

## **Contribution à l'étude de la thyroïdectomie / par Camille Moreau.**

### **Contributors**

Maurane, Camille.  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Bruxelles : F. Hayez, imprimeur, 1890.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/bvv2aqxg>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>



ROYAUME ROYAL

CONT

L'ETUDE DE L

le P

CHIEF DE BUREAU CENTRAL

LE GOUVERNEMENT DE L'ALGERIE

1912



ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

---

23

# CONTRIBUTION

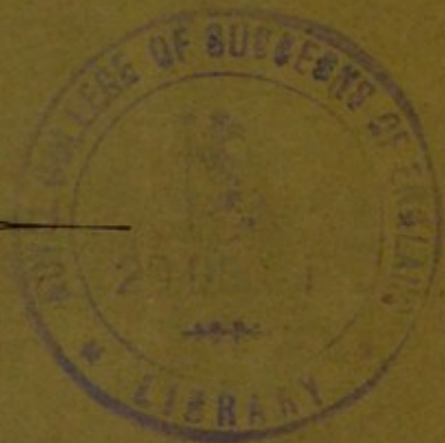
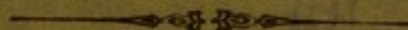
A

# L'ÉTUDE DE LA THYROIDECTOMIE

PAR

le D<sup>r</sup> CAMILLE MOREAU,

CHEF DE SERVICE CHIRURGICAL A L'HÔPITAL DE CHARLEROI.

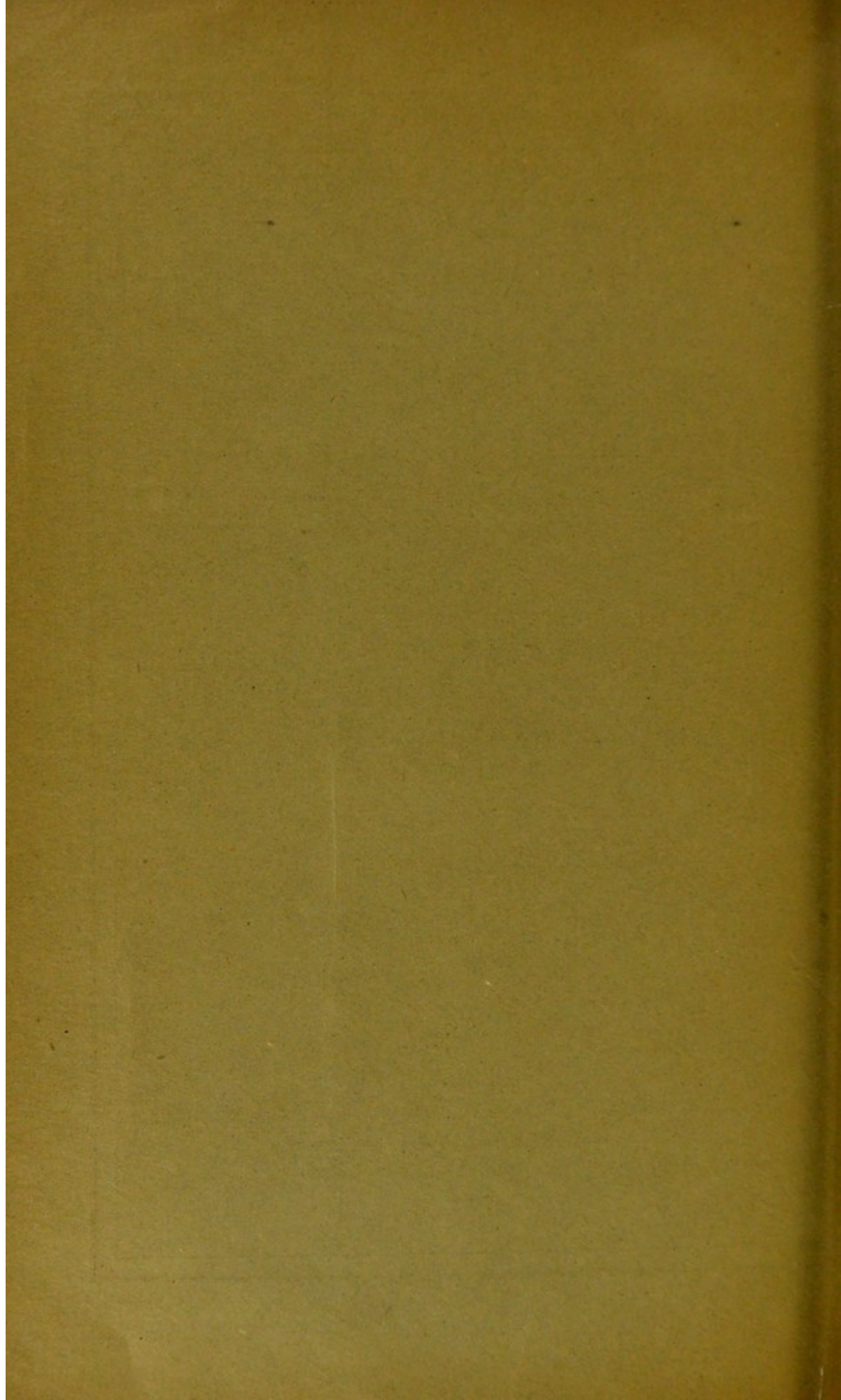


BRUXELLES,

F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

RUE DE LOUVAIN, 108.

