

c'est seulement très tardivement que des bosselures fluctuantes et l'adhérence à la peau peuvent apparaître. L'adénopathie est le symptôme pathognomonique, mais elle est parfois très tardive. La chaîne ganglionnaire carotidienne se prend en chapelet, puis se fusionne avec le goitre et entoure le cou d'un vaste collier. A ce degré, il existe fréquemment des irradiations douloureuses extrêmement intenses sur le trajet des nerfs de la région, les récurrents sont pris, les phénomènes de sténose trachéale sont ordinairement très prononcés, et la mort survient souvent par asphyxie. La marche du cancer thyroïdien est d'ordinaire très rapide, 8 à 12 mois. Gosselin a vu un goitre cancéreux suffocant se développer chez une jeune fille et amener la mort en l'espace de trois mois.

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit des symptômes du cancer à ses premières phases, on voit combien il peut être difficile de faire la distinction avec les goitres bénins. Parfois, même après l'ablation et l'œil sur les préparations histologiques, il est impossible de se prononcer, et de l'apparition de la récurrence seulement découle la conclusion. Certaines *thyroïdites* à forme lente, indurant la peau et la région thyroïdienne, sans fluctuation nette, ont été prises pour des cancers, et, inversement, la rapidité d'évolution de néoplasmes malins a parfois fait croire à une thyroïdite. On se rappellera enfin qu'une thyroïde à peine augmentée de volume peut être le siège d'un cancer susceptible de donner lieu à des noyaux métastatiques.

Pronostic. — Le pronostic du cancer thyroïdien ne saurait être posé d'une façon précise, car il y a des degrés de malignité très divers. Certains récidivent immédiatement après l'ablation ou donnent promptement des métastases; d'autres, les cysto-carcinomes de préférence, paraissent ne donner lieu qu'à des récurrences sur place, et, même après plusieurs opérations successives, on a pu voir quelques guérisons durables (1).

Traitement. — Cette bénignité relative de quelques rares formes doit engager à intervenir lorsque l'on reconnaît la maladie avant qu'elle ait franchi les limites de la capsule thyroïdienne. Le plus souvent, c'est la récurrence après une première intervention partielle qui donnera l'éveil. Dans ces cas, s'il en est encore temps, c'est à la thyroïdectomie totale qu'il faudra avoir recours, sans doute avec la perspective d'accidents d'insuffisance thyroïdienne consécutifs, mais que l'alimentation thyroïdienne pré- et post-opératoire pourra prévenir ou atténuer. En tout cas, ce sont des opérations laborieuses et graves, qui parfois nécessitent la résection de plusieurs anneaux de la trachée, ou du faisceau vasculo-nerveux.

En présence de cancers étendus, il ne saurait plus être question que d'interventions palliatives. La *trachéotomie* est toujours dans ces

(1) PÉAN, Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et d'une portion de la trachée (*Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 52, p. 477).

cas difficile à exécuter, et souvent suivie de broncho-pneumonie chez des malades affaiblis. Poncet, au congrès de chirurgie de 1889, a proposé de faire de grandes incisions circumthyroïdiennes destinées à faire cesser la douleur par section des filets nerveux. Adenot (1) a recommandé également de chercher à *libérer la trachée* en sectionnant au thermocautère la partie médiane de la tumeur ou même en enlevant une portion.

3° TUMEURS CONJONCTIVES

Wölfler rapporte un cas typique de *fibromes* à noyaux multiples, et un cas de *fibro-sarcome*.

Le sarcome a été assez souvent observé dans ses différentes formes, à cellules fusiformes et à cellules rondes, à cellules géantes (Wölfler); Chiari aurait observé un sarcome mélanique; Mayer, Braun, un ostéo-sarcome.

Sa marche est ordinairement très rapide. Il n'est pas rare de lui voir prendre une allure inflammatoire (2), au point que plusieurs fois on s'est cru en présence de thyroïdite. Ces formes ne permettent guère l'intervention; cependant Bœckel (3) a extirpé un volumineux sarcome qui resta trois ans sans récidiver.

