

Dans une deuxième période, quelques heures ou quelques jours après l'opération, avec les aphonies secondaires que nous venons de signaler, avec des accès de dyspnée qui tiennent aux mêmes altérations nerveuses et qui parfois peuvent se terminer par la mort, se présentent, lorsque l'antisepsie n'a pas été obtenue, de graves complications inflammatoires : phlegmon du cou, médiastinite infectieuse, etc. — Un accident plus curieux encore, c'est la *tétanie*. Reverdin en a publié 5 cas, et Billroth l'a observée 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 10. Il dépendrait, suivant Reverdin, d'une irritation du grand sympathique au niveau de la plaie opératoire.

Les accidents généraux tardifs se montrent plusieurs mois après l'opération; ils sont extrêmement curieux. Ils consistent en des troubles psychiques : mélancolie, stupeur, abattement, quelquefois manie aiguë (Borel, de Neuchâtel), de l'anémie, de la bouffissure de la face et des mains sans albuminurie (myxœdème post-opératoire) avec un teint pâle, jaunâtre et terreux. Les malades sont faibles, lourds, maladroits de leurs mains. Leur facies devient analogue à celui des crétins. Kocher résume toutes ces altérations dans le terme de *cachexie strumipriva*. On a cherché l'explication de cette cachexie dans l'atrophie et le rétrécissement de la trachée dus à la ligature des vaisseaux thyroïdiens (Kocher), ou à des rétractions cicatricielles compliquées de compressions des récurrents (Baumgartner). Reverdin insiste particulièrement sur les analogies qui existent entre le myxœdème proprement dit (Ort) ou cachexie pachydermique (Charcot) et l'œdème des opérés. Il est tenté de rattacher ces deux affections à des troubles nerveux du grand sympathique primitifs dans le premier cas, consécutifs dans le second à l'acte opératoire. Plusieurs auteurs, et Julliard adopterait plutôt cette hypothèse, invoquent la suppression des fonctions inconnues, hématopoiétiques ou autres, du corps thyroïde. En transplantant des fragments de cet organe dans la

cavité péritonéale (Schiff, Colzi), on serait arrivé, chez les animaux, à prévenir l'apparition de la cachexie strumipriva. La question est loin d'être tranchée par ces expériences.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces accidents lointains ne sont pas constants, mais pourtant assez fréquents pour donner à réfléchir avant d'entreprendre la thyroïdectomie. Ils obligent, encore plus peut-être que la crainte des accidents opératoires, à n'entreprendre jamais que les opérations absolument nécessaires. Ils semblent ne se montrer qu'après les extirpations complètes, capsule comprise. Ce serait donc une raison pour s'en tenir, toutes les fois qu'on le pourra, soit à l'extirpation partielle de la glande thyroïde, soit à l'énucléation simple avec conservation de l'enveloppe fibreuse de la glande.

§ 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 squirre et 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 goitre, 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 intra-thoraciques. 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 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

VIII

FISTULES 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 étudierons ici d'une façon spéciale les fistules congénitales; elles tiennent toutes à un arrêt dans le développement de l'embryon. Presque toutes font communiquer, lorsqu'elles sont complètes, le pharynx avec la surface de la peau, et portent, à raison de leur origine, le nom de *fistules branchiales*. A côté de celles-ci se placent quelques rares *fistules trachéales* d'origine également congénitale.

Développement de la région cervicale antérieure. — Peu de jours après la fécondation de l'ovule, l'embryon apparaît, sous la forme d'une petite nacelle pontée à l'avant et à l'arrière dont la quille épaissie correspond aux rudiments de la colonne vertébrale et de la région postérieure du corps. L'espace ponté antérieur ou céphalique nous est connu sous le nom de cavité pharyngienne. Ses parois ont été formées tout entières par les lames viscérales de l'embryon.

A peine la cavité pharyngienne est-elle constituée, que dans l'épaisseur de ses parois se montrent des traînées grisâtres, transversalement dirigées par rapport à l'axe de l'embryon, parallèles les unes aux autres, et séparées par un intervalle dans lequel les lames latérales conservent leurs aspect primitif : ce sont les arcs branchiaux. Bientôt la substance interposée aux arcs branchiaux se résorbe, et la région cervicale future apparaît constituée par une sorte de grillage qui comprend 4 arcs et 4 fentes.

Le premier arc branchial donne naissance aux diverses parties de la face, nous avons vu ailleurs comment (voy. *Bec-de-lièvre*).

La première fente branchiale qui sépare le premier arc du second, disparaît en grande partie par le développement en largeur des arcs qui la bordent. L'oreille externe, le conduit auditif, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache sont des vestiges de cette fente.

Dans le deuxième arc branchial se forment l'étrier, le muscle de l'étrier, l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et la petite corne de l'os hyoïde.

La deuxième fente branchiale s'oblitére complètement.

Le troisième arc branchial donne naissance au corps de l'hyoïde, à sa grande corne et à l'épiglotte.

La troisième fente comme la seconde disparaît complètement.

Le quatrième arc fournit le larynx, sauf l'épiglotte et toutes les parties molles du cou.

La quatrième fente se comporte comme les deux précédentes.

Les vices de conformation de la face ont leur principale origine dans un arrêt de développement du premier arc branchial portant le plus souvent sur un des bourgeons de cet arc.

Au cou, l'arrêt de développement frappe presque toujours sur les fentes branchiales. L'oblitération incomplète de ces fentes entraîne la production d'une fistule. Les arcs branchiaux ne fournissent guère d'anomalies. On a cependant rapporté à leur défaut de réunion sur la ligne médiane les fistules trachéales congénitales. Enfin on doit considérer comme des vestiges de ces arcs certains petits corps cartilagineux, parfois symétriques, qui se développent dans l'épaisseur du cou, soit isolément, soit à côté des fistules branchiales.

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 Dzonfli (*de Fistulis Tracheæ congenitis*, Halæ, 1829) la première description vraiment importante. Mais Dzonfli 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'existence de cette dernière affection, mais à l'état de rareté grande (Heusinger, *Halskiemenfisteln von noch nicht beobacht. Form.*