—  
1890





HOMMAGE DE L'ACADÉMIE

*D<sup>r</sup> Camille Moreau*

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

---

# CONTRIBUTION

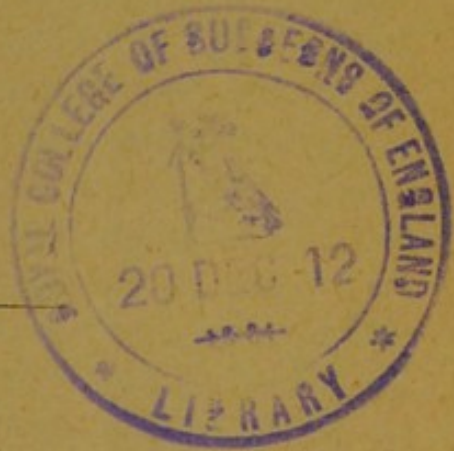
A

# L'ÉTUDE DE LA THYROIDECTOMIE

PAR

le D<sup>r</sup> CAMILLE MOREAU,

CHEF DE SERVICE CHIRURGICAL A L'HÔPITAL DE CHARLEROI.



BRUXELLES,

F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

RUE DE LOUVAIN, 108.

—  
1890





**CONTRIBUTION à l'étude de la thyroïdectomie; par le Dr Camille MOREAU, chef du service chirurgical à l'hôpital de Charleroi (1).**

Il ne peut plus guère être question, aujourd'hui, d'entrer dans de longs développements pour justifier la thyroïdectomie. Il est des cas de sténose trachéale si directement sous la dépendance de l'influence constrictive du goitre, qu'il se trouve comme indication vitale d'enlever la tumeur.

Il est permis de croire que cette opinion ne peut plus être discutée avec quelque apparence de raison. Nous sommes loin du temps où Velpeau pouvait adresser à Roux un blâme sévère, que ratifiait à deux reprises différentes la Société de chirurgie, en rejetant l'ablation du corps thyroïde (2).

Cette opération est, je crois pouvoir le dire, admise par tous les chirurgiens de notre époque.

Où l'opinion n'est pas aussi unanime, c'est à propos du choix du procédé opératoire.

Pour ce qui concerne l'extirpation totale, nous pouvons la considérer comme définitivement condamnée, à cause des accidents éloignés qu'elle produit et qui sont connus sous le nom de cachexia strumipriva. Jacques et Auguste Reverdin, de même que Bruns et surtout Kocher, ont suffisamment démontré, par l'examen des résultats définitifs de l'extirpation complète du corps thyroïde, que celle-ci aboutit presque toujours au myxœdème opératoire. Horsley a même pu produire expérimentalement cette affection, souvent mortelle, sur des singes auxquels il avait fait la thyroïdectomie complète. Plus récemment, Rogowitch (3), par des expériences pratiquées sur des chiens et des chats, a montré que les animaux auxquels on a enlevé le corps thyroïde en une fois, ou en deux fois à intervalles éloignés, ont donné une mortalité de 88,50 %. Si quelques-uns, du reste, ne meurent pas et par exception ne gagnent pas la cachexie, c'est sans doute qu'ils possèdent une glande thyroïdienne accessoire, ou bien encore que l'hypophyse, qui se développe fortement chez le lapin après

(1) Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, année 1890.

(2) FOLLIN. *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 221.

(3) ROGOWITCH. *Archives de physiologie*, 1888.



la thyroïdectomie, suppléerait aux fonctions du corps thyroïde absent.

C'est donc à bon droit que désormais l'extirpation radicale est et restera abandonnée.

Dès lors, tous les efforts se sont dirigés vers la recherche d'un procédé opératoire ayant pour but d'amener la régression de la tumeur, ou d'en enlever une partie seulement, en partant du principe qu'il faut en extirper une portion suffisante pour écarter les causes d'accidents, mais, d'autre part, en laisser des fragments qui puissent accomplir les fonctions importantes, mais peu connues encore, dévolues à l'organe tout entier.

Je ne m'appesantirai pas sur l'avantage qu'il y a, à ce propos, à ne devoir enlever qu'une moitié du goitre, quand l'autre moitié, soit à cause de son peu de volume, soit à cause des conditions particulières de son développement, peut être laissée sans danger. Je ne parlerai pas non plus des cas où la glande envoie un lobe plus ou moins considérable derrière le sternum, et où il est seulement nécessaire d'extirper cette partie pour enlever la compression et parer ainsi à tout danger de mort.

