

roïdienne n'est pas franchie, tant que la tumeur n'est pas adhérente et diffuse, la similitude avec le goitre simple est absolue, en sorte qu'on ne peut avoir de renseignements précis sur la marche et la durée du mal qu'à partir du moment où la capsule est franchie — ce qui est favorisé par les ponctions et les incisions. La marche, à compter de là, est rapide : en un an environ le sujet succombe par asphyxie, par pneumonie, par cachexie. La généralisation est alors presque constante.

**Traitement.** — Cette généralisation est même presque toujours effectuée au moment où l'aspect clinique permet le diagnostic. Si bien que Kaufmann, Braun, profondément découragés par leurs tentatives de thyroïdectomie, en sont venus à recommander le seul traitement palliatif, par la trachéotomie et l'alimentation à la sonde, lorsque la respiration et la déglutition sont menacées. Poncet (de Lyon) a conseillé de faire cesser la compression à l'aide de grands débridements circum-thyroïdiens. Bircher cependant est moins pessimiste et il plaide en faveur de l'extirpation, même quand il faut réséquer le larynx, l'œsophage, les vaisseaux carotidiens. C'est alors, évidemment, de thyroïdectomie totale qu'il est question ; mais pour une lésion qui menace directement la vie, on est en droit de risquer la cachexie strumiprive.

#### B. — TUMEURS CONJONCTIVES

Je ne dirai que quelques mots sur ces tumeurs, rares et mal connues<sup>(1)</sup>.

Wölfler décrit un *fibrome* ; R. Mayer parle de chondrome ostéoïde ; l'ostéome de Parsoons est douteux. On ne peut différencier le fibrome du goitre nucléaire et d'ailleurs le traitement est le même.

Le *sarcome* est plus fréquent et on a observé toutes les variétés de ce néoplasme, le sarcome fuso-cellulaire, globo-cellulaire, alvéolaire, angio-caverneux, ossifiant, à cellules géantes, le lympho-sarcome. On ne peut jusqu'à nouvel ordre le différencier du carcinome. Cependant, la plupart des cancers ayant simulé la thyroïdite étaient à l'examen histologique des sarcomes. Quelquefois la vascularisation est extrême et la tumeur est pulsatile. Le sarcome semble être un peu moins malin que le carcinome et par exemple E. Boeckel a vu un sarcome énorme donner une survie de plus de 5 ans sans récurrence ; puis une récurrence a été extirpée avec succès. Si donc on diagnostique un sarcome, l'intervention est indiquée.

<sup>(1)</sup> H. BRAUN, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1879, t. XXIV, p. 229. — A. MATHIEU, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1881, p. 370. — BOWLBY, *Lancet*, London, 1884, t. II, p. 1001. — E. BOECKEL, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1884, p. 1110. et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, 4<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 1. — KOBLER, *Wiener med. Woch.*, 1886, p. 295. — F. PICK, *Zeit. für Heilk.*, 1892, t. XIII, p. 71.

## VII

### GOITRE EXOPHTHALMIQUE<sup>(1)</sup>

Le traitement du goitre exophtalmique ressortissait exclusivement, jusqu'à ces temps derniers, à la médecine. Les premières tentatives chirurgicales furent dirigées contre des goitres simples qui, à un moment quelconque de leur évolution, s'étaient compliqués d'accidents basedowiens. Une division des goitres exophtalmiques en deux variétés, nettement tranchées, parut alors nécessaire, et à côté des cas médicaux ou vrais goitres exophtalmiques, on fit une place aux cas chirurgicaux en les rangeant sous l'étiquette de faux goitres exophtalmiques.

