



CONTRIBUTION  
A L'ÉTUDE  
DE L'ÉNUCLÉATION  
ET  
DE L'EXTIRPATION PARTIELLE  
DU GOITRE

THÈSE INAUGURALE

PAR

PIERRE MITROVICH

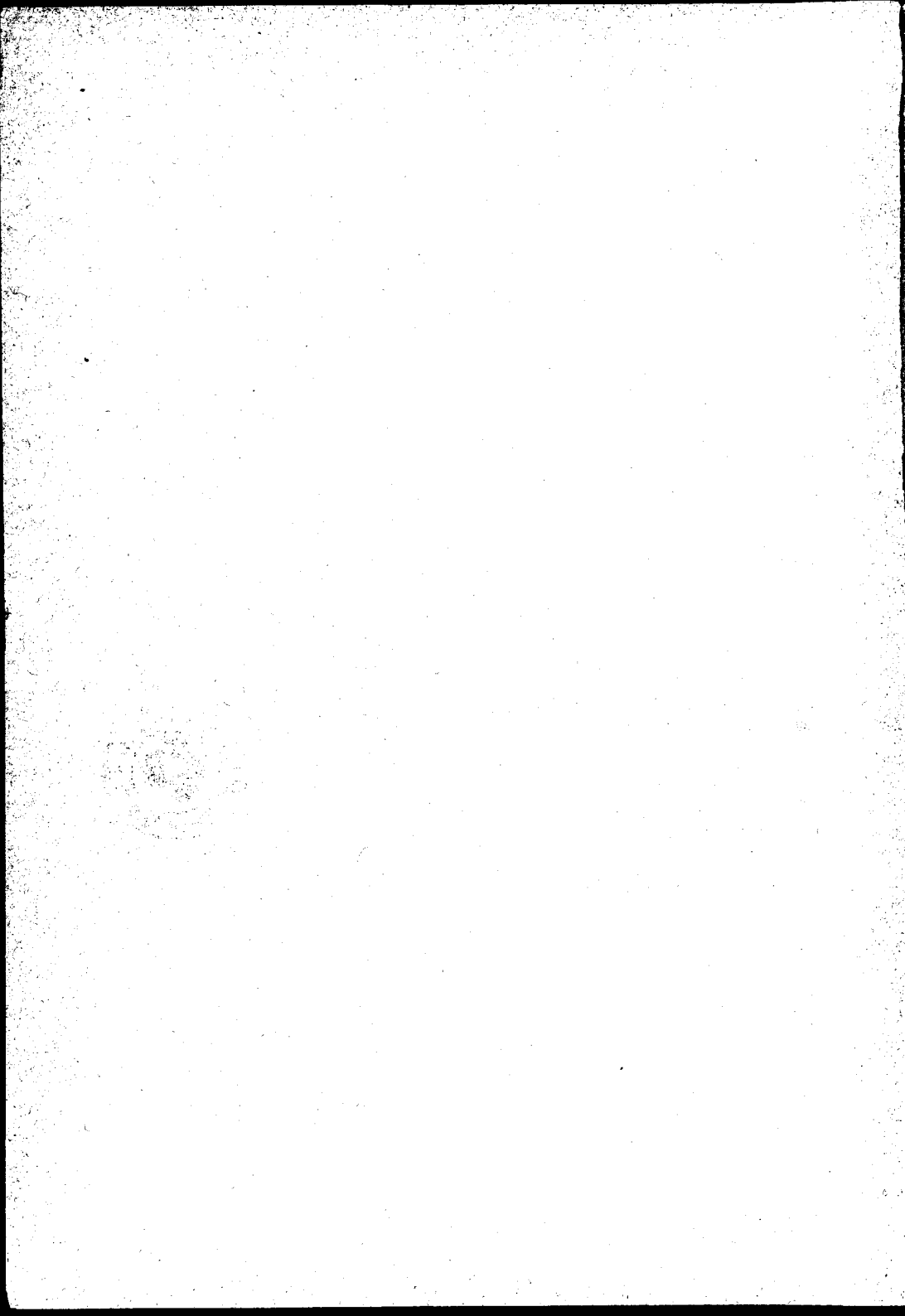


GENÈVE

IMPRIMERIE F. TAPONNIER

Route de Carouge, 19

1894



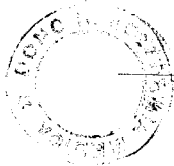
CONTRIBUTION  
A L'ÉTUDE  
DE L'ÉNUCLÉATION  
ET  
DE L'EXTIRPATION PARTIELLE  
DU GOITRE

