

L'incision de la capsule figure ainsi un cercle vertical *d'avant en arrière*. Il reste par conséquent après l'ablation du nodule un moignon glandulaire dont la surface cruentée correspond justement à ce cercle. Et comme la base du nodule a déjà été isolée du parenchyme, on n'a pas besoin de faire l'isolement de la trachée. On n'a pas besoin non plus de faire la ligature en masse comme dans le procédé Mikulicz.

e) MÉTHODE DE G. HAHN. — Hahn commence par lier toutes les artères volumineuses de la glande. Pour éviter de comprendre le nerf récurrent dans une ligature, il ne lie pas tout de suite les thyroïdiennes inférieures sur lesquelles il place seulement des pinces à forcipressure. Il peut alors enlever les tissus, sans hémorrhagie, avec des ciseaux ou un crochet pointu.

f) MÉTHODE DE J. WOLFF. — Ce chirurgien ne fait pas de ligatures mais arrête l'hémorrhagie par une compression méthodique pendant l'énucléation intra-capsulaire du nodule. Le nodule une fois extirpé, il suffit de lier les vaisseaux principaux.

COMPARAISON DES MÉTHODES. — Si l'on compare toutes ces méthodes, on arrive aux conclusions suivantes :

La méthode de Wolff abrège notablement l'opération, rendue facile par l'absence des pinces qui encombrant le champ opératoire ; de plus, pendant la guérison de la plaie on n'a pas l'inconvénient créé par la présence d'un grand nombre de ligatures. Seulement cette méthode exige des aides exercés ; en outre, l'hémorrhagie peut devenir très forte quand le malade se met à vomir, à tousser ou à respirer péniblement.

Tous les avantages de cette méthode doivent être mis sur le compte de l'énucléation.

Dans la méthode de Hahn, l'avantage d'opérer à sec est acheté au prix de la dénudation pénible de quatre gros vaisseaux ; quant à la blessure du récurrent, on ne l'évite pas en plaçant des pinces sur la thyroïdienne inférieure, car le nerf est blessé aussi bien par la pince que par le bistouri.

L'évidement de Kocher ne diffère pas beaucoup de l'énucléation.

Il nous reste par conséquent à comparer l'énucléation à la résection et à la résection-énucléation. Cette opposition seule montre déjà que le procédé d'énucléation-résection, dans lequel l'auteur a cherché de réunir les avantages des deux méthodes, doit être le meilleur. Seulement avec ce procédé il faut à un moment donné se décider à lier les vaisseaux ou à les abandonner. Par conséquent, il ne s'agit plus d'un *seul* procédé, mais de *deux*. Aussi est-il très difficile de porter un jugement sur ce procédé, car c'est justement parce qu'à un moment donné l'opérateur doit se décider pour telle ou telle façon de faire, que ce procédé suppose au chirurgien une grande dose d'habileté et de savoir faire.

Pour le praticien de force moyenne, le meilleur procédé sera l'é-

nucléation des gros nodules, procédé qui permet d'éviter l'ouverture des espaces conjonctifs, la blessure du nerf et le myxœdème opératoire ; il n'en est pas moins vrai que certains détails de la technique opératoire, comme ceux indiqués par Kocher, constituent une sorte de perfection qui devra être recherchée dans tel ou tel cas par le chirurgien consommé.

Wœlfler a dernièrement essayé de nouveau l'ancienne méthode de ligature des artères thyroïdiennes. Ce procédé, qui a donné un certain nombre de succès il y a 40 ans à Porta, et il y a 70 ans à Walther est fort difficile à exécuter et très incertain au point de vue des résultats, de sorte qu'il n'est probablement pas destiné à entrer dans la pratique.

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION. — Les résultats fournis par les opérations modernes sont vraiment brillants. Dans son « Rapport sur une nouvelle série de 350 extirpations de goître », Kocher n'accuse qu'une mortalité de 1,30/0, et si on en exclut les extirpations pour maladie de Basedow, la mortalité tombe à 0,80/0. Ces chiffres dispensent de tout plaidoyer en faveur de nos méthodes actuelles.

