

complètement. Il peut en résulter une stase sanguine vers l'encéphale, de la tendance au sommeil, un état violacé de la face et la dilatation du réseau veineux superficiel. — La compression des récurrents semble intervenir pour produire la voix rauque et la toux quinteuse; enfin le plexus brachial, le nerf phrénique, le tronc du pneumogastrique et le grand sympathique ont, dans des cas tout à fait exceptionnels, présenté quelques troubles fonctionnels attribuables à la même cause.

Complications. — L'hémorrhagie dans le goître se produit tantôt d'une façon spontanée, tantôt à la suite d'un effort violent ou d'un traumatisme. Le sang s'épanche, soit dans le parenchyme même, soit dans un kyste préexistant. Dans les deux cas, la tumeur subit un accroissement brusque qui peut provoquer instantanément un accès de suffocation mortel. Lorsque le sang épanché se résorbe, le foyer guérit en laissant à sa place une zone fibreuse qui subit tard la rétraction inodulaire et devient le point de départ de troubles respiratoires plus ou moins éloignés.

L'inflammation est plus commune que l'hémorrhagie. Elle est aussi plus grave. Spontanée, compliquant une maladie fébrile et particulièrement une maladie infectieuse, provoquée par un traumatisme : plaie, ponction, etc., elle s'annonce tout d'abord par un gonflement que sa rapidité rend très dangereux. Une compression mortelle de la trachée en est souvent le résultat. Si la maladie peut suivre son cours, elle se termine soit par résolution, ce qui laisse encore place aux complications éloignées de la rétraction fibreuse, soit par suppuration. Cette complication nous est déjà suffisamment connue.

Généralisation. — Quelques observateurs ont de temps en temps signalé, non sans marquer leur étonnement, des généralisations du goître. On a trouvé dans divers organes, et particulièrement dans les os, des tumeurs secondaires constituées par de beaux follicules qui reproduisaient exactement la structure de la glande thyroïde. Il est permis de penser qu'il s'agissait là d'une variété histologique un peu différente du goître folliculaire, c'est-à-dire d'un de ces adénomes dont Wæfller a récemment donné la description.

Nous indiquerons, à propos de l'étiologie, les rapports qui unissent le goître et le crétinisme.

Étiologie. — Le goître est *endémique* dans certaines contrées;

on le rencontre un peu partout à l'état *sporadique*; il se développe quelquefois *épidémiquement*. On a successivement invoqué les mêmes causes dans ces différentes formes étiologiques.

a. **Causes prédisposantes.** — *Sexe.* — Les femmes y sont beaucoup plus exposées que les hommes : un homme pour 4, 5, 20 femmes, suivant diverses statistiques.

Age. — Le goître est parfois congénital, et dans ce cas il entraîne souvent la mort peu de temps après la naissance. Il aurait, dans un cas, fait obstacle à l'accouchement. Il apparaît d'ordinaire après la naissance, mais surtout pendant l'enfance. Chez les crétins goitreux les trois cinquièmes des cas se manifestent de la naissance à deux ans. Il s'en développe un grand nombre jusqu'à douze ans, beaucoup moins entre douze et vingt, fort peu entre vingt et quarante. Passé cet âge, on n'en voit plus.

L'influence de l'hérédité dans le goître sporadique s'est fait sentir quelquefois, et même chez les animaux, mais elle est loin d'être constante. Dans le goître endémique, il est difficile de faire la part de ce qui appartient à l'hérédité d'une part, et aux influences de milieu d'autre part.

b. **Causes occasionnelles.** — Quelques-unes tiennent à l'individu lui-même : ce sont des efforts exagérés, des grossesses répétées, certaines attitudes habituelles dans lesquelles le cou est fortement tendu. C'est ainsi que des écoliers contracteraient pendant leur année d'étude un goître dont ils guériraient pendant les vacances (Virchow). Toutes ces causes agiraient en provoquant la congestion habituelle du corps thyroïde. Les troubles menstruels produisent quelquefois le même effet.