---

THÈSE INAUGURALE

PAR

PIERRE MITROVICH



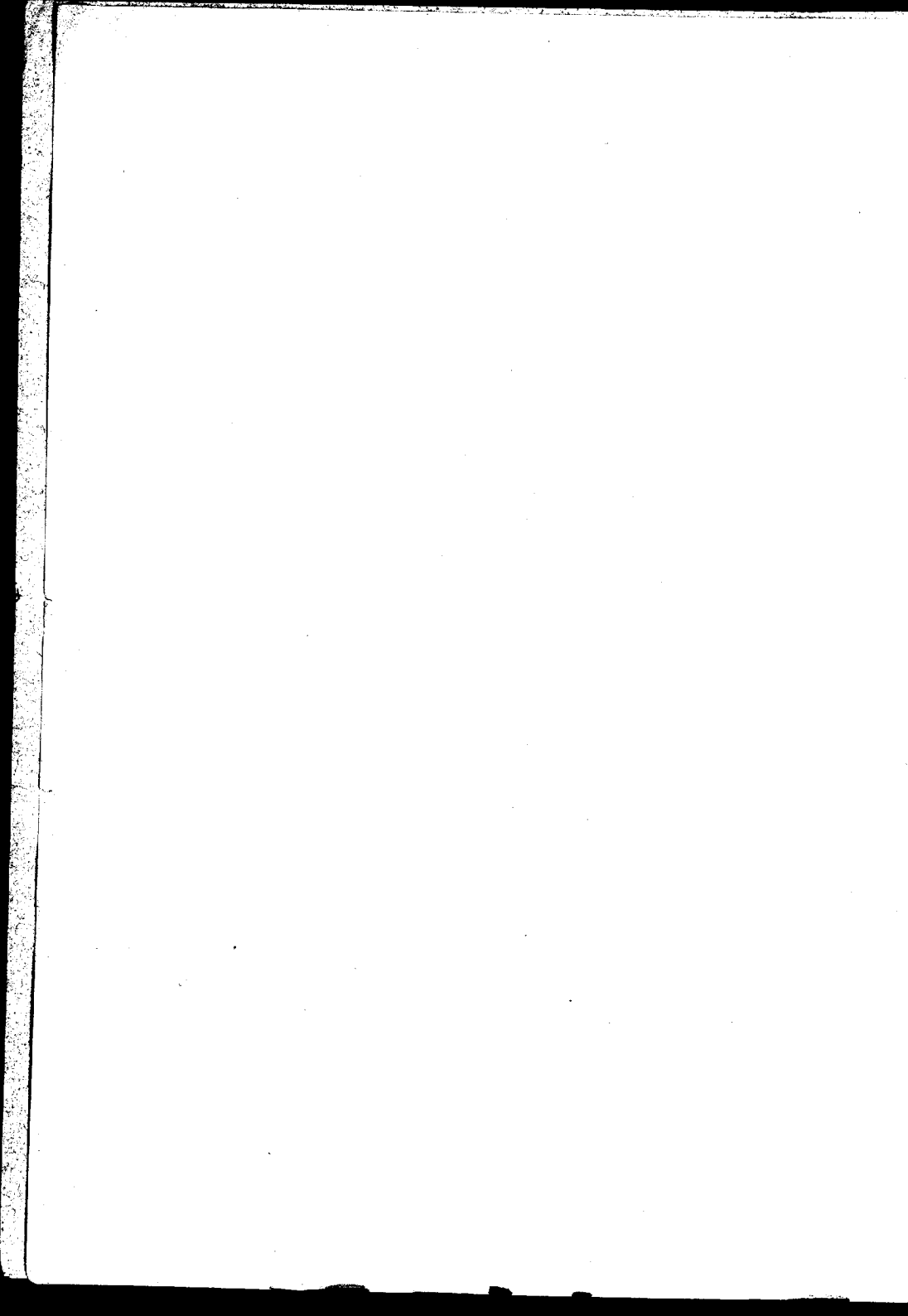
---

GENÈVE

IMPRIMERIE F. TAPONNIER

Route de Carouge, 19

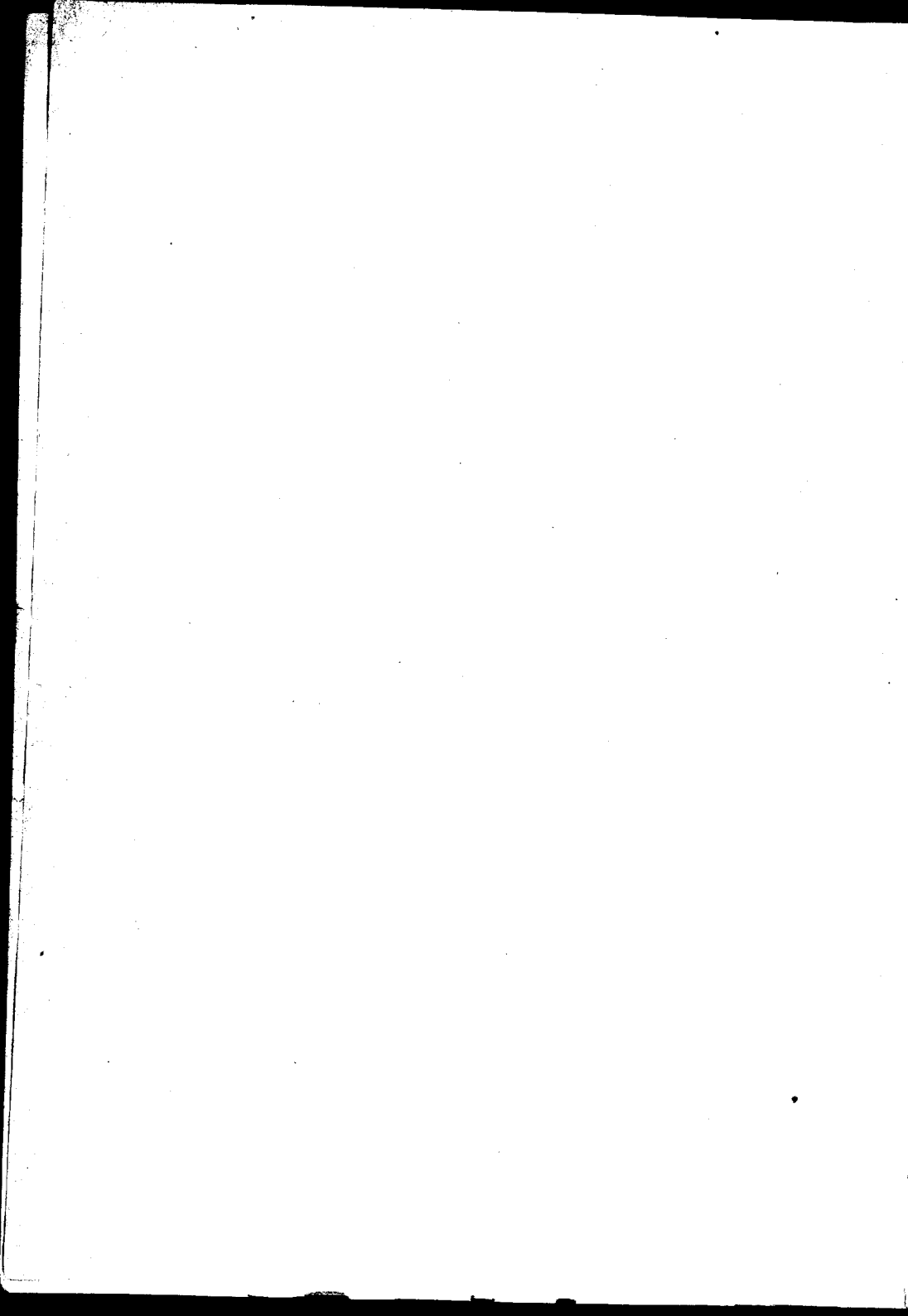
1894



*À ma Mère*

*À mon Oncle Santo Phillipovich*

*Témoignage de reconnaissance de l'auteur*



*A Monsieur le Professeur*

*J.-L. Reverdin*

*Mon cher Maître,*

*Veillez considérer comme un faible témoignage de ma reconnaissance ce modeste travail, que je me permets de vous dédier, et pendant le cours duquel vous n'avez cessé de me prodiguer vos précieux conseils. Soyez indulgent, je vous prie, pour ses erreurs, car vous savez, mon cher Maître « Ars longa » et « judicium difficile ».*

P. MITROVICH.

Genève, Juillet 1894.

*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la  
présente Thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion  
sur les propositions qui y sont énoncées.*

*Genève, le 7 Octobre 1894.*

Le Doyen,

*G. JULLIARD.*

## PREMIÈRE PARTIE

---

### I. Introduction et historique

Parmi les questions qui ont le plus passionné les disciples d'Esculape de tout temps et qui les passionnent encore, celle du goitre mérite certes d'occuper le premier rang. Son traitement, son étiologie encore obscure, ont donné lieu à bien des dissertations ; la question du goitre est en effet des plus anciennes.