Le goître se développe quelquefois dans une glande thyroïde *accessoire*. Ces glandes accessoires, qui ont été très bien étudiées au point de vue anatomique par W. Gruber, peuvent siéger jusque derrière le pharynx ou l'œsophage. Schnitzler a publié un cas de goître rétro-pharyngien développé sur une glande accessoire ; Czerny a opéré un cas semblable. J'ai enlevé un carcinome d'une glande accessoire qui était située, chez mon malade, un homme d'une trentaine d'années, à droite derrière l'angle du maxillaire inférieur. Mon opéré succomba plus tard à une récurrence. Wœlfler a publié un cas très curieux de goître migrateur qui était visible par moments et s'accompagnait d'accès de suffocation.

## § 2. — *Maladies inflammatoires.*

**Thyroïdite.** — Abstraction faite des traumatismes, l'inflammation spontanée de la glande thyroïde ne s'observe presque jamais. Par contre l'inflammation de la glande goitreuse, la *strumite*, n'est pas rare. Elle se rencontre ordinairement à titre de complication dans la pyohémie, la fièvre puerpérale, le typhus ; lorsqu'elle existe à l'état primitif, son étiologie est très obscure, et peut-être faut-il l'attribuer à une mortification partielle du parenchyme conduisant à la formation d'abcès.

La strumite se présente ordinairement sous forme d'un processus aigu, fébrile, accompagné de troubles graves. On voit rapidement ap-

paraître des douleurs dans la nuque et les épaules, de la dyspnée, de la dysphagie et des phénomènes de stase sanguine. L'examen local montre qu'il s'agit de phénomènes inflammatoires : une partie de la tumeur est douloureuse à la pression, tuméfiée, chaude et recouverte par la peau rouge, œdématisée. S'il y a formation simultanée de plusieurs abcès, les mêmes signes existent en plusieurs endroits de la glande.

La *marche* de l'affection dépend avant tout de la situation des foyers d'inflammation. Si le processus s'est localisé dans les parties antérieures de la glande, la collection purulente perfore la peau et s'ouvre au dehors. Le pus est épais, fétide et présente une odeur particulière qui rappelle très exactement celle du parenchyme thyroïdien. La guérison s'effectue lentement et pendant plusieurs mois on peut trouver des fistules profondes.

Quelquefois l'abcès envahit ultérieurement une partie voisine de la glande ; et il se forme un autre abcès suivi d'une autre fistule. Mais si l'inflammation envahit les parties profondes de la glande, l'abcès peut diffuser dans le tissu cellulaire, et le malade est alors perdu. La fièvre monte rapidement et les troubles s'exagèrent d'une façon brusque ; la suppuration envahit rapidement le tissu cellulaire lâche et pénètre dans le médiastin ; les parties voisines deviennent œdématisées (œdème de la glotte) et le malade meurt asphyxié. Dans d'autres cas, l'abcès profond comprime la trachée, et le malade peut être sauvé momentanément par la trachéotomie et l'introduction d'une sonde à parois épaisses dans la trachée comprimée : mais tôt ou tard le pus gagne le tissu cellulaire et le phlegmon diffus emporte le malade. Dans d'autres cas encore, l'abcès perfore la trachée et le malade succombe brusquement à l'asphyxie ; ou bien encore l'abcès s'ouvre dans une veine volumineuse et le patient meurt d'une hémorrhagie violente. La pyohémie métastatique et la septicémie sont les autres causes de mort.

*Traitement.* — Dans des cas exceptionnels, la strumite évolue d'une façon subaiguë et peut même se terminer par la résolution. Les applications rationnelles de glace, la diète sévère et l'administration de purgatifs arrivent dans ces cas à imprimer à l'affection une marche favorable. Les praticiens qui tiennent pour la saignée font dans ces cas la phlébotomie, très facile sur les veines turgescents de la région. Il est bien entendu que pour empêcher l'entrée de l'air, il faut comprimer le bout central du vaisseau. Il ne faut jamais se servir dans ces cas de sangsues, car les petites plaies qui en résultent ne font qu'augmenter la tuméfaction de la région. Si l'on tient à avoir recours aux sangsues, on les appliquera plus bas, sur la région sternale. Je n'ai aucune expérience sur la valeur de ces saignées locales ; mais il est

certain qu'elles diminuent la stase sanguine dans les veines du cerveau et du crâne.

La suppuration aiguë s'observe aussi dans les goîtres *kystiques*. Le diagnostic s'appuie sur la fluctuation et les phénomènes inflammatoires très nets qu'on trouve au niveau de la partie sphérique, nettement circonscrite, du goître. On fend le kyste et on obtient du même coup la guérison radicale. On n'a pas à craindre les fusées purulentes dans le tissu cellulaire, car la collection est solidement emprisonnée dans les parois du kyste. Dans les kystes à parois partiellement ossifiées, la suppuration se passe si silencieusement que c'est souvent par hasard, à l'autopsie, qu'on trouve du pus.