Cette division en vrais et en faux goitres exophtalmiques devrait pour quelques neuro-pathologistes être complètement abandonnée aujourd'hui : le goitre exophtalmique n'étant pas une maladie, mais un syndrome, peut se trouver réalisé sous l'influence de causes très diverses et il ne saurait y avoir de vrais et de faux goitres exophtalmiques, de pseudo-maladies de Basedow. « Notre manière de considérer cette maladie est actuellement si singulière que, quand nous saisissons la cause d'une altération du corps thyroïde avec syndrome de Graves, nous nous empressons de ranger le cas parmi les fausses maladies de Basedow. Or il n'y a pas de pseudo-maladies de Basedow, il n'y a que des goitres exophtalmiques dont la cause nous paraît connue pour les uns, ignorée pour les autres. Et nous irons ainsi jusqu'au jour où nous nous apercevrons que la vraie maladie de Basedow n'est que la réunion de toutes ces fausses maladies de Basedow. » (Létienne.) Quel que soit l'intérêt de ces discussions, le fait important pour un chirurgien, c'est que certains goitres exophtalmiques relèvent d'une cause qui peut être traitée chirurgicalement, alors qu'il en est d'autres dont le traitement doit rester purement médical. L'on conçoit dès lors l'intérêt qu'il y aurait à établir les indications thérapeutiques fournies par l'examen clinique de chaque cas, sans du reste rien présumer quant à la nature intime de la maladie de Basedow.

Que la conception de faux goitres exophtalmiques soit ou non erronée, il n'en est pas moins vrai que c'est à elle que sont dues les premières tentatives chirurgicales heureuses. La chirurgie de la maladie de Basedow n'aurait pris rang que quelques années plus tard, si les goitres secondairement exophtalmiques n'avaient, il y a bientôt vingt ans, permis aux chirurgiens une intervention légitime et si des résultats tout à fait inattendus, comme la guérison d'un goitre exophtalmique à la suite d'opération sur les fosses nasales, n'avaient mis sur la voie de certains cas réflexes de maladie de Basedow.

Restaient les cas médicaux proprement dits. Eux aussi ont été soumis à des opérations diverses et ce sont les théories variées et d'ailleurs probablement toutes trop absolues, quant au point de départ de l'affection, qui ont guidé le choix de telle ou telle intervention. Tant qu'on a cru le goitre exophtalmique engendré par une affection cardiaque (Graves, Stokes), ou par

<sup>(1)</sup> Cet essai de thérapeutique chirurgicale du goitre exophtalmique a été écrit par M. A. Gosset, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

l'anémie (Basedow, Bouillaud), il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale; la conception de la névrose bulbo-protubérantielle paralysait également toute tentative. Mais du jour où quelques auteurs eurent placé le point de départ dans le corps thyroïde lui-même ou dans le grand sympathique cervical, il n'y avait plus qu'un pas à faire pour rendre justiciables du traitement chirurgical certains goitres exophtalmiques à forme grave et à marche rapide.

On pouvait espérer que ces tentatives chirurgicales seraient non seulement suivies d'heureux résultats thérapeutiques, mais permettraient encore des constatations physiologiques intéressantes et conduiraient peut-être à la connaissance de la nature intime du goitre exophtalmique. Les faits ont montré qu'il fallait être très modéré dans ces interventions, car les opérations tentées sur les basedowiens sont loin d'être toujours inoffensives. On a vu parfois la mort survenir en quelques heures avec un ensemble de phénomènes qui ne se rencontrent que chez les basedowiens, et il semble qu'il faille invoquer une cause spéciale au corps thyroïde, l'intoxication thyroïdienne, dont l'existence ne fait de doute pour personne, mais sur la nature même de laquelle il est plus difficile de se prononcer. Les manœuvres exercées sur le corps thyroïde semblent exciter ou vicier ses fonctions, d'où des accidents qui, légers, graves ou même rapidement mortels, sont en somme un véritable « basedowisme » aigu.

