

suivie de mort, mais cette proportion très-considérable de revers porte principalement, ainsi que Michel le fait observer, sur des cas anciens, où les différentes particularités relatives à l'état antérieur de l'opéré, à l'opération même et à son manuel, à ses conséquences enfin, ne sont pas suffisamment relatées. En ne faisant entrer en ligne de compte que les observations assez détaillées, on aurait une proportion de mortalité beaucoup plus faible, soit d'un tiers pour deux tiers de succès.

Les statistiques étrangères fournissent aussi des données assez variables. L'ensemble des statistiques allemandes et suisses, depuis 1845, donne un peu plus de deux tiers de réussites.

C'est incontestablement en Angleterre et en Amérique que l'opération s'est montrée le plus favorable; la statistique anglo-américaine donne en effet près de six septièmes de succès. Enfin, en rapprochant tous les cas qui ont été publiés, on obtient un relevé général de 106 extirpations, dont 35 seulement furent suivies de mort. La proportion d'un tiers d'insuccès pour deux tiers de guérisons paraît donc celle qui se retrouve le plus souvent, et l'on peut dire que l'extirpation se présente avec deux chances de guérison contre une chance de mort.

Les causes de la mort, à la suite de l'ablation du corps thyroïde, sont nombreuses: Dupuytren perdit un malade par le fait du choc traumatique produit par l'opération; Billroth rapporte un cas d'infection purulente; Chassaignac donne deux exemples de phlegmons profonds qui amenèrent la terminaison fatale. L'asphyxie a été le résultat de l'opération dans quelques cas, et celle-ci a pu être rapportée à la ligature du nerf récurrent, serré par le fil qui étreignait les vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Cette complication néanmoins n'a pas toujours amené la mort.

De toutes les complications, la plus grave et la plus fréquente est l'hémorrhagie. Non-seulement celle-ci est à craindre dans le cours de l'opération, mais elle peut survenir secondairement; telle est l'histoire de ce malade que Holmes perdit le lendemain de l'opération, enlevé par une hémorrhagie foudroyante. Klein rapporte un cas où elle se produisit six jours après l'extirpation de la thyroïde, et où la ligature de la carotide primitive ne put empêcher la terminaison fatale.

Ces accidents, du reste, ne se montrent pas seulement à la suite de l'extirpation complète de la thyroïde. Chassaignac et Sédillot pensaient les éviter en préconisant l'amputation partielle du goître; mais les faits sont venus décevoir leurs espérances. La proportion des succès et des revers est à peu près la même pour l'ablation de la tumeur, que cette ablation soit totale ou partielle; et comme l'extirpation complète offre plus de chances de guérison radicale que celle qui laisse subsister une partie de la tumeur, nous adoptons l'opinion de Michel qui propose de recourir en règle générale à la première de ces opérations, quand l'extirpation du corps thyroïde a été décidée.

Pour pratiquer l'extirpation, on a à choisir entre les deux grandes mé-

thodes chirurgicales que l'on retrouve partout dans l'exérèse des tumeurs, la ligature et l'ablation par l'instrument tranchant.

La ligature paraît avoir été pratiquée par Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu en 1779. Il opéra ainsi deux malades, dont l'un seulement à guéri; Bruninghausen y eut recours de nouveau en 1821 à Halle. Mais cette méthode était tombée dans l'oubli, quand Chassaignac la fit revivre en la modifiant par l'application de l'écraseur linéaire. Voici comment ce chirurgien conseille de procéder: au moyen d'un trocart courbe on saisit les téguments préthyroïdiens et on les divise verticalement avec une chaîne d'écraseur; lorsque le corps thyroïde est ainsi mis à nu, on l'énuclée facilement avec les doigts: puis on entoure le pédicule, contenant les quatre artères thyroïdiennes, avec une autre chaîne, et on en fait la section en ne faisant marcher l'instrument que d'un cran par demi-minute. Chassaignac reconnaît lui-même que la moindre précipitation dans ce dernier temps peut devenir la cause d'accidents mortels, et qu'il est quelquefois nécessaire d'y mettre « un jour entier, deux jours peut-être ». Nous ajouterons que l'énucléation du corps thyroïde peut n'être pas toujours aisée, et qu'il peut être très-difficile d'en circonscrire le pédicule, surtout quand on a affaire à un goître sous-sternal. Aussi, sans rejeter complètement la ligature extemporanée, qui peut trouver son emploi dans certains cas, nous pensons qu'il faut avoir recours de préférence à la méthode d'ablation par l'instrument tranchant.