Ces deux ordres de circonstances donnent les chances les plus favorables de réussite et ont dû contribuer largement à édifier les statistiques réellement brillantes de la thyroïdectomie. Car il n'est pas sans intérêt de rappeler ici l'expression par laquelle Maurice Jeannel (1) semble rassurer les chirurgiens sur le sort des opérés, quand il affirme que, d'après ses propres recherches, comprenant 519 cas comptés à partir de l'ère antiseptique, soit depuis 1877, il a trouvé 88 morts, soit 17 %; que, par conséquent, la thyroïdectomie est plus grave que l'amputation de la jambe, qui donne une mortalité de 10,4 %, et moins grave que l'amputation de la cuisse dont la mortalité, d'après Poinsoy, est de 30,5 %.

Les méthodes employées peuvent être rangées en trois catégories :

1° *Ligature des artères afférentes.* — Elle a pour but d'amener la dénutrition relative de la tumeur et par suite son atrophie, en ligaturant les artères nourricières. Comme le fait remarquer notre distingué confrère Léo Warnots (2), de Bruxelles, dans une cli-

(1) MAURICE JEANNEL. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. V, p. 847.

(2) LÉO WARNOTS. *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, t. LXXXVII, p. 729.



nique récente qu'il donna à l'hôpital Saint-Pierre, sous les auspices de M. le professeur Tirifahy, c'est Wölfler qui, dans la *Wiener medic. Wochenschrift* (1), a remis en honneur ce procédé ancien préconisé par Von Muys en 1629 et mis à exécution par Blizzard en 1813 et par V. Walther en 1817, celui-ci avec succès, Blizzard, au contraire, ayant perdu son malade. Remarquons que ces chirurgiens liaient seulement l'artère thyroïdienne supérieure. Cette opération fut pratiquée trente et une fois, mais la plupart du temps avec insuccès complet. Aussi l'on s'est demandé dans la suite s'il ne fallait pas, pour obtenir un résultat plus certain, lier tout à la fois et l'artère thyroïdienne supérieure et l'artère thyroïdienne inférieure. En 1850, Porta se trouva bien de cette double ligature. Puis, comme le dit Hans Schmidt (2), auquel j'emprunte ces détails, il y eut une pause de trente-six ans. Alors Wölfler, après des recherches sur des chiens, pratiqua la double ligature sur un homme de 23 ans, atteint d'un goitre volumineux et souffrant d'une dyspnée intense. Comme la partie droite de la glande était la plus développée, c'est sur les artères de ce côté que porta la ligature. La disparition des accidents fut si rapide et la diminution du goitre déjà si grande après sept mois, qu'il fut inutile de pratiquer l'opération de l'autre côté. Wölfler pense que le danger de gangrène du goitre existe à peine par la ligature des quatre artères thyroïdiennes, si l'on a soin surtout de ne pas lier les veines en même temps. L'apport du sang par les artères capsulaires suffit, en effet, pour empêcher la nécrose de l'organe.

Le professeur Rydygier (3), de Cracovie, a publié, en 1888, douze cas qu'il a opérés par la ligature des artères afférentes. Seulement une fois il s'est contenté de la ligature des artères d'un côté. Dans les onze autres opérations, il a ligaturé les quatre vaisseaux en même temps. En 1889 (4), le même auteur ajoute à sa statistique quatre nouveaux cas, et décrit une modification, dans le procédé de ligature, qu'il croit de nature à faciliter notablement la tâche du chirurgien et à donner, en outre, des résultats très favorables au point de vue de l'esthétique. Les conclusions de Rydygier, à propos des résultats obtenus sur les différentes

(1) 1836, nos 29 et 30.

(2) HANS SCHMIDT. *Centralblatt für Chirurgie*, 13<sup>e</sup> année, p. 703.

(3) RYDYGIER. *Wiener med. Wochenschrift*, nos 49 et 50.

(4) RYDYGIER. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n<sup>o</sup> 14, p. 241.



formes de tumeurs thyroïdiennes, par la méthode dont il s'agit, sont les suivantes :

- a. Les formes dures et serrées se prêtent mal au traitement.
- b. Celui-ci n'agit pas sur les productions kystiques.
- c. Il réussit surtout bien quand il s'agit de goîtres de nature parenchymateuse.
- d. L'effet obtenu sur les tumeurs malignes est peu marqué et de courte durée.

Contrairement à l'opinion émise par Warnots (1), que l'on n'est pas encore suffisamment fixé, quant aux résultats ultérieurs, au point de vue de la cachexie strumiprive, Rydygier, qui a pu observer ses opérés assez longtemps, considère cette cachexie comme devant être écartée des suites de l'opération qui vient d'être décrite.