Les causes déterminantes principales sont surtout d'ordre *géographique* ou *géologique*. Dans chaque partie du monde existent des pays à goîtres, où l'affection est endémique et liée au crétinisme. Fodéré, puis Virchow, ont bien montré les rapports qui existent entre ces deux affections. En France, les goitreux sont nombreux dans la Franche-Comté, dans les vallées des Pyrénées et des Alpes, dans celle du Rhône. On a successivement incriminé dans ces divers pays l'air, le sol, la composition chimique des eaux; mais toutes ces hypothèses sont reconnues inacceptables. Il est donc inutile d'insister sur l'humidité de l'air, sur l'absence dans les eaux d'oxygène, d'acide carbonique, de chlorures et d'iodures alcalins, ou sur la présence

supposée fâcheuse de sels divers et particulièrement de sels magnésiens.

Un seul fait nous paraît intéressant et bien établi, c'est la coexistence fréquente dans un même pays de la fièvre intermittente et du goître (Smith Barton, Osiander). Il ne faut sans doute pas exagérer sa valeur; si les pays à goître sont en même temps des pays à malaria, en revanche beaucoup de pays à fièvres intermittentes n'ont pas de goitreux. Même ainsi réduite, cette notion vaut la peine d'être retenue. Nous la rapprocherions volontiers d'un autre fait parfaitement mis en lumière par Dorey dans sa thèse inaugurale (Paris, 1884). Dans la petite ville de Vienne, la distribution, dans certains quartiers, d'eaux publiques altérées par les infiltrations d'un cimetière, entretient à la fois la fièvre typhoïde à l'état endémique et quelquefois épidémique, et le goître. Là où se distribuent des eaux meilleures, les deux affections sont à peu près inconnues.

En présence de ces faits, et de ceux qui montrent combien la glande thyroïde est sensible à l'action de tous les éléments infectieux, on comprend que l'idée de placer la cause du goître dans des parasites spéciaux soit venue à des auteurs imbus des idées modernes sur le rôle des microbes. Klebs et plus tard Lustig et Carle ont cru rencontrer dans les eaux des pays à goître des infusoires particuliers auxquels il faudrait rattacher le développement de la thyroïde. Ces microbes existent-ils réellement? Ont-ils joué un rôle dans la production des nombreuses épidémies de goître que l'on a observées dans certaines garnisons sur les jeunes soldats? il nous est impossible de le dire.

Diagnostic. — 1^o *Conditions communes.* — Le diagnostic du goître dans ses formes ordinaires ne présente aucune difficulté.

Le siège de la tumeur à la partie antérieure médiane et inférieure du cou, sa mobilité sur la gaine musculo-aponévrotique qui la recouvre et surtout son déplacement avec le larynx dans les mouvements de déglutition établissent nettement qu'il s'agit d'une tumeur thyroïdienne. Les tumeurs non thyroïdiennes du voisinage : adénites, kystes congénitaux, anévrysmes, etc., ne peuvent donner lieu à aucune confusion. Peut-être par exception (on en a cité quelques exemples), un ganglion violemment enflammé pourra-t-il prendre, à la suite d'une périadénite, quelque adhérence avec le larynx ou la trachée et participer à ses mouvements; mais il s'agit là de faits

absolument rares, et d'ailleurs les phénomènes inflammatoires qui ont d'abord existé ne seront pas passés inaperçus. Les tumeurs décrites autrefois sous le nom de goître aérien et qui d'ordinaire ne sont pas autre chose que des ectasies de la trachée ou des dilatations du ventricule du larynx, pourraient, à meilleur titre, donner le change; mais elles sont sonores à la percussion, et si rares qu'on peut les considérer comme de simples curiosités anatomiques.

Parmi les tumeurs thyroïdiennes, le goître est très fréquent; il se développe lentement; il est absolument indolent; dans la plupart des cas, il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel.

Le cancer de la glande thyroïde, à son début, sera presque toujours confondu avec le goître, d'autant plus qu'il se développe souvent dans une glande déjà hypertrophiée; mais son développement rapide, les douleurs précoces qui l'accompagnent, l'envahissement de ganglions lymphatiques et l'apparition de la cachexie viennent bientôt éclairer le diagnostic.