Deux procédés surtout ont été employés. Dans l'un, préconisé par Green, on fait une longue incision verticale à la peau, on arrive du premier coup à la tumeur qu'on découvre dans toute son étendue de haut en bas, en ayant soin de ne pas intéresser le fascia cellulaire qui l'entoure: on l'énuclée alors rapidement, on gagne le pédicule sans prendre garde à l'hémorrhagie, et on le traverse par une aiguille armée d'un fil double très-fort. On le divise ainsi en autant de parties qu'il y a de vaisseaux volumineux; on lie chacune d'elle isolément et on excise la tumeur. Patrick Heron Watson conseille, avant d'entreprendre l'énucléation, de lier tous les vaisseaux cutanés afin de pouvoir opérer à blanc. Billroth et Michel vont même plus loin, et recommandent de ne sectionner aucun vaisseau s'il n'a été compris entre deux ligatures.

Ces deux derniers chirurgiens emploient un procédé un peu différent de celui de Green: avant d'énucléer la tumeur, après l'avoir découverte par des incisions suffisamment étendues, ils vont à la recherche des vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs, et les assurent par de fortes ligatures: ils agissent de même avec la thyroïdienne moyenne si elle existe. Tous ces vaisseaux ne sont coupés que le plus tard possible, au moment où il faut séparer les dernières adhérences qui relient le goître à la trachée et au larynx.

Quand on est forcé de laisser une portion de la tumeur ou quand le pédicule est volumineux, on peut en faire la section avec l'écraseur

linéaire, ou même comprendre la partie qu'il faut étrangler dans une sorte de clamp. Peut-être pourrait-on se servir avec quelque profit dans cette opération du cautère galvanique : mais l'emploi du galvano-cautère ne dispenserait dans aucun cas de faire la ligature préalable des vaisseaux thyroïdiens.

§ 2. — DES INDICATIONS SPÉCIALES AUX DIFFÉRENTES ESPÈCES DE TUMEURS DU CORPS THYROÏDE ET DES MOYENS DE TRAITEMENT QUI SONT APPLICABLES A CHACUNE D'ELLES.

A. — Les tumeurs du corps thyroïde ne constituent le plus souvent qu'une difformité qui ne gêne pas le malade, et ne met point son existence en danger. Il serait donc blâmable au plus haut point de faire courir le moindre risque à l'individu qui est porteur d'une tumeur semblable, dans le seul but de le rendre moins difforme. Cette contre-indication absolue à toute tentative opératoire est d'autant plus formelle que le goître coïncide avec un autre vice de conformation, et surtout que celui qui en est atteint se trouve en même temps être un crétin ou un demi-crétin.

Mais si toute opération doit être proscrite dans les cas semblables, le médecin a à sa portée des moyens généraux d'une grande efficacité, sans parler des quelques topiques dont il peut disposer.

Si le goître est sporadique, on conseillera l'emploi de l'iode administré à l'intérieur d'une manière continue et à doses croissantes. On associera à ce moyen les badigeonnages iodés sur la tumeur, ou même l'emploi de sachets confectionnés suivant l'une des formules que nous avons données.

