Choix des opérations. — D'une manière générale, les lésions anatomopathologiques sont le meilleur guide dans le choix des opérations qui sont à notre disposition. C'est ainsi que les goitres charnus, dits encore mous ou parenchymateux, ne peuvent être traités que par la thyroïdectomie, si l'on préfère une exérèse; que les goitres à noyaux fibreux ou kystiques encapsulés par le tissu thyroidien, - très communs, paraît-il, dans la région lyonnaise, en Alsace, en Suisse, - s'approprient admirablement à l'énucléation intra-glandulaire de Socin; que l'énucléation massive de Poncet convient plutôt « aux goitres les plus anciens, volumineux et polykystiques »; et que la ligature atrophiante des artères afférentes peut être réservée aux goitres vasculaires ou anévrismatiques. Quant à l'exothyropexie, si elle est franchement admissible pour les cas de goitre plongeant ou rétro-sternal, il est permis encore, croyons-nous, de ne pas abonder tout à fait dans le sens de ceux qui sembleraient vouloir généraliser cette opération; une réserve plus grande nous est peut-être commandée jusqu'à nouvel ordre, au même point de vue, en ce qui concerne la simple mise à l'air de l'organe.

OPÉRATIONS SUR LE CORPS THYROÏDE

Indications opératoires. — L'opération, quelle qu'elle soit, est indiquée : 1° d'urgence, lorsque le goitre menace de tuer par suffocation; 2° le plus tôt possible, lorsqu'il s'accompagne de symptômes extrêmement pénibles (dyspnée, dysphagie, etc.), lorsque son évolution fait craindre une transformation maligne (sarcome ou carcinome), et qu'il a résisté à tout traitement hygiénique et surtout pharmaceutique; 3° quelquefois, à titre purement esthétique, dans des cas justifiables et après explication nette des dangers courus.

Traitement médical. — Lorsqu'on n'a pas la main forcée par les événements, il faut se conformer à la règle traditionnelle, essayer de guérir le goitre par le traitement médical. C'est toujours la médication iodée de Coindet intus et extra, avec ses perfectionnements modernes, qui est d'abord mise en œuvre; si elle échoue en dépit d'un emploi consciencieux, on doit, à l'exemple de P. Bruns', de Kocher² et autres chirurgiens, soit s'adresser à l'opothérapie thyroïdienne, c'est-à-dire prescrire l'ingestion de thyroïdes fraîches de mouton ou de veau, soit recourir à l'usage d'extraits thyroïdiens. Sur 60 cas de goitres non cystiques, Bruns a obtenu 14 guérisons et 29 améliorations. L'iode et le traitement thyroïdien réussissent souvent contre le goitre parenchymateux, surtout au-dessous de vingt ans.

Mortalité opératoire. — Le succès possible du traitement médical est d'autant plus important à noter que la plupart des opérations dirigées contre le goitre sont réellement sérieuses, en dépit de tous les progrès de la technique et des pansements.

Nous savons bien que Roux (de Lausanne)3, sur 526 cas, n'a eu que

1, 3 p. 400 de mortalité, que son maître Kocher compte également à peine 1 p. 400 de mortalité sur 900 opérations personnelles et que Socin 1 a pu obtenir la mortalité si minime de 0,78 p. 100 sur 1.276 énucléations personnelles de goitres. Mais, dans la pratique générale, les revers sont certainement moins rares, et nous ne croyons pas nous éloigner beaucoup de la vérité en évaluant la mortalité actuelle à 5 ou 8 p. 400 (syncope, hémorragie primitive ou surtout secondaire, entrée de l'air dans les veines, toxhémie thyroïdienne, septicémie, etc.).

A. Thyroïdectomie — Soient une hypertrophie généralisée du corps thyroïde et l'ablation typique d'un seul lobe. L'autre lobe s'atrophie, d'ordinaire, après l'opération ².

Appareil instrumental:

Un bistouri droit et un bistouri boutonné;

Une pince à dissection;

Une sonde cannelée;

Une douzaine de pinces de Péan;

Des ciseaux mousses, droits et courbes;

Deux écarteurs mousses;

Une érigne-râteau;

Deux aiguilles de Deschamps, droite et gauche;

Fils à ligature et à suture; drains;

Aiguilles à suture.