IX. — GOITRE EXOPHTALMIQUE.

Jusqu'ici, le goitre exophtalmique n'avait pas pris place dans les Traités de chirurgie. Cependant, son étude doit être rattachée à celles des goitres si l'on tient compte de cette particularité clinique que fréquemment le syndrome basedowien atteint des malades porteurs, depuis plus ou moins longtemps, d'un goitre semblable à ceux que nous avons décrits; d'autre part, la théorie qui considère le goitre exophtalmique comme une affection primitive de la thyroïde semble actuellement acquérir une vraisemblance de plus en plus grande; enfin, les moyens chirurgicaux ont pris une large place dans sa thérapeutique.

Il n'est pas d'affection dont la pathogénie renferme plus d'inconnues et la thérapeutique plus d'incertitude que la maladie de Basedow. Elle attend tout de la physiologie du corps thyroïde encore à peine ébauchée. Aussi, nous donnerons sans parti pris un exposé rapide de

(1) ADENOT, Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde (*Congrès fr. de chir.*, 1896).

(2) GEROLAMO GATTI, Rapide développement du sarcome de la thyroïde à la suite d'infection par le streptocoque pyogène (*Revue de chir.*, 1896, p. 618).

(3) BÖECKEL, *Gazette des hôp.*, 1884, p. 1110.

la question sous l'aspect le plus généralement admis, et nous passerons en revue, sans vouloir trop préciser leurs indications, les interventions chirurgicales récentes dont le temps n'a pas encore pu consacrer la valeur.

Pathogénie (1). — Les théories émises sur la genèse des accidents peuvent être ramenées à trois ; théorie nerveuse, théorie sympathique et théorie thyroïdienne.

THÉORIE NERVEUSE. — Le goitre exophtalmique serait une névrose dont les symptômes se rapporteraient principalement à des troubles fonctionnels de la région bulbo-protubérancielles (parmi lesquels l'hypersécrétion thyroïdienne). Cette théorie a encore de nombreux partisans (Ballet, Marie) (2). On a cru un moment pouvoir l'appuyer sur les lésions diverses du bulbe que l'on a parfois constatées à l'autopsie, mais qui n'ont pas été retrouvées. Les expériences de Filehne, Durdufi, Bienfait, qui, par la section des corps restiformes, provoquaient certains symptômes basedowiens, n'ont pas été confirmées. En faveur de la théorie nerveuse plaident cependant les rapports étroits qu'affecte la maladie de Basedow avec les autres névroses dans son étiologie et dans ses allures cliniques.

THÉORIE SYMPATHIQUE. — C'est la plus ancienne. Elle serait établie au point de vue anatomique par certains auteurs sur une atrophie du grand sympathique et de ses ganglions, mais cette lésion, nullement spécifique, a été rencontrée dans d'autres états cachectiques. Néanmoins, il faut reconnaître que les opérations nouvelles faites sur le sympathique semblent attribuer à ce nerf un rôle au moins secondaire dans la production des accidents.

THÉORIE THYROÏDIENNE. — Mœbius le premier a incriminé le corps thyroïde. Cette opinion a été soutenue ensuite en France par Renaut et son élève Bertoye, par Joffroy et Achard (3) ; la maladie pourrait alors être ramenée à des lésions primitives du corps thyroïde qui entraîneraient le trouble dans le fonctionnement de la glande. Mais ces lésions, d'après Brissaud, existeraient dans beaucoup de corps thyroïdes normaux. Si l'on tient compte de certains faits cliniques, tels que l'apparition de symptômes basedowiens à la suite de l'ingestion de grandes quantités de corps thyroïdes (Béclère, Kocher) confirmés par l'expérimentation sur les chiens (Ballet et Enriquez, Congrès de Bordeaux, 1895), il semble bien qu'il faille attribuer la maladie plutôt à un

(1) BRUHL, Faux goitre exophtalmique (*Gaz. des hôp.*, 1891). — JOFFROY, Nature et trait. du goitre exophtalmique (*Progrès méd.*, 1893). — MŒBIUS, Trait. du goitre exophtalmique in *Specielle Path. und Therapie* de NOTHNAGEL, Vienne, 1896. — DUHAMMEL, Contribution à l'étude du faux goitre exophtalmique, thèse de Paris, 1894, n° 170. — M. FAURE, Étude sur le goitre exophtalmique (*Gaz. des hôp.*, 1897, n° 77, p. 774). — EULENBURG, De la maladie de Basedow (*XV^e Congrès all. de méd. int.*, 11 juin 1897). — GLEY, Sur le fonctionnement de la glande thyroïde et la maladie de Basedow (*Congrès de Bordeaux*, VI^e session, 1895).