Si le goître s'est développé sous l'influence de l'endémicité, une autre indication se présente, et ne doit point être perdue de vue : c'est le soin de la conservation et même de la régénération de l'espèce : en d'autres termes, il faudra tâcher d'éviter que le goîtreux ne donne naissance à d'autres goîtreux ou à des crétins. C'est ici le lieu de rappeler toute la série des moyens hygiéniques, depuis l'assainissement des habitations, jusqu'à l'amélioration des eaux potables et à l'expatriation si elle est possible. Les enfants nés de parents goîtreux seront confiés à des nourrices saines, résidant dans un pays exempt de l'endémie, et ne devront revenir au domicile paternel que lorsqu'ils auront dépassé l'adolescence.

B. — La tumeur, sans être encore un danger pour la vie, peut gêner le malade par son poids et par l'obstacle mécanique qu'elle apporte aux mouvements de la tête et du cou; elle peut, par la difformité qu'elle produit, l'empêcher de trouver dans l'exercice habituel de sa profession les moyens de subvenir à son existence, et être un obstacle aux relations sociales. Malgré ces inconvénients graves, le chirurgien ne nous paraît pas autorisé à entreprendre pour la cure d'une semblable tumeur des opérations capables de compromettre l'existence.

Lorsqu'il s'agit d'un *goître solide*, après avoir constaté l'inutilité des frictions, des emplâtres appliqués d'une façon persévérante, on peut tenter l'action catalytique des courants continus. Si ce moyen même se montre infidèle, on n'aura plus qu'à essayer des injections interstitielles de teinture d'iode dans la tumeur. Celles-ci constituent déjà une intervention chirurgicale assez sérieuse; aussi devrait-on y avoir recours avec ménagement et en suivant les indications précises que Luton a tirées de sa vaste pratique. C'est en général l'hypertrophie glandulaire de l'organe qui est le plus heureusement modifiée par ces injections : il faut les regarder comme inutiles ou nuisibles dans les cas de goître fibreux ou de goîtres anciens, crétacés ou calcaires. Ceux-ci ne sont justiciables que de l'extirpation. Le séton et les autres méthodes doivent être absolument rejetés.

Si le goître est *kystique*, on peut essayer, par des ponctions successives, d'en diminuer le volume; mais on sait qu'à la suite de ce traitement purement palliatif on a observé des accidents assez sérieux d'hémorragie et d'inflammation. Si donc la poche est superficielle, si ses parois sont minces, on aura avantage à recourir d'emblée à la ponction suivie d'injection iodée.

Quand le kyste, au contraire, est profond, quand ses parois sont épaisses, on devra s'abstenir. L'injection iodée, dans ces cas, est dangereuse, et tous les moyens qu'on peut mettre en usage, tels que le séton, la cautérisation, l'incision, outre les complications graves dont on les voit souvent être suivis, laissent des traces qui ne sont guère moins désagréables que la difformité primitive.

Si la consistance du goître, l'existence de battements ou de souffle, sa réductibilité, son mode d'apparition, font reconnaître une *tumeur vasculaire*, les douches locales, et parfois les injections interstitielles irritantes ou coagulantes, doivent être conseillées; mais il n'est pas rare de voir ces tumeurs acquérir rapidement un grand développement et réclamer par les troubles qu'elles déterminent une intervention plus active.

C. Dans un certain nombre de cas, la tumeur n'est plus seulement une difformité et une gêne, mais elle devient un danger, et le chirurgien doit prévoir l'époque plus ou moins éloignée encore où elle menacera la vie du malade.

Les indications se tirent alors de deux ordres d'accidents : *a.* Les accidents inflammatoires qui s'emparent de la tumeur; *b.* les accidents de compression qu'elle détermine du côté des voies digestives et respiratoires.

*a.* La thyroïdite doit être d'abord traitée par les résolutifs, les antiphlogistiques; puis, si la suppuration survient, il faut de bonne heure donner au pus une large issue avec le bistouri. Au cas où la suppuration se serait faite lentement et aurait pour siège un kyste enflammé, on pourrait avoir recours à la cautérisation pour ouvrir le foyer.