2<sup>o</sup> *Méthode d'énucléation.* — La seconde méthode qui doit fixer l'attention est l'énucléation des parties malades comprises dans la glande, tout en respectant le tissu sain. Déjà depuis longtemps, Julliard, Rottmann, Burckhart et d'autres avaient appliqué cette méthode à l'extirpation des kystes du corps thyroïde. J. Reverdin en avait même agi de cette façon, en 1883, pour l'énucléation d'une tumeur solide enchâssée dans le corps thyroïde. C'est cependant à Socin, de Bâle, que revient l'honneur d'avoir généralisé la méthode à l'extirpation des tumeurs non kystiques du corps thyroïde. Son assistant privé, M. le Dr C. Garré (2), a publié, à ce sujet, un travail fort intéressant. La méthode de Socin est basée sur le fait anatomo-pathologique constant *que les parties malades de la glande se présentent sous forme de noyaux circonscrits qui toujours sont séparés du tissu sain de l'organe par une capsule plus ou moins épaisse.* Si, lors de l'opération, l'on a soin de se tenir à la limite naturelle ainsi formée, l'énucléation réussit. La difficulté est de trouver sûrement cette capsule.

L'avantage de cette méthode, dit Garré, consiste en ce que l'extirpation du goitre, toujours difficile, est transformée, on peut l'affirmer, en une opération facile et sans danger. Aucune hémorragie importante n'est à redouter pendant ni après l'opération ; puis, il est impossible de léser les nerfs récurrents, puisqu'on

(1) LÉO WARNOTS. *Loc. cit.*

(2) GARRÉ, *Centralblatt für Chirurgie*, n<sup>o</sup> 45, 1886, p. 769.



se trouve dans la tumeur. Socin a pratiqué cette opération environ cinquante fois. Jamais il n'a rencontré de cas de tétanie ni de cachexie strumiprive. Enfin, les résultats, au point de vue esthétique, ne laissent rien à désirer, quand on les compare à ceux qui sont liés à l'extirpation totale ou partielle.

E. Müller (1), dans un travail publié en 1886, sous le titre : *Ueber die intrakapsuläre Exstirpation der Kropfcysten*, s'appuyant sur huit cas de kystes du corps thyroïde, se déclare très partisan de la méthode d'énucléation. Les kystes opérés par E. Müller variaient, en volume, de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une tête d'enfant. Schwartz (2) reconnaît également avoir eu de bons résultats de la méthode dans cinq cas de kystes opérés par lui. Je crois, en effet, que, pourvu que l'on ait quelque expérience de ces circonstances spéciales, on ne peut, lorsqu'elles se présentent, que s'applaudir vivement de l'énucléation. Il y a quelques mois, j'eus l'occasion d'enlever, à l'hôpital de Marchienne, avec mes confrères Lefebvre et Dugauquier, un noyau plus ou moins kystique, du volume d'un petit œuf de poule, se trouvant à la partie antérieure du corps thyroïde, chez un jeune homme de 25 à 30 ans. En suivant exactement les limites de la capsule, l'extirpation se fit peu à peu, très aisément, et sans perte de sang, pour ainsi dire. Les suites de l'opération furent des plus simples.

Mais en est-il toujours de même? Faut-il partager l'optimisme de Garré? Il me semble permis d'en douter. Les difficultés, qu'il signale du reste dans son travail, peuvent être considérables pour trouver la capsule. Or, en ne la trouvant pas, on s'expose à fouiller le goitre à l'aveugle, à marcher sans direction, à l'aventure, et à s'exposer à des opérations inachevées, ou qui doivent être terminées au plus vite par une extirpation totale. Le professeur Bose (3), de Giessen, tout en se ralliant à l'opération de Socin, dit qu'elle répondrait à toutes les exigences si, dans certaines circonstances, son exécution ne devait entraîner les plus grandes difficultés. Pour Bose, ces difficultés dérivent surtout de ce que l'hémorragie colorant les tissus uniformément empêche de reconnaître exactement la capsule, quand, pour arriver jusqu'à elle, on

(1) E. MÜLLER. *Brun's Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen*, Bd. II, Heft 4, p. 77.

(2) SCHWARTZ. *Revue de chirurgie*, décembre 1888.

(3) BOSE. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 4, p. 4.



est obligé d'inciser une couche épaisse de tissu glandulaire. Aussi, a-t-il recherché le moyen de faire une hémostase préventive et d'opérer ainsi à l'abri de tout écoulement sanguin. Son procédé ingénieux permet d'arriver à ce résultat. Toutefois, à la lecture qu'on en fait dans le travail de l'auteur, il paraît difficile d'admettre que la pratique soit aussi simple que la théorie. Quoi qu'il en soit, sans vouloir être aussi exclusif que Warnots et dire que ce procédé n'est malheureusement applicable qu'aux goitres kystiques, je crois pourtant que la méthode de Socin ne peut pas être appliquée aux cas où tout le corps thyroïde est dégénéré.