Les tubercules et les gommages du corps thyroïde sont extrêmement rares. Les antécédents du patient, l'évolution de la maladie, amèneraient seuls à soupçonner leur existence. Les kystes hydatiques sont encore à l'état de curiosités pathologiques (on en connaît une dizaine de cas); leur diagnostic avant la ponction peut être considéré comme impossible.

2^o *Conditions exceptionnelles.* — On peut avoir à reconnaître un goître en dehors des conditions communes que nous venons d'indiquer. La tumeur s'est développée par exemple dans un lobe aberrant de la glande thyroïde. On trouve un néoplasme arrondi, c'est généralement d'un kyste qu'il s'agit, quelquefois fluctuant, souvent solide, résistant comme une tumeur solide. La plupart du temps, le caractère de la mobilité avec le larynx fait ici défaut; on peut donc penser à une adénite strumeuse, à un lymphadénome, à un kyste congénital. Parfois la distinction est impossible. On tiendra compte de ce fait que souvent un certain degré d'hypertrophie se voit dans le reste de la glande et que même du côté du lobe aberrant, à côté de la partie arrondie kystique, particulièrement développée comme tumeur, se sent une gangue diffuse formée par l'hyperplasie folliculaire.

Quelquefois toute tumeur thyroïdienne a pu passer complètement inaperçue jusqu'au moment où se montrent des accidents subits de

suffocation que l'on rapportera après un examen attentif à un petit goître plongeant ou à un goître constricteur.

5° *Diagnostic des accidents et des complications.* — Il est généralement facile. La tumeur, sauf les cas exceptionnels dont nous venons de parler, était parfaitement reconnue comme un goître avant l'apparition des accidents. Ceux-ci sont attribués sans peine à leur véritable cause. La suffocation par déformation de la trachée ou par la compression d'un goître plongeant, les hémorrhagies, l'inflammation thyroïdienne ont leurs signes propres. Nous les avons suffisamment indiqués.

4° *Le diagnostic de la variété anatomique* du goître mérite un peu d'attention. Il repose sur les caractères physiques déjà énumérés. Un point surtout intéresse le chirurgien : le goître est-il kystique ou non ? A cette question bien simple, il est parfois difficile de répondre. Le principal signe auquel on puisse reconnaître un kyste, c'est peut-être la saillie bien arrondie ou légèrement bosselée qu'il forme au-dessus de la masse générale de la tumeur. La fluctuation a sans doute une grande valeur ; mais certains goîtres solides sont parfaitement fluctuants, et d'autre part des kystes à parois résistantes ne le sont pas du tout. Le développement rapide d'une volumineuse bosselure à la surface d'un goître, toute idée de tumeur maligne écartée, fera penser à la formation d'un kyste. La ponction lève toujours les doutes. On a conseillé d'en user avec ménagement, par cette raison qu'elle était capable d'amener des hémorrhagies graves, et surtout de déterminer la suppuration au sein des cavités kystiques. Ce double accident est rendu, en effet, plus facile et plus grave par la rigidité ordinaire des parois de ces poches, qui une fois vidées n'ont aucune tendance à revenir sur elles-mêmes ; mais on l'évitera en se servant pour ces explorations d'aiguilles aspiratrices fines, minutieusement nettoyées suivant les règles de la méthode antiseptique, et en ne vidant pas complètement la poche.

Traitement. — Les indications thérapeutiques sont bien différentes, suivant que la tumeur s'accompagne ou non de troubles fonctionnels. Lorsque le goître constitue simplement une difformité, il n'est justiciable que des méthodes de traitement non dangereuses. Lorsqu'il menace directement la vie, on ne craint pas de recourir aux plus graves opérations. Les moyens que l'on emploie sont donc médicaux ou chirurgicaux.