*b.* Les accidents de compression, dès qu'ils se traduisent par une dys-

pnée, par une dysphagie même légère, doivent être conjurés par les moyens qui amènent une diminution de volume de la tumeur ou qui modifient sa situation.

Si le goître est *solide*, s'il est rétrosternal, si les accidents sont encore peu prononcés, si en soulevant la tumeur avec la main on améliore momentanément l'état fonctionnel, on peut recourir au déplacement par la méthode de Bonnet. On peut même le combiner, comme l'a fait ce chirurgien avec la cautérisation, dans le triple but de détruire directement une portion du tissu pathologique, de modifier ce qui en reste, et de fixer par des adhérences solides le goître loin des organes respiratoires et du sternum.

Si le déplacement n'est pas possible, ou s'il est insuffisant, à quel moyen peut-on s'adresser? Les injections interstitielles sont souvent dangereuses par le gonflement inflammatoire qu'elles produisent, surtout si les phénomènes de compression sont assez marqués. Lors donc que les accidents sont encore peu prononcés, lorsqu'on a quelque espoir de voir le goître se modifier sous l'influence d'un traitement général, on doit temporiser et, tout en se tenant prêt à agir si les accidents de suffocation se produisaient, attendre, pour recourir à la dernière et à la suprême ressource, à l'extirpation du goître, que l'asphyxie soit imminente dans un bref délai.

On est moins dépourvu de ressources contre le *goître kystique*. Nous avons dit que, si les parois de la poche sont souples et minces, et si le kyste est superficiel, il faut avoir recours à la ponction et à l'injection iodée. S'il est petit, profond, si les parois sont dures et épaisses, la cautérisation faite largement sur toute la hauteur du kyste ouvrira à son contenu une issue suffisante en diminuant les chances d'hémorrhagie et d'infection septique qu'offre l'incision. Celle-ci sera la seule ressource qu'on pourra opposer aux kystes volumineux, lorsque la poche indurée se prête mal à la rétraction qui doit suivre l'évacuation du liquide qu'elle renferme; elle devra parfois même être accompagnée de l'excision d'une partie plus ou moins considérable de la paroi. Quoi qu'il en soit, l'indication formelle que présentent les tumeurs kystiques rebelles à l'injection iodée est l'ouverture très-large de leur cavité, n'y permettant aucune espèce de stagnation et de rétention de liquide; c'est parce que l'incision seule peut la remplir quand on a affaire à des kystes d'un volume considérable, que nous la préférons à la cautérisation par la méthode de Bonnet.

Quant aux kystes sanguins, le mieux est de s'abstenir, tant qu'ils ne causent pas d'accidents notables, en se rappelant les dangers que présentent la ponction, et surtout l'incision des poches sanguines et des foyers hémorrhagiques. Mais s'il était absolument nécessaire d'intervenir on pourrait se rappeler les préceptes que donne à ce sujet Michaux (de Louvain), et que nous reproduisons en quelques lignes:

« Lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste sanguin du cou, dit

Michaux, il faut préparer tout ce qui est nécessaire pour faire une injection iodée dans le sac, puis on pratique une ponction sous-cutanée pour s'assurer de la nature de la tumeur. Si celle-ci contient du sang liquide, on la videra entièrement, et immédiatement on fera une injection iodée.

« Si le sang est trop épais pour couler par la canule, on mettra le sac à nu par une longue incision et une dissection; on fera ensuite à la partie moyenne du kyste une incision suffisante pour extraire le sang. Le sac étant vidé, de deux choses l'une, ou il y a hémorrhagie, et alors il faut tamponner; ou le sac ne fournit point de sang, et dans ce dernier cas il vaut mieux fendre le kyste dans toute son étendue, que de se borner à une petite incision.