Procédé. — Après anesthésie chloroformique (les Lyonnais préfèrent l'éther, Roux s'en tient à la cocaïne, Kocher la réserve avec la formule de Schleich à tous les cas compliqués de dyspnée grave), le cou étant étendu sur un rouleau ou seulement un petit coussin dur placé entre les épaules, diviser la peau, suivant le grand axe de la tumeur, ici en forme de croissant à concavité supérieure (Kocher) (fig. 762); cette incision transversale est aujourd'hui généralement préférée, elle laisse la cicatrice la moins apparente. Diviser ensuite au bistouri et par diérèse mousse les plans musculo-aponévrotiques plus ou moins minces qui doublent la peau, en réclinant ou en coupant entre ligatures les veines jugulaires qui se rencontrent sur le passage. Diviser transversalement en partie les muscles cléido-hyoïdien et sterno-thyroïdien, au besoin faire aussi une encoche transversale au muscle sterno-mastoïdien, du côté où l'on se propose d'enlever le lobe du corps thyroïde

Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie avec les crochets mousses, sectionner la mince couche de tissu conjonctif qui recouvre le lobe, c'est la capsule externe (enveloppe aponévrotique de J. Reverdin); introduire l'index dans la brèche capsulaire, et dénuder avec prudence toute la face antéroexterne du lobe, puis sa circonférence, et le luxer doucement en dehors, si

⁴ Bruns (Beitr. z. klin. Chir., p. 847, XII, 1894.

² Kocher (Corresp. f. Schweiz, nº 1, 1895).

³ Roux (Congr. fr. chir. Lyon, 1894, et Paris, 1898).

^{&#}x27; Rapport de J. Reverdin au Congr. fr. de chir. 1898.

² Jenny (Thèse de Lyon, 1893).

possible sans troubles respiratoires. Lier doublement et couper entre ligatures les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, très faciles à découvrir; puis, si

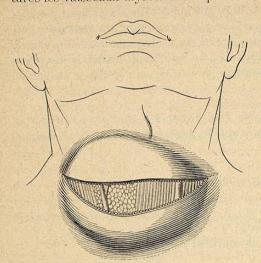


Fig. 762. - Thyroïdectomie; incision en cravate

elles existent, les veines thyroïdiennes moyennes; pendant que l'aide maintient luxé le lobe thyroïdien ou l'attire avec une érigne en haut, en avant et vers l'autre côté, reconnaître l'artère thyroïdienne inférieure, la voir bien isolée du nerf récurrent, et, en ce point, la couper, à son tour, entre ligatures. Lier aussi avec soin les veines thyroïdiennes inférieures qui vont au tronc veineux brachio-céphalique gauche. Lier, enfin, par transfixion l'isthme thyroïdien ou la partie qui en tient lieu, et le sectionner aux ciseaux en decà de la ligature 1.

Placer un drain au fond de la plaie, et le faire sortir par une ouverture spéciale de la peau; puis réunir les divers plans de tissus par une série de surjets au catgut, — y compris la peau si l'on a des raisons esthétiques pour l'emploi de la suture intradermique

Si la thyroïdectomie devait, par exception, être totale, on répéterait pour l'autre lobe les manœuvres qui viennent d'être exposées, sauf naturellement la ligature de

Le temps le plus dangereux et le plus difficile de l'opération est certainement la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, vu ses rapports intimes avec le récurrent et vu surtout sa profondeur lorsque la corne correspondante est hypertrophiée; cette dernière circonstance nous explique aussi certaines hémorragies graves qui ont lieu pendant ou après l'opération et qui tiendraient, selon nous, à l'hémostase imparsaite ou nulle des veines thyroïdiennes inféro-moyennes.

C'est pour tourner les périls et les difficultés de la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure que Mickulicz 2 a recommandé spécialement une thyoïdectomie partielle dans laquelle, après avoir lié les thyroïdiennes supérieures et dénudé les cornes supérieures ainsi que l'isthme, on lie simplement en masse les cornes inférieures et excise la partie sus-jacente du corps thyroïde.