Ce qui pousse surtout les chirurgiens à s'attaquer au corps thyroïde, c'est le rôle de plus en plus grand que l'on tend à lui donner dans la pathogénie des accidents. La théorie de l'hyperthyroïdation est évidemment très séduisante, mais elle va, comme Gley l'a fait remarquer, au delà des faits et à l'heure actuelle il est impossible de dire si dans la maladie de Basedow il y a hyper ou hypothyroïdation. L'argument qui a été le plus souvent opposé à l'hyperthyroïdation est la coexistence possible du myxœdème et du goitre exophtalmique : il existe quelques cas, peu nombreux sans doute mais très nets, où les deux affections ont évolué simultanément (cas de Hartmann, de Kovalevski, de Babinski).

D'autre part, il est certain que dans les cas les moins « chirurgicaux » en apparence, la thyroïdectomie a donné des succès, et tout récemment un cas intéressant de Doyen venait apporter une preuve en faveur de l'hyperthyroïdation : une des deux malades opérées par ce chirurgien pour goitre exophtalmique et guérie de ses accidents, a l'idée d'avalier des pilules d'extrait thyroïdien; elle est aussitôt reprise de ses troubles antérieurs et ne les voit disparaître qu'après cessation des pilules.

Que le corps thyroïde soit le point de départ de la maladie ou que ce soient les centres nerveux (bulbe et protubérance, corps restiforme), il faut pour expliquer les troubles oculaires et cardiaques une voie d'emprunt : c'est celle du sympathique. L'excitation du sympathique suffit très bien à elle seule à expliquer les deux symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, l'exophtalmie et la tachycardie. Cependant le sympathique étant vaso-constricteur, il y avait là un fait physiologique cadrant mal avec la dilatation des vaisseaux de la base du cou notée dans le goitre exophtalmique. C'est Jaboulay qui est venu, par la section du sympathique cervical, en même temps qu'il créait une nouvelle méthode thérapeutique, apporter la preuve désirée aux partisans du rôle joué par le sympathique : en sectionnant le sympathique cervical, il a fait disparaître l'exophtalmie et la tachycardie et il a montré que cette section, réputée jusqu'alors dangereuse, n'était en réalité suivie d'aucun accident. En somme la

clinique, aidée de la physiologie pathologique, a montré aux chirurgiens la possibilité, dans le traitement du goitre exophtalmique, de s'attaquer au corps thyroïde lui-même ou au sympathique cervical.

Telles sont les données générales. On le voit, les tentatives sont multiples et variées, et le problème est double : 1° Quand faut-il opérer; 2° quel choix faire entre les diverses méthodes.

Ce n'est pas seulement par sa nature que le goitre exophtalmique est si complexe, c'est encore par son aspect clinique et par les lésions du corps thyroïde lui-même. Il y a des basedowiens sans exophtalmie et des goitres exophtalmiques sans hypertrophie thyroïdienne. Peut-être a-t-on trop insisté sur l'absence de goitre dans certaines formes de maladie de Graves, oubliant trop qu'une hypertrophie localisée du corps thyroïde peut très bien passer inaperçue, même à l'examen le plus attentif. Cependant sans aller jusqu'à dire avec G. Sée « qu'il n'y a qu'un seul symptôme constant, primitif, fondamental, à savoir le cœur accéléré ou tachycardie », ce qui augmenterait considérablement le domaine de la maladie de Basedow, il faut reconnaître que les formes frustes sont très fréquentes; or ces cas atténués sont exclusivement du domaine médical.

Tout le monde est d'accord pour n'intervenir que dans les formes graves, c'est-à-dire menaçant l'organisme, à échéance plus ou moins longue.

Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'un *cas sérieux* de maladie de Basedow, on est en droit de recourir à une intervention, mais seulement après avoir épuisé *toutes les ressources médicales*. Il ne viendra à l'idée de personne de discuter la légitimité de l'opération dans le cas de dyspnée due à une compression trachéale; l'intervention aura pour résultat et de supprimer l'agent de compression et d'atteindre la cause même de la maladie, ou du moins l'une des causes. Ce qui est beaucoup plus délicat c'est de décider une intervention alors que la vie n'est pas immédiatement menacée. On tiendra compte d'une aggravation manifeste de la maladie, de l'amaigrissement, du degré de la tachycardie. L'exophtalmie tellement marquée qu'elle empêche les paupières de se fermer complètement est également une indication. Mais il ne faudrait pas croire que l'impossibilité d'occlure les paupières soit seulement le fait de l'exophtalmie et que celle-ci disparue à la suite d'une intervention convenable, on verra toujours les paupières reprendre complètement leur rôle de protection vis-à-vis du globe oculaire. Il faut tenir compte des troubles de la musculature des paupières, si bien connus aujourd'hui depuis les recherches de De Graefe et Stellwag; de telle sorte qu'à un degré très marqué du signe de De Graefe peut très bien correspondre une exophtalmie à peine ébauchée.

L'indication générale étant ainsi déterminée — et il faut reconnaître que pour les « vrais » goitres exophtalmiques c'est très délicat, — reste à choisir l'opération. On doit d'abord rechercher avec soin s'il n'existe aucune lésion capable d'engendrer, par réflexe peut-être, le syndrome de Graves. Des améliorations très notables ont en effet été notées à la suite d'interventions qui n'avaient nullement la prétention d'agir sur le syndrome de Graves. Hack, en 1886, sur une jeune femme âgée de 17 ans, atteinte d'hypertrophie de la muqueuse des cornets moyen et inférieur, en même temps que de troubles marqués de maladie de Basedow, obtint un succès par simple cautérisation des cornets. Fraenkel possède un cas analogue. A la suite d'ablation de polypes muqueux des fosses nasales, Hopmann constate une amélioration d'un goitre exophtalmique. Égale-

ment amélioration ou guérison à la suite d'un traitement approprié, dans un cas de rein mobile et d'atonie intestinale. La guérison fut aussi notée après ablation de l'utérus ou de ses annexes. Les faits bizarres ne sont pas pour nous étonner dans l'histoire du goitre exophtalmique. Mikulicz n'a-t-il pas opéré un homme de cinquante ans, atteint de goitre exophtalmique avec hypertrophie des deux seins? La guérison du goitre fut obtenue par la ligature des artères thyroïdiennes et un an après les seins avaient repris leur volume et leur aspect normaux.

En dehors de ces cas exceptionnels, bien difficiles à prévoir, les interventions que peut décider le chirurgien, avec espoir d'agir sur les accidents du goitre exophtalmique, sont au nombre de trois : la section du sympathique cervical, la thyroïdectomie et la ligature des artères thyroïdiennes.

On a bien cherché à ne traiter que le goitre et à le traiter comme dans les cas ordinaires, en particulier par les injections de teinture d'iode. Terrillon et Sebileau (1886), Thyssen (1889) ont ainsi obtenu des guérisons. Ce n'est pas là une méthode à recommander dans tous les cas, étant donné ce que nous savons de l'anatomie pathologique du goitre dans la maladie de Basedow et surtout du développement énorme que présentent parfois les vaisseaux. N'a-t-on pas souvent noté un développement tel de ces vaisseaux, qu'il existait une sorte de tissu spongieux analogue à du *tissu érectile* (Rendu) et même de larges anastomoses entre les artères dilatées et sinueuses, comme dans les *anévrismes cirsoïdes* (Grasset).

Les deux seules méthodes générales sont d'une part celles qui portent sur le corps thyroïde lui-même, d'autre part celles qui s'adressent au sympathique.