« Si l'hémorrhagie continuait malgré le tamponnement, on devrait encore inciser largement le sac pour chercher la source qui fournit le sang, et pour être à même d'employer d'autres moyens hémostatiques. »

Il reste à examiner le cas où l'on aurait affaire à une tumeur *en partie solide, en partie kystique*. Si elle commence à gêner la respiration, je crois qu'on fera sagement de ponctionner les kystes et de voir si l'évacuation de leur contenu amène la cessation des accidents. Dans ce cas on devra la traiter comme une tumeur kystique simple; dans le cas contraire comme un goître parenchymateux.

Contre le *goître vasculaire* on a la ressource de la ligature des vaisseaux thyroïdiens; on sait que Velpeau la recommandait en principe. On pourra l'employer, surtout dans le cas de goître anévrysmal, mais en se rappelant que son exécution est difficile et qu'elle n'est pas suivie d'une guérison certaine. On commencera par lier les thyroïdiennes supérieures, d'où le plus souvent est partie la dégénération vasculaire; on procédera ensuite, si elle ne suffit pas, à la ligature des artères thyroïdiennes inférieures. Comme ressource extrême on pourrait recourir à la ligature de la carotide ainsi que Velpeau le fit avec succès.

D. — La tumeur est enfin un péril des plus sérieux pour l'existence; elle peut, elle doit même probablement amener la mort, qui est présagée par des accès de suffocation dont chacun peut se terminer d'une manière subite. On a essayé sans succès différents moyens de traitement appropriés à la nature de la tumeur et à la forme des accidents. Dans ce cas, la seule ressource qui reste est l'extirpation. Certes c'est une opération grave et qu'on ne doit jamais pratiquer pour satisfaire un désir du malade, ni même pour le soulager d'incommodités, de gênes, de douleurs; mais il ne faut pas hésiter à y recourir quand la vie est en jeu. On ne doit même pas attendre que le sujet soit arrivé à cette période extrême où l'affaissement général rend toute opération fort dangereuse; l'extirpation est une opération longue et pénible; le malade doit être capable encore de supporter l'anesthésie chloroformique, le choc inséparable de l'ablation d'une tumeur aussi étendue; on doit surtout compter avec une certaine perte de sang. Le moment précis où il faut se résoudre à opérer est difficile à indiquer; il varie pour chaque cas

particulier, et le chirurgien dans sa décision devra surtout consulter les principes généraux qui règlent sa conduite dans les grandes opérations.

Dans l'exposé que nous avons fait de ces indications, nous n'avons guère eu en vue que celles qui dépendent des différentes formes de *goître*. Les autres tumeurs du corps thyroïde sont rares en effet: les unes, comme les *kystes hydatiques*, ne peuvent guère être diagnostiquées, et, quand on les reconnaît, doivent être traitées comme les kystes séreux suppurés dont elle revêtent les caractères cliniques. Les autres sont des *tumeurs malignes*, et celles-ci sont absolument au-dessus des ressources de l'art. Leur destruction complète est le seul moyen dont l'efficacité temporaire soit démontrée. Mais, en présence des dangers qui accompagnent l'extirpation, en présence de la certitude d'une récidive ou d'une métastase, nous pensons qu'il vaudra mieux se borner à des cautérisations partielles; en détruisant avec les flèches caustiques les parties de la thyroïde où les lésions sont le plus avancées, on pourra peut-être rendre l'évolution du cancer à la fois plus lente et moins pénible pour celui qui en est atteint.

E. Une dernière indication se présente: le chirurgien est appelé non point pour s'opposer aux progrès de la tumeur, mais afin de parer aux accidents immédiats qu'elle provoque et surtout à la suffocation.

Si celle-ci n'est qu'imminente, si l'on a encore le temps d'établir un diagnostic avant d'agir, il faut tâcher de reconnaître si la dyspnée est due à une simple congestion ou à une thyroïdite: dans ce cas les émissions sanguines, les dérivatifs (ventouses sèches, frictions, douches froides, application de glace sur la tumeur) en ont parfois raison. S'il existe un abcès, on l'ouvrira largement: si un kyste fait une saillie très-considérable, on cherchera en le ponctionnant à diminuer la pression que le goître exerce sur les voies respiratoires. Enfin, si ce dernier appartenait à la variété des tumeurs plongeantes, on pourrait éprouver l'influence du déplacement.