3<sup>o</sup> *Méthode de résection.* — Enfin, arrive la troisième méthode, celle de la résection. Comme je le disais plus haut, elle a pour but de n'enlever qu'une partie plus ou moins importante de la glande. Évidemment, il ne faut pas compter comme des résections les cas où, sans le vouloir, le chirurgien, poursuivant l'extirpation totale, abandonne çà et là quelque reste de la tumeur. Cependant, comme l'a rapporté Caselli, de Gênes, à la sixième réunion de la Société italienne de chirurgie tenue à Bologne en avril 1889 (1), les fragments heureusement oubliés peuvent encore fonctionner et préserver les opérés des accidents généraux graves qui sont souvent consécutifs à l'extirpation trop complète du corps thyroïde. Pourtant Weinlechner (2), dans une communication à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne, dit, en rapportant une opération faite par lui, qu'à dessein, afin d'éviter la cachexie strumiprive, il a respecté quelques nodules du goitre.

Mon intention ici est de parler seulement des résections réellement voulues, entreprises par principe et avec méthode, telles que peuvent être considérées spécialement celle de Hahn et celle de Mikulicz.

Le procédé de Hahn consiste d'abord à lier les deux thyroïdiennes supérieures, et à saisir dans une pince spéciale les thyroïdiennes inférieures et l'artère de Neubauer. La glande étant ainsi exsangue, on incise la capsule du goitre et on en enlève peu à peu des tranches avec des ciseaux, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'une petite portion de chaque côté. Les pinces restent à demeure pendant vingt-quatre heures.

(1) *Semaine médicale*, 1889, p. 124.

(2) *Semaine médicale*, 1889, p. 159.



Quant à la méthode de Mikulicz, pour éviter des redites, je la décrirai complètement, en faisant la relation d'un cas en face duquel je me suis trouvé récemment. Qu'il me suffise, en ce moment, de dire que le procédé a pour but de laisser de chaque côté, quand on fait la résection des deux moitiés, deux petites masses, sous forme de pédicules, logées dans l'angle compris entre la trachée et l'œsophage, et que, mis en œuvre avec prudence et en suivant toutes les recommandations de l'auteur, il semble un des plus faciles à réaliser. La statistique présentée par R. Trzebicky (1), dans un travail intitulé : *Weitere Erfahrungen über die Resektion des Kropfes nach Mikulicz*, est tentante. Sur vingt-trois opérés, abstraction faite de trois patients dont il n'a pas été possible d'avoir des nouvelles, un seul a succombé à une hémorragie post-opératoire de l'artère thyroïdienne supérieure. Tous les autres jouissaient d'une guérison complète et d'une bonne santé.

L'époque de l'opération remontait, pour 8 cas, de 2 à 3  $\frac{3}{4}$  ans ; pour 5 cas, de 1 à 2 ans ; pour 6 cas, de  $\frac{1}{2}$  à 1 an.

*Même dans un cas de maladie de Basedow, tous les symptômes de cette affection disparurent d'une manière durable, après la résection du goitre.*

On n'observa, du reste, dans aucun cas, ni récurrence, ni cachexie, ni tétanie.

Cinq fois une moitié du goitre fut extirpée et l'autre réséquée. Neuf fois l'opération porta sur un seul côté, neuf fois sur les deux moitiés.

De tels résultats sont certainement encourageants et inspirent une grande confiance. Aussi, comme, chez la malade qui m'était confiée, il fallait extirper le plus possible de la glande, ne voyant d'ailleurs pas l'occasion de pratiquer le procédé de Socin, je n'hésitai pas à recourir à la méthode de Mikulicz.

Comme on le verra, la tentative fut malheureuse ; mais je regretterais de ne pas publier cette observation, car je suis convaincu que les revers servent autant, si pas plus que les succès, la cause de la vérité scientifique, en contribuant surtout à donner la note juste dans une question et à ramener telle ou telle méthode à une valeur que l'enthousiasme pourrait exagérer.

D'autre part, il ne suffit pas de considérer une opération en

(1) R. TRZEBICKY. *Archiv. für klin. Chirurg.*, Bd. XXXVII, pp. 498 à 510.



elle-même. Il faut aussi tenir grand compte des conditions inhérentes aux patients qui doivent la subir. L'âge, la constitution, le degré et la durée de l'affection, les modifications qui ont été entraînées par elle dans l'organisme sont autant d'éléments qu'on ne saurait négliger, si l'on veut porter un pronostic aussi certain qu'il est possible de le faire.

C'est dans l'espoir que l'observation qu'il m'a été donné de recueillir ne sera pas sans quelque utilité à ces différents points de vue, et pourra peut-être contribuer à l'avancement de l'importante question de la thyroïdectomie, que je prends la confiance de la soumettre à l'Académie de médecine, persuadé que la savante Compagnie ne jugera pas comme des hors-d'œuvre l'étude par laquelle j'ai commencé mon travail, non plus que les détails circonstanciés que j'ai cru devoir apporter dans l'exposé de mon opération.