1° *Moyens médicaux.* — Ils se bornent à l'emploi de l'iode à l'intérieur. On le prescrit généralement de deux façons : en teinture, à la dose de 10 à 100 gouttes par jour, ou sous la forme d'iodure de potassium : de 5 centigrammes à 2, 4 et 8 grammes par jour. Si l'on veut amener promptement la résolution d'un goître qui s'accroît d'une façon rapide et qui commence à produire de légers troubles respiratoires, il faut bien recourir à des doses élevées ; dans la plupart des cas, cette nécessité ne s'impose pas, et l'on préfère employer de très faibles doses que l'on continuera longtemps, pendant des mois et des années, par exemple. Ce traitement a malheureusement plus d'effet sur les goîtres endémiques que sur les goîtres sporadiques. Il agit surtout contre les variétés folliculaires, colloïdes ou vasculaires. Son seul danger réside dans les accidents d'iodisme qui suivent l'emploi des doses immodérées.

2° *Moyens chirurgicaux.* — Ils sont différents, suivant qu'ils s'adressent à des tumeurs kystiques ou à des goîtres parenchymateux.

a. *Traitement des kystes du corps thyroïde.* — Ces kystes sont, comme nous l'avons dit, de nature fort variable. Quelques-uns uniloculaires, à contenu albumineux et à parois minces, ressemblent aux kystes séreux que l'on observe partout. Ce sont les plus favorables, mais aussi les plus rares. Même uniloculaires, la plupart des kystes ont des parois épaisses et qui ne reviennent pas sur elles-mêmes quand la poche est vidée ; de plus, ils se prolongent souvent plus ou moins dans la glande par des culs-de-sac anfractueux. Enfin un grand nombre de kystes thyroïdiens sont franchement multiloculaires. Aux premiers, les méthodes applicables aux kystes séreux conviennent parfaitement : ponction et injection iodée particulièrement. Les seconds, lorsqu'ils ont été vidés par le trocart, se remplissent immédiatement de sang fourni par les vaisseaux des parois, si bien que le trocart restant en place, on voit souvent, après la sortie du liquide kystique, s'écouler du sang pur, comme si l'on avait pénétré dans un gros vaisseau. La ponction n'est donc ici d'aucun avantage. Elle est quelquefois suivie de la suppuration de la poche. On lui préfère l'ouverture du kyste, surtout avec suture des parois à la peau (Lucke). Ces incisions exposent, il est vrai, beaucoup à des hémorrhagies venant tantôt des lèvres mêmes de la plaie, tantôt de la surface interne du kyste. On y remédie, soit en faisant l'opération en deux temps : 1° section de la peau et des parties superficielles et

suture de la peau avec la face externe du kyste; 2° au bout de quelques jours, ouverture au moyen de la pâte de Canquoin ou du thermocautère, soit en cautérisant la face interne du kyste, soit encore en la bourrant avec de la gaze imbibée de liquides à la fois antiseptiques et hémostatiques.

Cette méthode n'est pas sans danger. La suppuration qui la suit fatalement est de longue durée. On a donc à redouter les fusées purulentes, les hémorragies secondaires, la septicémie. Des pansements bien faits mettent, il est vrai, à l'abri de ces accidents. Sur 100 cas réunis en 1879 par Schinzinger, la mort n'est arrivée que 5 fois. L'établissement d'une fistule est souvent inévitable. Telle qu'elle est, cette méthode a fait oublier tous les anciens procédés : séton, cautérisation, drainage, etc.; dont les inconvénients et les dangers étaient bien plus grands encore.

Lorsque l'on se trouve en présence non plus de kystes uniloculaires, mais de kystes à poches multiples, on est réduit à employer les mêmes moyens que pour les tumeurs parenchymateuses, et particulièrement l'extirpation. C'est l'opération que Julliard préconise dans tous les cas, et même contre les kystes les plus simples.

b. *Traitement chirurgical des goîtres solides.* — On met encore en usage de temps en temps des opérations palliatives, telles que la *section des muscles et des aponévroses du cou* (Bonnet, Billroth, Gosselin), ou le *déplacement de la tumeur*, lorsqu'il s'agit d'un goître plongeant. Dans cette dernière opération, on fixe la tumeur aussi haut que possible, au moyen d'un fil ou d'une broche métallique, et on lui fait contracter à cette place des adhérences avec la peau et les parties voisines par des cautérisations répétées. C'est à Bonnet que l'on doit cette ingénieuse intervention. Tout récemment encore, elle a procuré à Terrillon un brillant succès.