L'*exothyropexie* paraît de plus en plus abandonnée, même par ses promoteurs, puisque Jaboulay lui préfère la section du sympathique cervical. Bien que paraissant simple et bénigne, l'exothyropexie est peut-être l'opération qui compte le plus de désastres à son actif et si l'on se décide à agir sur le corps thyroïde, mieux vaut pratiquer la *thyroïdectomie partielle*. Mikulicz, au Congrès des chirurgiens allemands de 1895, rapporte onze interventions sans un seul décès et toujours pour des formes graves; dans 5 cas en particulier, il existait de la dyspnée très marquée. Sur ces 11 cas, il eut 6 guérisons complètes, 4 améliorations et une très légère amélioration pour le dernier malade. Un des malades de Mikulicz est particulièrement intéressant. A la suite de la résection unilatérale, on avait noté une amélioration très grande, mais passagère. Bientôt la tumeur du côté opposé acquit un grand développement, au point de comprimer la trachée et c'est seulement 5 mois après, à la suite d'une nouvelle extirpation, que la guérison fut définitive. Mais on n'oubliera pas qu'il est des cas qui résistent à toutes les interventions. Une malade du service de Poncet, opérée par Jaboulay, après avoir subi deux exothyropexies et trois thyroïdectomies partielles, plus la section du sympathique cervical gauche avec, entre temps, deux cautérisations du lobe gauche et de l'isthme, présentait encore, avant une troisième thyroïdectomie partielle qui fut décidée, des battements et du souffle dans le reste du corps thyroïde et dans les vaisseaux. La statistique de Mikulicz est toutefois encourageante, mais ce qui prouve bien qu'il ne faut intervenir que dans les formes graves et que l'opération n'est pas inoffensive, c'est ce qu'a observé ce chirurgien : il a vu survenir dans 2 cas, à la suite de l'intervention, des signes inquiétants, en particulier une fréquence de plus en plus grande des battements cardiaques avec dyspnée tellement

intense, « qu'il s'attendait d'un moment à l'autre à devoir pratiquer la trachéotomie ». Et c'est de la sorte que, à la suite des opérations, on voit succomber les malades en notable proportion.

D'après une statistique dressée par Putnam, la proportion des succès dans la thyroïdectomie est de 85 pour 100. Quatre fois sur 54 cas l'opération a été mortelle.

La statistique de Buschan, publiée en 1894, porte sur 80 cas — sans malheureusement préciser le procédé opératoire — avec 51 guérisons, 20 améliorations, 6 morts, 16 aggravations, 7 résultats inconnus.

Heydenreich, en se servant des cas de Briner et de quelques faits recueillis ailleurs, arrive à un total de 61 cas avec 4 morts, 2 tétanies et 5 insuccès, soit une proportion de succès de 82 pour 100.

Une des statistiques les plus considérables est celle d'Allen Starr (*Medical News*, 16 avril 1896), qui comprend 190 cas de thyroïdectomie pour maladie de Basedow, avec 74 guérisons complètes, 45 améliorations, 5 insuccès, et une mortalité qui enseigne la prudence puisque l'on compte 53 morts immédiates. Toutes ces morts, survenues en quelques heures ou dans les deux ou trois jours avec élévation soudaine de la température, tachycardie, extrême hyperexcitabilité nerveuse, agitation, angoisse et finalement mort dans le collapsus avec arrêt du cœur. Lorsque la guérison survient, elle est progressive et met 2, 5, 4 mois pour s'affirmer. C'est la tachycardie qui est tout d'abord améliorée, puis l'excitabilité nerveuse; quant à l'exophtalmie, elle persiste longtemps et n'arrive à disparaître qu'après un an. Les troubles de la musculature des paupières ne disparaissent pas.

La *ligature des artères thyroïdiennes* compte aussi des succès. On peut la faire en plusieurs séances comme le conseille Kocher ou en liant simultanément les quatre troncs artériels, suivant la méthode de Lavisé. Elle rentre dans la méthode générale des ligatures atrophiantes et ses résultats paraissent favorables puisque sur 54 opérés, on compte 5 morts et 51 améliorations ou guérisons. Mais il est difficile de l'apprécier, car jusqu'à ce jour elle n'a pas été employée en France.

La *section ou la résection du sympathique cervical*, méthode de Jaboulay, a été pratiquée jusqu'à ce jour 14 fois : 9 cas de Jaboulay, 1 cas de Reclus et Faure, 1 cas de Gérard Marchant et Abadie, 1 cas de Chauffard et Quenu, 2 cas de Jonnesco (\*). C'est une opération facile à exécuter, paraissant peu grave, amenant immédiatement une diminution rapide de la tachycardie et de l'exophtalmie, ce qui n'est obtenu que difficilement par les autres méthodes. Mais elle est trop récente pour être appréciée et l'avenir montrera si l'amélioration immédiate est destinée à persister.