**Observation.** — *Goitre parenchymateux volumineux. — Dyspnée prononcée. — Résection de la glande par la méthode de Mikulicz. — Mort trente-six heures après l'opération.*

Vers le commencement du mois de décembre dernier, j'étais appelé à Fontaine-l'Évêque par mes excellents confrères Bourguignon et Thomas, pour visiter avec eux la nommée B..., Hortense, âgée de 16 1/2 ans. Je trouvai cette jeune fille dans une petite chambre basse, encombrée de meubles, mal chauffée et mal aérée. Elle était assise dans un fauteuil et savait à peine respirer. A une grande distance on entendait un cornage prononcé. La patiente s'exprimait difficilement, non que la voix fût altérée, mais à cause de la gêne respiratoire. Sa figure était quelque peu violacée; la dyspnée qui persistait depuis longtemps avait entraîné un état manifestement asphyxique. Pendant la nuit, elle supportait difficilement la position horizontale. Le thorax devait être fortement relevé par une pile de coussins, et, malgré cela, de nombreux accès de suffocation s'étaient présentés à plusieurs reprises. Le danger était évident. A chaque instant, la mort pouvait arriver. En cherchant la cause de cet état alarmant, je trouvai qu'il était dû, comme mes confrères l'avaient reconnu du reste, à la présence d'un goitre suffocant. Une tumeur volumineuse s'étalait au-devant du cou et se prolongeait profondément de chaque côté, sous les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Elle subissait les mouvements d'élévation du larynx pendant la déglutition. Il était impossible de la mouvoir transversalement, ni de la relever à la manière dont Bonnet chercha quelquefois à diminuer la pression exercée sur la trachée. Nulle part ne se percevait de fluctuation. La palpation donnait une sensation de tissu mou et de consistance égale partout. Aucune gêne ne s'était jamais manifestée du côté de l'œsophage; la voix n'avait changé qu'un peu de timbre. La tumeur



était devenue manifeste depuis dix-huit mois environ, c'est-à-dire depuis l'époque où les menstrues s'étaient établies.

Le diagnostic fut celui de *goitre parenchymateux*, ayant entraîné une déformation de la trachée.

Laisser la malade dans cet état, c'était certainement courir au-devant d'un dénouement fatal à bref délai. Quelle était la conduite à tenir? Tenter une trachéotomie provisoire, afin d'améliorer l'oxygénation du sang? Ce fut l'avis exprimé par l'un de nous. Or, sans compter que cette opération préliminaire eût été fort difficile, en raison de l'extension de la tumeur en tous sens, qu'elle eût dû, en tout cas, prendre des proportions considérables et ne reculer que de quelque temps une intervention radicale, nous étions d'avis que la patiente pourrait retirer un bénéfice égal en étant placée, pendant quelques jours, dans un milieu respiratoire plus favorable. De cette façon, elle obtiendrait une certaine amélioration de son état général, et nous serions plutôt autorisés alors à recourir directement à la thyroïdectomie. Nous tenions compte en même temps de l'opinion émise par Maurice Jeannel qui, dans le travail déjà cité, s'exprime en ces termes : « En résumé, la trachéotomie ne doit être pratiquée, avant ou pendant l'opération, qu'au cas d'accès de suffocation menaçants pour la vie. Elle constitue, en réalité, une aggravation considérable, puisque, d'après les statistiques, les trois quarts des opérés qui ont dû subir la trachéotomie, succombent à la septicémie. En effet, l'existence de la canule au milieu de la plaie, non seulement rend l'antisepsie illusoire, mais encore permet l'introduction de liquides septiques dans le poumon. »

Dans ces circonstances, et d'ailleurs d'accord avec mes confrères, je décidai la jeune fille à entrer dans mon service, à l'hôpital de Charleroi, tout en exprimant cependant aux parents la crainte de voir succomber la patiente au cours de l'opération, tant son état était misérable.

B..., Hortense, entra à l'hôpital le 12 décembre. Comme la peau du cou était altérée par un vésicatoire que l'on y avait placé, j'attendis, pour l'opération, le 18 suivant. Quelques accès de suffocation s'étaient encore reproduits pendant les nuits que la malade avait séjourné à Charleroi; mais l'état général s'était un peu relevé, grâce aux meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles elle se trouvait. L'opération fut pratiquée avec l'aide de mes amis et collaborateurs habituels, MM. Miot, Wauthy, Évrard, Van Gersdaele, Ferminne, Bourguignon et Thomas.

La salle d'opération était convenablement chauffée pour éviter le *shok* autant que possible. Il en était de même de la table, dans les parois de laquelle se trouvait de l'eau chaude. La patiente avait été chloroformée dans une salle voisine.