On peut être obligé de recourir d'urgence, en cas d'accidents pressants, à la *trachéotomie*. Elle est toujours difficile et grave, à cause des déviations subies par le canal laryngo-trachéal et les hémorragies qui se produisent fatalement. La laryngotomie intercrico-thyroïdienne offrira moins de difficultés que la trachéotomie. L'emploi d'une très longue canule, formée de parties articulées, ou flexible dans sa portion trachéale, est ici de rigueur.

La question du traitement curatif du goître a complètement changé de face depuis quelques années. Une opération qui était, il y a quinze

ou vingt ans encore, unanimement rejetée par tous les chirurgiens, la thyroïdectomie, est aujourd'hui devenue relativement facile et sûre. Les perfectionnements récents de l'hémostase et surtout l'avènement de la chirurgie antiseptique ont suffi pour lui donner une importance qu'elle n'avait jamais eue. En revanche, une foule d'opérations considérées jadis comme moins graves que la thyroïdectomie sont tombées aujourd'hui dans l'oubli. Nous rappellerons seulement le *séton* (destruction du goître par la suppuration), un des plus anciens et des plus mauvais moyens, bien fait pour inspirer une profonde horreur aux chirurgiens qui apprécient les bénéfices de l'antiseptie, les *cautérisations superficielles et profondes* au moyen de pâtes caustiques, le broiement sous-cutané Gaillet (de Reims), la dilacération du goître faite pour obtenir sa transformation en une tumeur kystique (Billroth), la ligature des artères thyroïdiennes, etc.

On peut dire qu'aujourd'hui, en face de la thyroïdectomie, un seul moyen subsiste, c'est l'*injection interstitielle*. Employée d'abord par Erichsen, Alquié (de Montpellier), Velpeau, Luton, etc., elle est encore d'un usage courant, et tout récemment, entre les mains de Richelot et surtout de Duguet, elle a fourni d'excellents résultats. Le liquide injecté a souvent varié : solutions de perchlorure de fer, de 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'iode. 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. Morill-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.

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 décomposition 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. Tillaux a opéré, dans un cas, avec succès, un goître exophtalmique; mais les faits de ce genre ne se rapportent pas à ceux qui nous occupent ici.

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. Un lobe seul est-il atteint, on respecte l'autre. Le goître est-il limité, isolable au milieu de portions restées saines du corps thyroïde et reconnaissables à leur couleur rouge, on pratique l'*énucléation* de la partie malade après l'avoir abordée par une incision franche.

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. 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).

ACCIDENTS DE LA THYROÏDECTOMIE. — Laissons de côté les *hémorrhagies* au cours de l'opération, contre lesquelles nous sommes bien armés aujourd'hui, le *choc 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 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 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 322 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'infiltrant sans devenir véritablement œdémateux. Ces altérations ont

pour résultat la boursouffure 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 survenant 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 décidé 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'hématopoïèse, ni la régulation de la circulation cérébrale invoquées l'une et l'autre par Zezas 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.

Beaucoup de détails gênants viennent encore obscurcir le problème. Comment comprendre dans l'hypothèse précédente que la conservation d'une portion minimale du corps thyroïde mette à l'abri de tout accident? Comment s'expliquer aussi que la transplantation dans la cavité péritonéale chez les animaux opérés produise le même effet? Y a-t-il eu illusion de la part des expérimentateurs? Elle aurait été bien

complète, car les résultats ont paru tels que plusieurs chirurgiens n'ont pas craint d'imiter leur conduite chez l'homme, soit dans le myxœdème spontané, soit dans le myxœdème opératoire, avec peu de succès d'ailleurs, semble-t-il.

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 Löwe. 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. Peut-être la conservation de la capsule suffirait-elle à nous préserver de cet accident; mais il vaut mieux ne pratiquer jusqu'à ce que nos connaissances soient plus certaines que des thyroïdectomies partielles.

§ 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 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 squirrhes, 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 générali-

sation. 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.

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^o 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 tracheæ 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.