Si, après l'ablation du corps thyroïde, on trouve la trachée ramollie et aplatie en forme de fourreau de sabre, comme cette disposition expose à des troubles respiratoires ou même à une syncope mortelle, il est prudent de faire la trachéotomie et de mettre une canule en place. Les longues canules de Poncet avec mandrin (fig. 763) sont alors très recommandables.

B. ENUCLÉATION INTRA-GLANDULAIRE (OU STRUMECTOMIE) DE SOCIN. — Procédé d'A. Reverdin 1. - Faire une longue incision linéaire suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en ajoutant, si cela devient nécessaire, au fur et à mesure des débridements latéraux; il faut, en tout cas, un jour suffisant.

Diviser une série de couches de tissu cellulaire très minces, transparentes et sillonnées de quelques vaisseaux qu'on lie avec soin, pour éviter « le jambonnage » de la plaie.

Ne pas prendre le tissu thyroïdien pour la tumeur elle-même, sans quoi on se trouverait amené à la thyroïdectomie, et non à l'énucléation.

Arrivé donc sur la grande thyroïde, la reconnaître d'abord à sa couleur rouge violacé et à sa surface sillonnée de larges vaisseaux rubanés; puis, pour arriver à la tumeur, faire une boutonnière au tissu thyroïdien, autrefois méconnu et décoré du nom de capsule. C'est bien une capsule, si l'on veut, mais une capsule glandulaire. La boutonnière doit être large; on coupe les vaisseaux entre pinces.

Procéder alors à l'énucléation de la tumeur, avec la spatule ou mieux le

doigt, en la séparant des parois auxquelles elle adhère d'une façon plus ou moins intime. « Pour cela, marcher rondement, car, dès le début de l'énucléation, l'hémorragie commence, et elle ne peut être réprimée que lorsque

celle-ci sera achevée. » La tumeur enlevée, — à travers le sang qui remplit le sac thyroïdien, un peu au hasard, saisir vivement le fond du sac avec une pince et l'attirer à soi pour voir les vaisseaux qui donnent; il faut en moyenne une douzaine de ligatures; au besoin, on tamponne la cavité avec de la gaze².

Si tous les noyaux n'ont pu être enlevés par la même ouverture, ouvrir la glande du côté opposé et l'évider jusqu'à ce qu'il ne reste plus que du

Placer un drain, qui sort en un point spécial de la peau, et suturer complètement celle-ci à la soie.

Si l'on reconnaît, au début de l'opération, que la tumeur fait corps avec le tissu thyroïdien de façon inséparable, ce qui arrive surtout après les néfastes injections

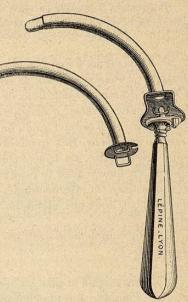


Fig. 763. - Longues canules à trachéotomie de Poncet.

⁴ La simple section de l'isthme, sans ligature préalable, donne quelquefois beaucoup de sang; témoin le cas de Quénu (Soc. chir., 10 févr. 1897), qui a dû transformer l'opération en la thyroïdectomie totale.

² Mickulicz (Wien. med. Woch., 2 janv. 4886); Trzebicki (Lang. Archiv., 4888).

⁴ A. Reverdin (Congr. fr. de Chir., p. 639, 1891). Voy. aussi de Prelles, th. Lyon, 1892. ² Dans un cas de Schwartz, pour arrêter le sang, il a fallu saupoudrer le tampon de gaze avec de l'antipyrine (Soc. chir., 3 mars 1897).

interstitielles, on est nécessairement obligé de renoncer à l'énucléation pour la thyroïdectomie ou pour une autre opération telle que l'exothyropexie.

Pour assurer l'hémostase après l'énucléation, on peut laisser quarante-huit heures un tampon de gaze dans la cavité, ou imiter Poncet qui préfère adosser les surfaces cruentées par une série de surjets de catgut.