(2) MARIE, *Sem. méd.*, 1894, p. 101.

(3) JOFFROY et ACHARD, *Arch. de méd. expér.*, 1893.

trouble dans le fonctionnement quantitatif du corps thyroïde ou peut-être qualitatif (Eulenburg, Révillod).

Ainsi le phénomène primitif serait « le fonctionnement exagéré du corps thyroïde. C'est un trouble humoral. Cette sécrétion exagérée mettrait en branle dans le bulbe, ou accessoirement dans la moelle, les noyaux qui président à la symptomatologie de la maladie de Basedow. Quant à l'exagération initiale de la sécrétion thyroïdienne, elle est déterminée selon toute vraisemblance par toutes les causes morales, infectieuses ou toxiques qui agissent sur le système nerveux » (Ballet et Enriquez).

Étiologie. — Le goitre exophtalmique est beaucoup plus fréquent chez la femme et apparaît ordinairement entre vingt-cinq et quarante ans. Fréquemment on le trouve associé chez le même sujet à l'hystérie ou à l'épilepsie, et par là il se rapproche de ces névroses qu'il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents héréditaires des malades. La maladie de Basedow, d'ailleurs, est parfois héréditaire elle-même. Ajoutons encore qu'elle paraît exister un peu plus fréquemment dans les pays où règnent les endémies goitreuses.

Comme déterminant l'apparition des accidents, il faut noter les impressions morales vives, les préoccupations, les chagrins. Parfois, à la suite d'une frayeur, la maladie s'est constituée d'un seul coup avec tous ses caractères.

Anatomie pathologique. — Je laisse de côté les altérations constantes, bulbaires ou sympathiques qui n'ont été mises en avant que pour appuyer une théorie, et je m'occuperai seulement des lésions thyroïdiennes bien établies. Le corps thyroïde, dans la grande majorité des cas, offre l'apparence d'un goitre hypertrophique asymétrique, la coupe en est régulière et uniforme. Dans les cas où l'examen histologique a été fait (1), on note un agrandissement des alvéoles, dont la lumière est remplie par la multiplication des cellules de revêtement, et la sclérose du tissu conjonctif interstitiel, comparable à une cirrhose thyroïdienne. Ajoutons aussi que dans un grand nombre d'autopsies on a trouvé le thymus hypertrophié (Mœbius, Marie, Spencer, Debove). Mais cette description ne peut pas être généralisée à tous les goitres exophtalmiques. Il en est de bien caractérisés par leurs symptômes, et qui au point de vue anatomique nous présentent des formes goitreuses diverses ne différant en rien de celles que nous avons étudiées à propos des goitres simples. Maintes fois on trouve des noyaux d'adénome, des kystes simples ou

(1) G. HEMIG, Anatomische Untersuchungen über Morbus Basedovii (*Arch. f. klin. Ch.*, 1897, Band LV, p. 1). — THEILALER, Des rapports entre la maladie de Basedow et les affections des organes génitaux (*Arch. für Gynäk.*, Band XLIX, 1895, p. 1). — DOLÉRIS, Affections génitales de la femme et maladie de Basedow (*Nouv. arch. d'obstétr. et de gynéc.*, juillet 1895).

multiples. Sont-ce là des altérations accessoires, contingentes? nous reviendrons sur ce point.

Symptômes. — Ils sont représentés par trois signes fondamentaux : la tachycardie, l'exophtalmie et le goitre. Au point de vue clinique, tantôt ces signes forment une triade qui permet de reconnaître sans peine la nature de l'affection, tantôt, ils se montrent isolés et on dit alors qu'on est en présence d'une forme fruste de l'affection. On les voit parfois apparaître simultanément, d'autres fois ils ne viennent s'ajouter les uns aux autres qu'après un long intervalle. En tous cas, pour ce qui est de la tumeur thyroïdienne, elle est loin d'être la première en date, et on a voulu opposer ces cas à ceux où le syndrome basedowien vient compliquer un goitre resté simple pendant des années.