Celse, mort l'an 38 de notre ère, en parle, tout en confondant, il est vrai, les goitres avec d'autres tumeurs de la glande thyroïde et « *sed scalpeli curatio brevior est* », ajoute cet auteur, après avoir passé en revue leur traitement médical. Les écrivains du moyen âge commentent la même confusion que Celse, et il faut arriver à Fabrice de Hilden (1560-1634), médecin suisse, pour trouver exactement rapporté un cas d'extirpation de goitre. La mère d'une jeune fille atteinte de goitre, croyant que cette « difformité » pouvait empêcher son mariage, sollicita Hilden de l'opérer, qui refusa, craignant « l'hémorrhagie » et la « perte de la voix ». Un charlatan s'en charge ; il opère avec un « rasoir ». Le résultat était facile à prévoir.

Nous sortirions du but que nous nous sommes proposé si nous voulions passer en revue les nombreux procédés préconisés, et dont la plupart n'offrent plus qu'une valeur purement historique. Nous pouvons considérer d'une manière générale que le traitement du goitre a passé par deux phases, d'ailleurs mal délimitées. Depuis le moyen âge, et jusqu'à 1860, la majorité des chirurgiens était favorable aux méthodes palliatives, nous dirons volontiers aux méthodes d'atерmoieinent. La