Quelquefois, à la place de vrais noyaux, on tombe sur des kystes hématiques ou des kystes proliférants à parois minces qu'il est impossible d'énucléer : on les incise alors et on pratique le curage méthodique.

C. Enucléation massive de Poncet ¹. — Dans les cas où cette opération est pratiquée (Poncet en a fait 28 sur plus de 100 interventions thyroïdiennes et Tédenat ² 13 sur 25 opérations de goitre), le tissu glandulaire, atrophié par la distension des kystes, n'est guère représenté que par une couche lamelleuse très mince, sauf au niveau du hile vasculaire supérieur où il a encore une certaine épaisseur. Dès qu'on est arrivé sur la tumeur après l'incision de la coque glandulaire, on trouve facilement un plan de clivage qui permet de séparer en bloc d'avec le tissu thyroïdien toute la masse kystique. Ici, pas plus que dans la strumectomie de Socin, on n'a d'artères thyroïdiennes à lier, et c'est là ce qui distingue surtout les énucléations de la thyroïdectomie

La suture finale hémostatique de la poche se fait comme dans l'opération précédente.

D. Exothyropexie et mise a l'air du goitre (Jaboulay). — L'exothyropexie, ainsi que l'indique son appellation, consiste à luxer la glande en dehors à travers une incision et à l'y fixer. Poncet l'a présentée, en son nom et au nom de Jaboulay, à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, en mars-février 1894, en donnant le résultat de 14 opérations. Depuis, elle a été pratiquée un grand nombre de fois à Lyon, et a été l'objet de publications nombreuses.

Procédé de Poncet³.—1^{er} temps: Découverte de la glande.— « Faire une incision médiane allant du cartilage cricoïde jusqu'à la fourchette sternale, mais après avoir provoqué le gonflement de la veine jugulaire antérieure par la compression afin d'éviter et de récliner ce vaisseau; au besoin, l'isoler et le couper entre deux pinces hémostatiques. Puis, inciser la ligne blanche dans toute sa longueur; on arrive dans les couches cellulaires préthyroïdiennes. Avec les doigts agrandir, dilater cette ouverture médiane; récliner muscles et aponévroses à droite et à gauche, au-devant de la couche lamelleuse lâche préthyroïdienne. Avec les doigts seuls dénuder et isoler le goitre, en les glissant peu à peu jusque sur les limites des lobes latéraux; pour cela, au besoin, se donner des facilités en sectionnant transversalement la peau et les plans aponévrotiques sous-jacents.

« 2º temps : Luxation de la glande. — Luxer maintenant les lobes latéraux, mais l'un après l'autre et non pas ensemble. Passer le doigt à peu près derrière le milieu du bord externe du lobe, pour ne pas se rapprocher des cornes et risquer la déchirure des vaisseaux; puis l'attirer entre les lèvres de la plaie.

« Tel est le manuel opératoire pour l'hypertrophie bilatérale ou unilatérale.

« S'il s'agit de l'hypertrophie médiane inférieure (goitre plongeant), après avoir fait l'incision médiane des téguments jusqu'à la couche celluleuse préthyroïdienne, glisser les index à droite et à gauche du lobe rétrosternal et l'attirer à l'extérieur sans jamais aller jusqu'à sa face postérieure où l'on déchirerait les veines; ne jamais passer, non plus, les doigts entre le lobe et le sternum sous peine de provoquer l'asphyxie en aplatissant dayantage la trachée.

« Pour le pansement, dans les deux cas, placer des lanières de gaze dans la rigole intermédiaire aux téguments et aux lobes luxés, et couvrir l'organe avec d'autres compresses de gaze, puis du coton. »

Les lanières de la rigole sont enlevées définitivement le quatrième jour-Quant à la plaie, on comprend qu'il faut beaucoup de temps, pour la cicatrisation complète: près de trois mois dans l'observation publiée par Albertin¹.

L'exothyropexie ne remédie pas seulement aux phénomènes immédiats de dyspnée occasionnés par le goitre; mais aussi, à la longue, elle entraîne souvent son atrophie plus ou moins considérable.