### § 3. — Tumeurs du corps thyroïde.

Voici ce qu'on peut dire au sujet des *néoplasmes malins* de la glande thyroïde. Cette question a été très bien étudiée depuis quelques années par Rose, Kaufmann et H. Braun. Ces tumeurs, fort rares d'une façon générale, se développent presque exclusivement dans un goître préexistant. Ordinairement il s'agit de sarcomes ou de carcinomes.

**SARCOMES.** — Les sarcomes se distinguent par leur développement très rapide et s'observent chez des individus jeunes, vigoureux. Comme variétés anatomiques, on a trouvé des sarcomes à *cellules fusiformes* et des sarcomes à *cellules rondes*. D'après Lücke, ils occupent le plus souvent le lobe droit, perforant rapidement la glande et envahissent le tissu cellulaire voisin. Ils se propagent plus particulièrement le long des vaisseaux qu'ils entourent, pénètrent à l'intérieur des grosses veines et arrivent à la peau qu'ils perforent rapidement. Fait curieux, ils ne provoquent pas de compression de la trachée ou de l'œsophage. Les ganglions lymphatiques ne sont pas infiltrés, mais par contre on trouve des foyers métastatiques dans les poumons et le foie.

Le *traitement* est absolument impuissant contre cette affection.

**CARCINOME.** — Le carcinome, et nous n'avons en vue que le carcinome primitif, peut se présenter sous deux formes : tantôt comme véritable *cancer glandulaire* avec réplétion des acini par des bouchons épithéliaux, tantôt comme *squarrrhe* dur, atrophique. Dans le premier cas, la tumeur est volumineuse et se développe rapidement ; dans le second, on trouve une petite tumeur très dure. Ce qui caractérise le carcinome, c'est la participation précoce des ganglions lymphatiques. Il peut même arriver qu'avec un nodule squarrrheux insignifiant dans la glande, on trouve des ganglions lymphatiques énormes, formant de véritables tumeurs.

Contrairement aux sarcomes, les carcinomes provoquent de bonne heure des accidents de compression ; ils entourent la trachée et l'œsophage qu'ils fixent l'un contre l'autre et les étranglent pour ainsi dire. Ils emprisonnent également les nerfs et les gros vaisseaux. A l'autopsie, on trouve ordinairement une masse cancéreuse diffuse, remplissant le cou et traversée par la trachée, l'œsophage et les vaisseaux rétrécis. Lücke a fait observer que dans le carcinome de la glande thyroïde on trouve souvent des dépôts métastatiques, dans les



Fig. 114. — Cancer thyroïdien. Observation personnelle.

os, dans les diaphyses aussi bien que dans les épiphyses. Kundrat insiste de son côté sur la fréquence des métastases du côté des os du crâne.

Le *diagnostic* entre une tumeur maligne de la glande thyroïde et le goître s'appuie sur les symptômes suivants :

- 1° L'accroissement rapide de la tumeur ;
- 2° La consistance plus homogène et plus dure de la tumeur ;
- 3° L'apparition précoce et rapide des dilatations veineuses ;
- 4° L'apparition de douleurs, vers la nuque et les épaules ;

- 5° L'apparition, dans les derniers temps, de troubles de respiration et de déglutition, et l'exagération progressive de ces troubles ;
- 6° Les modifications de la pupille et de la position du globe oculaire d'un côté ;
- 7° L'aphonie ;
- 8° La tuméfaction dans des ganglions cervicaux qui prennent un développement considérable dans les cas avancés (v. fig. 114).
- 9° Les métastases dans les organes éloignés (tumeur de la base du crâne, fractures spontanées).

Tous ces symptômes se rencontrent rarement réunis sur le même malade, mais toujours on en trouve plusieurs à la fois.

Le *traitement* du cancer de la glande thyroïde ne peut être que l'extirpation précoce. Mais les résultats qu'on a obtenus jusqu'à présent ne sont guère encourageants. Sur 34 opérés de la statistique de H. Braune, 22 sont morts après l'opération ; 12 seulement ont survécu, mais chez 6 la récurrence est survenue peu de temps après. Sur les 6 autres, les renseignements manquent.