du cou sont acquises ou congénitales. Nous avons suffisamment décrit les premières, qui apparaissent dans le courant de la vie sous l'influence de lésions variées des divers organes : fistules du larynx et de la trachée, de l'œsophage, ganglionnaires, etc. A propos des kystes du cou, nous en signalerons encore plus loin quelques variétés intéressantes. Nous nous bornerons donc ici à l'étude des *fistules congénitales*. Celles-ci sont divisées en fistules branchiales, de beaucoup les plus intéressantes, et en fistules trachéales, dont la réalité même est contestée.

1° *Fistules branchiales.*

L'histoire de cette affection a été faite en Allemagne. S'il est vrai de dire, avec Georges Fischer (*Deutsche Chirurgie*, Lief. 54, Seite 44), que Hunczovsky a le premier constaté l'existence de la fistule congénitale du cou, il est certain que nous devons à Dzondi (*de Fistulis trachæ congenitis*, Halæ, 1829) la première description vraiment importante. Mais Dzondi ne connaissait pas l'existence des fentes branchiales que Rathke avait pourtant déjà signalées en 1825. Il croyait avoir affaire à des fistules trachéales. Ascherson (*de Fistulis colli congenitis*, Berlin, 1852) donna la véritable signification de la fistule congénitale du cou et montra qu'elle s'ouvrait dans le pharynx. Heusinger créa le mot de fistule branchiale (*Halskiemenfistel*), pour l'opposer à celui de fistule trachéale; il reconnaissait l'exis-