Trachycardie. — C'est le signe le plus constant. Le début de la maladie est souvent mal déterminé : les sujets commencent par éprouver des troubles nerveux divers, psychiques, sensitifs et moteurs, parmi lesquels les palpitations tiennent le premier rang. Or, à cet égard, il est intéressant de distinguer les sensations subjectives des phénomènes objectifs. C'est ainsi que l'on peut observer une tachycardie atteignant 120, 150, et 200 pulsations sans que le malade accuse aucune sensation; d'autres fois, au contraire, avec un éréthisme cardiaque modéré, les malades se plaignent de véritables douleurs précordiales qui peuvent aller jusqu'à l'angine de poitrine. Parfois même il y a de l'arythmie. A l'examen du cœur, on constate souvent de l'hypertrophie cardiaque, souvent aussi des souffles, qui les uns sont inorganiques, les autres organiques. Enfin signalons pour terminer la symptomatologie cardiaque que Debove a rapporté des accidents asystoliques survenus au cours de la maladie de Basedow.

Les artères participent au désordre de l'innervation vasculaire : les carotides sont animées de battements, on y entend des souffles, mais, détail particulier, cet éréthisme vasculaire peut ne pas être généralisé à tout le corps. C'est ainsi qu'à un pouls carotidien ou épigastrique bondissant peut correspondre un pouls radial déprimé.

L'*exophtalmie* peut apparaître tardivement ou même manquer totalement. Quand elle existe, le plus souvent elle est symétrique, mais dans quelques cas elle affecte un œil d'une façon prédominante. Au début l'occlusion des paupières se fait complètement, mais à mesure que l'exorbitisme augmente, la fente palpébrale s'élargit, et l'œil reste entr'ouvert, même pendant le sommeil : c'est le signe de Stellwag. En dehors de ce signe, on peut en constater encore un autre, c'est le signe de de Graefe, qui consiste dans la perte de la synergie des mouvements de la paupière et du globe oculaire. Ajoutons la possibilité de complications inflammatoires conjonctivales ou cornéennes allant parfois jusqu'à la fonte purulente de l'œil. Il faut

aussi signaler le nystagmus et de véritables paralysies des muscles de l'œil (Ballet).

Le *goitre* s'installe d'ordinaire lentement, procédant par poussées successives qui laissent entre elles des rémissions, et même de véritables périodes de régression, allure commune aussi à l'évolution des autres symptômes et qu'il est bon de se rappeler lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur d'un traitement. Rarement on voit la tumeur se développer tout d'un coup, il s'agit peut-être alors de goitres préexistants dans lesquels s'est faite une apoplexie thyroïdienne, comme nous l'avons vu à propos des adénomes.

Inutile de revenir ici sur les caractères physiques du goitre, assez variables d'ailleurs. Dans les cas types, l'apparence est celle d'un goitre hypertrophique, de volume modéré; la tumeur est régulière, de consistance à la fois molle et élastique, comme spongieuse. Parfois elle est légèrement réductible. Il s'agit alors de formes vasculaires, et lorsque l'éréthisme cardiaque est intense, le mouvement d'expansion, le souffle, les battements se retrouvent dans la tumeur au point de simuler un anévrysme. Les troubles fonctionnels dépendant directement de la tumeur sont ordinairement nuls, et l'oppression, qui est fréquente, ne tient généralement pas à la compression de la trachée par le goitre ou par le thymus. Mais il est des cas de tumeurs volumineuses susceptibles de refouler la trachée au point de causer l'asphyxie.

Signes accessoires. — Telle est la triade symptomatique du goitre exophtalmique. A côté de ces signes cardinaux, il existe un grand nombre de signes accessoires, portant sur tous les appareils, et dont une partie se rapporte dans plus d'un cas à l'hystérie concomitante. Le *tremblement*, étudié avec grand soin par Charcot et Marie, est le plus important de ces signes satellites. Pour un grand nombre d'auteurs, il a une valeur séméiologique égale à celle des symptômes fondamentaux, et peut, dans certaines formes frustes, permettre pour ainsi dire à lui seul de faire le diagnostic. Ses caractères sont en effet tout à fait spéciaux : il est constitué par une série de secousses brèves se succédant avec une telle rapidité que le malade semble animé d'une véritable vibration qui se sent plus qu'elle ne se voit. Signalons encore les crises convulsives épileptiformes, les crampes, l'effondrement des jambes, etc.