La peau du cou et de la poitrine est soigneusement désinfectée au moyen d'un lavage à l'eau savonneuse, puis à l'acide phénique à 5 % et enfin à l'éther.

Je pratique une incision médiane intéressant uniquement la peau, partant de la fourchette sternale et remontant jusqu'à l'os hyoïde, puis se continuant obliquement vers la gauche, un peu en haut et en arrière, jusqu'à l'extrémité



du même os. J'incise ensuite le peaucier et l'aponévrose sur la sonde cannelée, en ayant soin de saisir entre deux pinces les vaisseaux, avant de les rencontrer avec mon bistouri. J'agis de même pour les petits muscles de la région médiane du cou qui étaient fortement tendus, étalés et amincis à la surface de la tumeur. J'arrive ainsi sur la capsule. Le lacis veineux superficiel n'y était pas fort développé. Au moyen d'instruments mousses et surtout de la pointe des doigts, j'isole cette capsule du tissu lâche environnant. Faisant rétracter le sterno-mastoïdien en dehors, je plonge sous le muscle à la recherche de la corne supérieure de la moitié gauche du goitre. Cette extrémité remontait très haut; mais je parvins pourtant à l'attirer et à la dégager. Je plaçai sur les vaisseaux thyroïdiens supérieurs une ligature double en catgut n° 3, que je serrai très exactement et j'incisai entre les deux. En suivant le bord externe de la tumeur, je trouvai quelques tractus qui lui étaient adhérents et que je sectionnai aussi entre deux ligatures. J'en arrivai ainsi à la corne inférieure, que je dégageai au moyen des doigts, de façon à bien voir les vaisseaux afférents. Je liai ceux-ci le plus loin possible en dehors, de façon à éviter le nerf récurrent. Je plaçai une pince de Péan sur le bout périphérique et coupai le pédicule entre la pince et la ligature.

La tumeur étant soulevée vers le haut au moyen d'un gros fil passé en travers, je pus dégager l'isthme de la glande, et après l'avoir isolé de la trachée, au moyen de la sonde cannelée, je passai autour de lui, avec l'aiguille de Deschamps, une double ligature en fort catgut, et le sectionnai entre les deux fils.

Au moyen d'une aiguille analogue à celle qui sert au pédicule du kyste de l'ovaire, je passai alors un double catgut n° 4 à la partie la plus reculée de la portion de la glande encore adhérente dans l'angle situé entre la trachée et l'œsophage, et je ligaturai ce pédicule absolument de la même manière qu'on a coutume de le faire pour le pédicule des tumeurs abdominales. La résection de la moitié gauche du goitre fut alors aisément faite au moyen de quelques coups de ciseaux à un demi-centimètre au-dessus de la ligature. Il restait de la tumeur gros comme un œuf de pigeon.

La résection de la moitié droite se fit de la même façon, mais beaucoup plus facilement, car outre que j'avais refait aux téguments une incision oblique libératrice analogue à celle de l'autre côté, l'espace laissé libre, par l'enlèvement de la première moitié, rendait toutes les manœuvres beaucoup plus aisées. J'abandonnai à droite de la trachée un fragment de la tumeur triple à peu près de celui que nous avons laissé à gauche.

Pendant toute l'opération, la respiration n'avait pas été trop fortement troublée. La narcose conduite avec les plus grands soins par M. le Dr Wauthy fut réellement au-dessus de toutes nos espérances.

La quantité de sang perdue fut presque nulle. Une fois l'enlèvement du goitre achevé, nous voyons la trachée aplatie complètement dans le sens latéral et *légèrement tordue sur son axe vers la droite*. La respiration n'est guère améliorée; mais il n'existe plus de compression, et nous avons l'espoir que, si quelques jours se passent sans accidents, la pression atmosphérique rendra peu à peu à la trachée ses dimensions normales.



Nous désinfectons la plaie au moyen d'acide phénique à 5 % que nous enlevons rapidement, nous suturons les tissus profonds à l'aide de catgut, et la peau au moyen de fils de soie. A l'angle inférieur de la plaie, nous introduisons deux drains, l'un remontant vers la partie supérieure de la perte de substance, l'autre descendant à l'origine du médiastin. Puis nous appliquons un pansement iodoformé habituel.

La patiente est alors reportée dans son lit. L'opération a duré une heure et demie.

La tumeur entière, soit dit en passant, dont les deux lobes étaient de volume égal et dont l'isthme mesurait 3 centimètres de largeur pesait 300 grammes. Sa structure est celle des adénomes kystiques.