Mais le plus souvent les accidents se présenteront avec une intensité qui ne permettra même pas de songer à ces divers moyens accessoires. L'indication formelle d'ouvrir une voie artificielle à la respiration qu'entrave la compression de la trachée, ne laisse alors plus d'autre alternative au chirurgien, et la *trachéotomie* est son seul recours.

#### IV. — MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Malgré le nombre assez considérable de monographies publiées sur les diverses maladies du pharynx et de l'œsophage, il n'existe dans la littérature médicale aucun ouvrage didactique traitant d'une manière spéciale de l'ensemble de ces maladies. Nous devons, cependant, mentionner une tentative dans ce genre de la part de Hamburger, qui a fait une étude toute particulière des affections de l'œsophage et a consigné

les résultats de ses recherches dans une série de *Leçons cliniques*. Celles-ci paraissent, toutefois, peu connues en France, malgré l'analyse étendue qui en a été faite par le docteur Hénocque.

HAMBURGER, *Klinik der Œsophaguskrankheiten* (*Medizinische Jahrb.*, Bd. XVIII, 1869; Bd. XIX et XX, 1870). — HÉNOCQUE, *Gaz. heb.*, 1870, n° 14, et 1872, n° 13.

#### EXPLORATION DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Les procédés d'exploration du conduit pharyngo-œsophagien ont été perfectionnés dans ces dernières années; quelques-uns même, d'invention récente et peu répandus parmi nous, mériteraient peut-être d'être plus souvent employés. Le docteur Sainte-Marie (1), qui a pris pour sujet de thèse l'étude des différents modes d'exploration de l'œsophage, range ces derniers dans trois catégories, suivant qu'ils sont empruntés aux sens du *toucher*, de la *vue* et de l'*ouïe*.

##### A. Exploration par le toucher.

Les procédés d'exploration fournis par le sens du toucher comprennent: a. la *palpation*; b. le *toucher digital*; c. le *cathétérisme*.

a. La *palpation* de la région cervicale antérieure permet souvent de reconnaître la présence d'un corps étranger volumineux, d'une tumeur.

b. Le *toucher digital* consiste dans l'introduction d'un ou plusieurs doigts enfoncés aussi profondément que possible dans l'arrière-gorge, pendant que la tête du malade est placée dans l'extension. Ce mode d'exploration n'est véritablement applicable qu'à la portion inférieure du pharynx et non à l'œsophage, puisque le doigt n'a guère plus de 7 à 8 centimètres et que la distance des incisives à l'orifice œsophagien est de plus de 13 centimètres. Par ce mode d'exploration on peut, néanmoins, se rendre compte de la présence d'un corps étranger ou d'une tumeur.

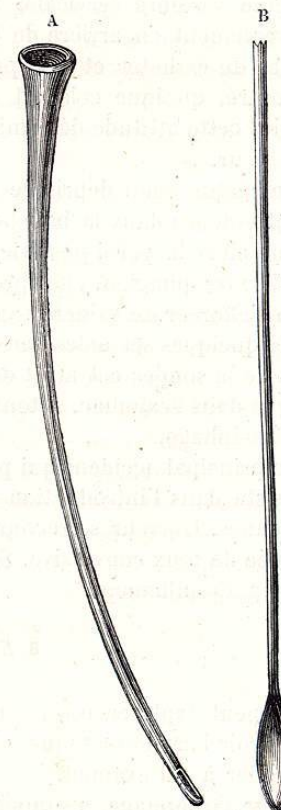


Fig. 23. — A, Sonde œsophagienne. — B, Sonde à bout olivaire.

(1) *Des différents modes d'exploration de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1875.