Les troubles sensitifs sont également nombreux : névralgies diverses, hyperesthésies, anesthésies, crises gastriques. Il faut encore ajouter l'insomnie, et les modifications du caractère. Les malades sont irritables et d'une inégalité d'humeur qui aboutit parfois à une insociabilité complète (Létienne).

Du côté de la peau, le symptôme sur lequel Vigouroux a attiré l'attention en 1888, c'est-à-dire la diminution de la résistance électrique, paraît n'être dû qu'à la plus grande conductibilité de la peau,

sous l'influence de la paralysie vaso-motrice, et de même origine que les troubles sécrétoires que l'on observe du côté du tube digestif (diarrhée).

Enfin, chez certains malades on peut observer une élévation permanente de la température (Bertoye) qui se rattacherait à des formes particulièrement graves.

Marche. — Formes. — La diversité qui se présente dans l'ordre d'apparition des symptômes se retrouve dans leur évolution. Un des signes fondamentaux peut manquer (*formes frustes*). On observe parfois des rémissions très longues, et même de véritables régressions aboutissant en somme à une guérison relative. Dans d'autres cas, au contraire, la marche peut être beaucoup plus aiguë et conduire en quelques semaines à une cachexie mortelle. Aussi est-il impossible d'assigner une durée approximative à la maladie.

A côté du goitre exophtalmique tel que nous venons de le décrire, dans lequel la tumeur thyroïdienne n'est qu'un élément parfois contingent du tableau symptomatique, il en est d'autres qui attirent plus particulièrement l'attention du chirurgien et dans lesquels il existe primitivement, parfois depuis de longues années, un véritable goitre sur lequel vient à un moment donné se greffer le syndrome basedowien. Toutes les formes anatomiques, y compris les goitres vasculaires, et même les kystes, sont susceptibles de devenir « exophtalmiques ». On a dit alors qu'il ne s'agissait plus que de goitres secondairement exophtalmiques, ce qui est vrai, ou de faux goitres exophtalmiques, ce qui est plus discutable; on a avancé que souvent le tableau symptomatique n'était qu'ébauché et, sous prétexte que de tels goitres n'avaient ni l'intensité ni la marche de la véritable maladie de Basedow, on les a rejetés dans le cadre des goitres chirurgicaux. Ici, plus de névrose, a-t-on dit, mais une tumeur qui par sa présence irrite mécaniquement le sympathique. On se demande à vrai dire si une pareille scission est légitime dans l'ignorance où nous sommes de la physiologie du corps thyroïde, et pourquoi, alors qu'on ne se fait pas faute d'accepter comme de bon aloi des cas frustes, on se refuse à agréer ceux-là sous le seul prétexte que la tumeur thyroïdienne est autre chose qu'une hypertrophie simple. Nous verrons cependant que cette distinction a peut-être sa valeur au point de vue thérapeutique.

Traitement. — La thérapeutique du goitre exophtalmique, après être restée longtemps exclusivement médicale, s'est adjoint peu à peu le secours des interventions chirurgicales. On s'est d'abord attaqué à ces goitres exophtalmiques dits secondaires dans lesquels la tumeur thyroïdienne supposée, cause des accidents, sollicitait le bistouri (Lister, 1877, Tillaux, 1880); puis, les succès encourageant, les théories thyroïdiennes servant de guide, on a opéré les simples hypertrophies thyroïdiennes avec syndrome basedowien. A l'heure actuelle,

deux méthodes opératoires sont en présence, la thyroïdectomie partielle et la résection du sympathique cervical.

Le TRAITEMENT MÉDICAL du goitre exophtalmique (1) doit être longtemps prolongé. Il a pour bases l'hydrothérapie et les bromures. Kocher préconise le phosphate de soude. Quant à la médication thyroïdienne, elle a paru la plupart du temps aggraver les accidents. Les effets heureux de la médication thymique observés par Mikulicz n'ont pas été confirmés. Vigouroux a obtenu de bons résultats de la faradisation; la galvanisation a été également recommandée (Newman).

Les injections interstitielles doivent être rejetées comme particulièrement imprudentes et dangereuses dans des tumeurs qui sont souvent très vasculaires.