Dans le courant de la journée, B... se plaint de douleurs vives au niveau du champ opératoire. Elle parle à voix basse. Elle boit bien, n'a pas de vomissements. Les accès de suffocation se représentent à trois reprises différentes, à l'occasion de quintes de toux. Le soir, même état. La température est de 39°,5; le pouls à 128. Pendant la nuit, la malade a le délire. Elle dort peu, elle est excitée. Le matin du jour suivant, l'état paraît s'être fortement amélioré. Les joues sont plus roses. B... nous répond à *voix haute*; elle accuse encore quelques douleurs dans la plaie, mais elle sourit et demande à manger. Température 39°; pouls 120. La miction s'accomplit bien. Les urines ne présentent rien d'anormal. La journée se passe assez bien. La respiration pourtant ne s'améliore pas. Le soir venu, l'agitation reparait; B... veut se lever, s'en aller. Elle réclame à manger. Quelques accès de suffocation se reproduisent. A ma visite du soir, vers 8 heures, je constate une température de 40°,5, un pouls à 184. La respiration est irrégulière, en ce sens qu'entre trois et quatre mouvements respiratoires complets, il existe une pause assez longue. Ce n'est pas le type de Cheyne-Stock, mais il y a quelque chose de comparable à cette anomalie. En ce moment cependant, la malade parle encore très bien, sourit et espère. Après mon départ, l'agitation reprend le dessus. Malgré l'attelle que nous avons placée sous la tête et les épaules, et que nous avons fixée de manière à empêcher tout mouvement de latéralité et de flexion du cou, j'avais, par surcroît de précautions, recommandé vivement aux gardiens de maintenir la tête dans l'immobilité. Vers 11 heures survint encore une quinte de toux provoquée par les mucosités qui, à certains intervalles, s'amassaient dans la trachée. Cette quinte provoqua un violent accès de dyspnée dont notre pauvre malade ne put sortir cette fois. La mort arriva ainsi brusquement.

Le lendemain, j'inspectai le pansement qui n'était souillé que d'une petite quantité de sérosité sanguinolente. Aucun des drains n'était obturé. Les lèvres de la plaie déjà agglutinées ne montraient aucune réaction. Dans la profondeur tout paraissait en voie de réunion par première intention. Il n'existait ni un caillot de sang, ni une goutte de pus. Je ne pus pratiquer l'autopsie, mais j'enlevai le larynx, la trachée, l'œsophage, ainsi que les deux restes du goitre. Je ne trouvai rien d'anormal que ce que nous avons déjà constaté, à savoir l'aplatissement transversal de la trachée. Celle-ci a véritablement la forme d'un fourreau de sabre. Les arcs sont tout à fait écrasés.



La lumière du conduit aérien représente une fente à grand diamètre antéro-postérieur mesurant à droite 2 centimètres, à gauche 1  $\frac{1}{2}$  centimètre. Le diamètre transversal mesure en arrière 3 millimètres et 4 millimètres en avant. Il est à peu près certain qu'il n'y a pas eu la moindre distension depuis l'opération. Pourtant les deux petits fragments du goitre ne pouvaient plus subir l'action des sterno-mastoïdiens et continuer la compression.

Je savais à la vérité que Kocher, dans le but de rétablir le calibre normal de la trachée a recommandé de passer un catgut dans les deux côtés opposés latéralement d'un anneau de la trachée et de serrer les deux bouts du fil par un nœud sur la partie antérieure de l'organe. Je n'ai pas eu recours à ce moyen afin de ne pas prolonger le temps de l'opération, et parce que j'avais l'espoir que l'obstacle à la distension de la trachée ayant disparu, le diamètre qui jusque-là avait servi à la vie pourrait encore suffire quelque temps et se rétablir progressivement. Je doute cependant que j'eusse pu obtenir, en suivant le conseil de Kocher, un résultat beaucoup meilleur.

La grande élévation de température, la fréquence du pouls, le délire, la toux et les accès de suffocation apportèrent autant d'éléments d'insuccès.

Quoi qu'il en soit de la cause de ces phénomènes, l'hémostase a été complète, les nerfs n'ont pas été lésés, aucune complication grave ne s'est produite ni dans la plaie, ni du côté du médiastin, ni du côté des poumons. Certainement la mort est due à la suffocation. C'est un cas qui ressemble à celui de Wolff, rapporté dans une statistique de Franck, où une malade de 17 ans opérée par lui mourut au bout de trente heures, à la suite de dyspnée.

Certainement la méthode de Mikulicz que nous avons suivie exactement et de point en point ne donne pas toujours la grande sécurité que Trzebicky lui attribue. Quand spécialement il s'agit de sujets jeunes et atteints de déformation considérable de la trachée, le pronostic doit être singulièrement obscurci, surtout si l'on a affaire à une tumeur aussi volumineuse que celle que présentait B... et dont l'extirpation doit brutalement apporter des modifications considérables dans la circulation des centres nerveux. A mon sens, il faudrait conseiller l'intervention beaucoup plus tôt, et peut-être, au lieu de la résection, adopter la méthode de Wölfler pour provoquer d'abord l'arrêt dans l'accroissement de la tumeur et ensuite son atrophie.

---