« Du reste, ainsi que Jaboulay l'a fait remarquer, cette atrophie n'est point particulière à l'exothyropexie, elle peut être obtenue par une opération beaucoup plus simple encore, « la mise à l'air du goitre ² », lorsque l'intervention n'a rien d'urgent ou de pressant.

« Une fois arrivé sur le goitre, on se contente de le dégager des parties voisines avec les doigts recourbés en crochet, mais sans le déplacer et en évitant, à cause des vaisseaux, de se rapprocher des cornes supérieures et inférieures. Pansement à plat au moyen de couches de gaze stérilisée, placées de telle façon que la plaie reste béante pour favoriser l'écoulement ultérieur de sérosité. » (A Rivière.)

E. LIGATURE ATROPHIANTE DES ARTÈRES THYROIDIENNES. — La ligature de ces artères est une opération rationnelle et susceptible de donner d'excellents résultats lorsque le chirurgien se propose simplement d'obtenir l'atrophie lente du goitre, ou lorsque l'élément vasculaire prédomine dans sa structure générale. Wölfler, le premier³, l'a préconisée d'une manière toute spéciale. Billroth, Rydygier, Kocher, Trendelenburg et autres chirurgiens l'ont également pratiquée plusieurs fois. On lie les quatre artères dans la même séance, ou en deux séances distinctes.

⁴ Poncet (Acad. de méd., 20 oct. 1896), et A. Rivière, Loc. cit., p. 24, 1896.

² Tédenat (Congr. fr. de chir., p. 526, 1898).

³ Poncet (Soc. chir.. 28 mars 1894, p. 304).

⁴ Albertin (Arch. prov. de chir., p. 42, 1895).

² Vov. Goujon. Th. Lyon, 1895.

³ Wölfler (Wien. med. Woch., p. 1013-1052, 1886); Rydygier (Ibid., p. 163-165, 1888).

Cette méthode, malgré tout, n'a trouvé que peu de partisans, à cause de la difficulté parfois extrème qu'on éprouve à aborder les artères inférieures chez les goitreux, et à cause des lésions graves du voisinage auxquelles expose leur ligature isolée. Elle conviendrait surtout à la forme vasculaire ou télaugiectasique du goitre ordinaire; certains chirurgiens, comme Kocher, la réservent encore au goitre exophtalmique. Elle a donné 12 p. 100 de mortalité entre les mains de Wölfler.

II. - Goitre exophtalmique.

Opérations directes. — « En 1880, nous dit Tillaux¹, se présentait dans mon service une jeune femme de vingt-sept ans, en proie à de violentes palpitations, à de la dyspnée, et ne voyant plus assez clair pour travailler à l'aiguille; elle présentait une tumeur du corps thyroïde, du volume d'un gros citron. Beaucoup de médecins l'observèrent, et chacun prononça le nom de goitre exophtalmique. J'hésitais beaucoup à l'opérer, car cette opération n'était pas acceptée en France, et aucun chirurgien de notre temps ne l'avait pratiquée. Je me décidai cependant, et je montrai à l'Académie, quelques semaines plus tard, cette femme complètement débarrassée de tous ses accidents. Elle est restée guérie depuis cette époque.

L'année d'après, en mai 1881, je présentai à la Société de chirurgie un homme d'une trentaine d'années, atteint d'une énorme tumeur du corps thyroïde. On y constatait des battements dans certains points, du bruit de souffle; les yeux étaient tellement saillants qu'ils paraissaient sortir de l'orbite; cet homme ne pouvait plus ni avaler nirespirer, et réclamait du secours. Je demandai l'avis de mes collègues sur la possibilité d'une intervention. La plupart, diagnostiquant un goitre exophtalmique, repoussèrent bien loin toute idée d'opération, quelques-uns la conseillèrent. Je l'opérai en présence de plusieurs collègues, et en particulier de M. Esmarch: ce malade guérit, et tous les accidents disparurent. »

Ce sont là les deux opérations mémorables qui ont vraiment inauguré, du moins en France, le traitement chirurgical du goitre exophalmique. Tillaux avait agi parce qu'il croyait à la compression mécanique des vaisseaux et nerfs du cou. Sa théorie était fausse, ainsi qu'il l'a déclaré lui-même récemment à la Société de chirurgie; mais sa hardiesse et son habileté n'en ont pas été moins profitables à l'art.