La THYROÏDECTOMIE PARTIELLE est la méthode qui a été la plus employée jusqu'à présent. Selon que le goitre était diffus ou nucléaire, on a pratiqué l'ablation d'un lobe ou l'énucléation (Voy. p. 640).

Il est assez difficile de peser les statistiques données par les divers auteurs, car les cas légers s'y trouvent confondus avec les cas graves et il ne paraît pas douteux que le degré d'intensité de la maladie de Basedow constitue le principal élément pronostic de l'intervention; de même Freiberg, Mœbius, regardent le goitre exophtalmique secondairement comme donnant des résultats beaucoup meilleurs. La statistique la plus importante est celle d'Allen Starr, qui porte sur 190 thyroïdectomies ayant donné 74 guérisons complètes, 45 améliorations, 3 insuccès et 33 morts immédiates. Tricomi a rapporté 72 cas avec 43 morts. Ces cas de mort méritent d'attirer l'attention, d'autant plus que la plupart du temps ils sont survenus dans des conditions identiques que l'on retrouve aussi dans l'observation de Poncet et Brissaud où il s'agissait d'une exothyropexie, et dans celle plus récente de Lejars : aussitôt après l'opération la température s'élève à 39 ou 40°, le pouls se précipite, à l'agitation succède du collapsus

(1) JABOULAY, Section du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 10 février 1896 et *Bull. méd.*, 1897, n° 13, p. 146). — JABOULAY, Traitement du goitre exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical (*Gaz. des hôp.*, 1897, p. 841). — ALLEN STARR, Nature et trait. du goitre exophtalmique (*Med. News*, 8 avril, 1896). — FREIBERG, Trait. chir. du goitre exophtalmique (*Med. News*, 1893). — JONNESCO, Trait. chir. du goitre exophtalmique (*Congrès franç. de chir.*, 1897 et *Presse méd.*, 1897, p. 257). — FAURE, Ibid. — G. MARCHANT, Résection bilatérale du grand sympathique dans le goitre exophtalmique (*Acad. de méd.*, 29 juin 1897). — DURAND, Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique, thèse de Paris, 1895, n° 274. — LEMCKE, Ueber Fruhdiagnose und Theorie des Morbus Basedovii. (*Münch. mediz. Wochenschr.*, 1896, n° 15, p. 334). — SOLARY, Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, thèse de Paris, 1894, n° 393. — DEBOVE, Thyroïdectomie mortelle dans la maladie de Basedow (*Soc. méd. des hôp.*, 15 juin 1897). — BERNDT, Trait. chir. de la maladie de Basedow (*Arch. für klin. Chir.*, B. LII, 1897, p. 709). — MIKULICZ, KOCHER, Trait. chir. de la maladie de Basedow (*XXIV^e Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Anal. in *Sem. méd.*, 1895, p. 175). — TILLAUX, Thyroïdectomie pour goitre exophtalmique (*Acad. de méd.*, 1880).

et la mort survient le jour même ou le lendemain. Poncet considère ces accidents comme le résultat d'une intoxication thyroïdienne suraiguë résultant soit de l'excitation sécrétoire provoquée par l'intervention, soit de la résorption de liquides versés dans la plaie. — Dans les cas heureux, on voit immédiatement s'améliorer la tachycardie; quant à l'excitabilité nerveuse et à l'exophtalmie, elles demandent parfois près d'un an pour disparaître.

Relativement à l'exécution de l'opération elle-même, il n'y a guère qu'une particularité à signaler, c'est le danger de l'hémorrhagie dans les formes vasculaires. Il fut tel dans un cas de Quénu que ce chirurgien dut, pour pouvoir faire l'hémostase, transformer une ablation partielle en thyroïdectomie totale; la malade guérit, mais au prix d'accidents myxœdémateux que le traitement thyroïdien seul parvint à suspendre.

La ligature des artères thyroïdiennes a été pratiquée par Rydigier, Mikulicz, Wölfler, Billroth, Kocher (1), qui déclarent la préférer à la thyroïdectomie. Kocher a rapporté, en 1895, 34 opérations avec 3 morts dont une opératoire et 2 par embolie, 31 guérisons ou améliorations. Il recommande de ne lier que trois artères afin d'éviter le myxœdème. Rydigier lie les quatre artères et sur 22 cas obtint 20 guérisons ou améliorations.