Et maintenant laquelle de ces opérations préférer? L'attaque directe du corps thyroïde est hors de contestation pour les cas où le syndrome de Graves vient compliquer un goitre préalable. Mais pour les cas qui autrefois étaient appelés « vrais » goitres exophtalmiques, aucune conclusion n'est valable : nous sommes encore à la période de tâtonnement où chaque méthode, directe ou indirecte, thyroïdienne ou sympathique, compte des partisans systématiques. Les faits qui sont relatifs à la gravité des interventions commencent à être jugés,

(\* Pendant que nous revoyons les épreuves, des faits nouveaux ont été communiqués à divers Congrès. Ils ne permettent pas plus que les précédents une conclusion ferme.

mais les questions d'ordre pathologique sont encore dans l'obscurité. Bien que la thyroïdectomie partielle semble être l'opération de choix, il faut avouer que la lecture des travaux publiés et l'analyse des faits, complètement disparates, ne permettent aucune opinion ferme. Il est seulement permis « d'en déduire approximativement les règles applicables aujourd'hui au traitement d'un cas donné » (Glantenay) (1).

(1) GLANTENAY, *Traitement du goitre exophtalmique*. Arch. gén. de méd., 1897, p. 596. — Lire aussi la thèse de SOLARY (*Traitement chirurgical du goitre exophtalmique*, thèse de Paris, 1894), dans laquelle on trouvera les indications bibliographiques.

## MALADIES DU COU

Par le D<sup>r</sup> CHARLES WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien des hôpitaux.

### CHAPITRE PREMIER

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES

##### I

#### CONTUSIONS

Les contusions du cou sont relativement rares, mais l'importance des organes qui traversent la région rend compte de leur gravité; elles peuvent être compliquées de fractures de l'os hyoïde, du larynx, de la trachée, de lésions vertébrales, de commotion ou de contusion de la moelle, accidents que nous n'avons pas à décrire ici et qui sont étudiés dans les chapitres spéciaux consacrés aux affections de ces différents organes.

Leur étiologie ne présente rien de spécial: chute, pression brusque d'un corps pesant, passage d'une roue de voiture, ou bien choc direct, coup de bâton, coup de poing, etc., telles sont les causes habituelles de la *contusion directe*. Mais on peut observer, à la base du cou, de véritables *contusions indirectes* (Jeannel) (1). Elles sont dues à la compression exercée sur la région sus-claviculaire par la clavicule portée en arrière, dans une chute sur la partie antérieure du moignon de l'épaule par exemple.

Les ecchymoses et les épanchements sanguins, de forme et de volume variables suivant la nature et l'intensité du traumatisme, siègent tantôt dans les couches superficielles, tantôt sous l'aponévrose superficielle ou sous l'aponévrose moyenne; cette dernière est assez résistante pour ne point être toujours déchirée dans les cas où le traumatisme a été assez violent pour produire un épanchement profond, tandis que la superficielle est alors presque toujours rompue. Les épanchements sanguins peuvent, par leur grand développement, exercer une compression plus ou moins forte sur le conduit laryngo-trachéal et sur l'œsophage, et apporter, par conséquent, une plus ou moins grande gêne à la respiration et à la déglutition.

Les caractères anatomiques de la contusion varient du reste dans chacune des régions secondaires du cou. Jeannel a donné une bonne description de ces diverses variétés.

A la *région sus-hyoïdienne*, l'épanchement sanguin sous-aponévrotique est limité en haut par le corps de la mâchoire, en bas par l'attache de l'aponévrose

(1) JEANNEL, art. Cou, *Encyclopédie intern. de chir.*, vol. V, p. 747.