Depuis, en effet, un grand nombre d'opérations analogues ont été pratiquées en France (A. Dubrueil, Poncet, Jaboulay, Ch. Audry, Tuffier, Lejars, Schwartz) et surtout à l'étranger (Wölfler, Kocher, Mickulicz, etc.). On a eu recours le plus souvent à la thyroïdectomie partielle et à l'énucléation. D'une manière générale — quelles que soient les idées nouvelles qu'on puisse se faire du rôle pathogénique de la grande thyroïde dans la maladie de Basedow

(auto-intoxication par hypersécrétion primitive de Mœbius et Renaut, ou par sécrétion anormale d'origine réflexe), — on peut dire que les résultats opératoires ont été satisfaisants, beaucoup moins satisfaisants cependant que pour le goitre vulgaire!

Ainsi la statistique d'Allen Starr¹, qui porte sur 190 cas de goitres exophtalmiques soumis à l'opération, nous indique d'une part 74 guérisons et 43 améliorations, mais, d'autre part, 23 morts (12 p. 100 environ). Celle de Kinnicutt², sur 187 cas, nous signale aussi 67 guérisons et 47 améliorations, mais 13 morts (7 p. 100), et 25 cas restent inconnus.

Ce qui frappe dans ces chiffres, c'est celui de la mortalité. Starr a fait remarquer que la mort est survenue souvent à bref délai après l'opération, sans qu'on pût incriminer autre chose qu'un empoisonnement aigu dû à la suractivité fonctionnelle de la thyroïde : cette suractivité se manifeste déjà, nous dit-il, après le simple examen clinique du goitre, par l'augmentation de l'excitabilité nerveuse et des battements cardiaques.

Lejars ³, Tuffier ¹, Poncet ⁵ sont revenus récemment, à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, sur la question si importante de la toxicité des produits thyroïdiens dans le goitre exophtalmique; le premier de ces chirurgiens a notamment perdu une jeune fille de dix-huit ans, quelques douze heures après une opération tout à fait irréprochable, brusquement, au milieu de phénomènes d'agitation et de dyspnée qui n'avaient eu rien d'inquiétant. Nous avons nous-même perdu, de mort subite, sans cause connue, le jour même de l'opération (thyroïdectomie unilatérale), un malade affecté de goitre exophtalmique. Il y a donc une toxhémie thyroïdienne avec laquelle il faut compter dans la vraie maladie de Basedow, et qu'il faut prévenir (Tuffier), autant que possible, en manipulant la glande avec douceur, et en cautérisant ses surfaces de section; la cautérisation empêche l'inoculation de la plaie opératoire par le suc thyroïdien.

La connaissance de ces faits nous oblige à une grande prudence; celle des faits suivants nous y oblige également. C'est, d'abord, la disparition du syndrome basedowien après une myomectomie abdominale (Picqué), après une ablation annexielle abdominale (Bouilly), après une hystérectomie vaginale (Bouilly); c'est aussi l'atténuation considérable des symptômes après une laparo-myomectomie (Tuffier). C'est, enfin, la guérison de maladies dites encore de Basedow, à la suite d'interventions sur les fosses nasales et même d'interventions simulées.

Les opérations thyroïdiennes (excision, énucléation, ligatures artérielles, exothyropexie, simple mise à l'air) n'en restent pas moins, de par l'expérience acquise, comme les moyens les plus efficaces que nous ayons encore de guérir ou d'améliorer notablement le goitre exophtalmique, caractérisé

¹ Tillaux. Traité de chir. clinique, I, p. 454, 1887.

A. Starr (Med. New, I, 421, 1896).

² Kinnicutt (N.-York M. Rec., april 16, 1896).

³ Lejars (Soc. chir., 10 févr. 1897).

^{*} Tuffier (Ibid., 3 mars 1897).

Poncet (Acad. de méd., 14 sept. 1897).