L'exothyropexie aurait donné sur 12 cas, entre les mains de Poncet et de Jaboulay, 5 guérisons ou améliorations et 2 morts.

En somme, à côté de succès éclatants, les interventions thyroïdiennes, comme le fait remarquer Poncet lui-même, comportent des dangers de mort rapide qu'on ne saurait prévoir à l'heure actuelle d'après l'aspect clinique du goitre. Ainsi s'explique la faveur avec laquelle on tend à accueillir un mode d'intervention encore très récent, la section ou la résection du sympathique.

SECTION ET RÉSECTION DU SYMPATHIQUE CERVICAL. — C'est, dit Jaboulay, en remarquant que le goitre exophtalmique offrait le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical qu'il a conçu l'idée d'agir directement sur ce nerf par la section. Depuis, Jonnesco a pratiqué la résection bilatérale totale du sympathique cervical en insistant sur la nécessité de l'ablation du ganglion cervical inférieur d'où part la majorité des filets accélérateurs cardiaques et le nerf vertébral qui commande l'irrigation bulbo-médullaire. Les cas opérés se montent aujourd'hui à 15 dont 12 résections partielles et 3 résections totales. Les résultats sont des plus encourageants. L'opération est suivie immédiatement de la diminution de la tachycardie et de l'exophtalmie. Le goitre semble disparaître moins rapidement. Deux des malades de Jonnesco, un an après l'opération, peuvent être considérées comme guéries. Chez toutes, sauf une, il y a eu une

(1) KOCHER, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1^{er} janvier 1895.

transformation frappante de l'état général, l'exophtalmie a toujours disparu, mais la tachycardie et le goitre n'ont pas toujours complètement rétrocedé. Il faut noter aussi une récurrence ultérieure dans les cas de Soulié et de Quénu et deux syncopes sous le chloroforme observées par J.-L. Faure, dont une mortelle, et auxquelles le sympathique n'est peut-être pas étranger.

La technique de la résection du sympathique consiste à pratiquer une incision le long du bord postérieur du sterno-mastoidien depuis le bord postérieur de l'apophyse mastoïde jusque sur la face antérieure de la clavicule au niveau de son tiers interne. On rejette ainsi en avant tout le paquet vasculo-nerveux, le tronc du nerf mis à nu permet de remonter jusqu'au ganglion supérieur que l'on résèque ou que l'on arrache. La recherche du ganglion inférieur est plus délicate. On dégagera d'abord l'artère thyroïdienne inférieure du plexus sympathique qui l'enserme et l'on réséquera en même temps que le ganglion le nerf vertébral.

Il est impossible de juger actuellement la valeur réelle de la *sympathectomie* ni de déterminer ses indications précises par rapport à la thyroïdectomie. Faut-il réserver la seconde aux goitres secondaires exophtalmiques, et appliquer la première aux maladies de Basedow primitives, ces deux interventions pouvant d'ailleurs être complémentaires l'une de l'autre? Peut-être aussi, en réséquant le sympathique, pourrait-on lier les thyroïdiennes inférieures que l'on a sous la main? Ce sont des questions qu'il serait prématuré de trancher ici, car nous n'avons jusqu'à présent en main que des traitements symptomatiques.

Pour terminer, je tiens encore à signaler quelques faits exceptionnels dans lesquels l'amélioration ou même la guérison de la maladie de Basedow ont été produites sous l'influence d'interventions portant sur d'autres organes; tels le cas de Hack où il s'agissait d'une cautérisation des cornets, celui de Fraenkel qui guérit par l'ablation de polypes muqueux. Mais par contre Semon a vu l'extirpation de polypes muqueux faire naître l'exophtalmie. Ce sont là des faits de maladie de Basedow symptomatiques qui tendent à confirmer les théories nerveuses.

Je pourrais y ajouter l'observation de Prengrueber d'une hystérique facile à suggestionner qui présentait un très petit goitre avec des palpitations, de la toux, de l'essoufflement et de l'oppression lorsqu'elle montait les escaliers. Un simulacre d'opération sous l'anesthésie, et un volumineux pansement suffirent à la guérison radicale.