plupart des chirurgiens n'intervenaient « le scalpel à la main » que « *si occasio præceps* » ; naturellement, dans ces conditions, le résultat n'était pas brillant ; on cherchait plutôt à faire disparaître le goitre par de petits moyens. De véritables tentatives chirurgicales se faisaient par-ci par-là ; des chirurgiens comme Foreston, Fulvius, Ghurli, Walter, pratiquaient l'extirpation ; mais ces audacieux étaient rares, et ceux-ci, tout en rapportant leurs succès, n'osaient pas se donner comme exemples. Wiehmann s'écriait que c'était vouloir couper la gorge à quelqu'un que de lui extirper un goitre ; il ne fallait songer qu'avec horreur à ces entreprises téméraires. Dieffenbach surenchérisait. En 1850 encore, nous voyons des chirurgiens comme Roux, qui faisait part à l'Académie française d'un cas heureux, s'excuser devant les reproches de Velpeau en disant qu'il avait opéré à son corps défendant. Béguin, à la même époque et à la même occasion, rapporte un succès, tout en désapprouvant l'opération.

Cependant, les audacieux augmentent, les succès deviennent de plus en plus nombreux. « *Facta loquuntur.* » Lücke, Billroth, Bruns, Rose, Mayor, les Reverdin, Kocher, chacun offre un respectable contingent d'opé-

rations suivies de succès, et les progrès de l'antisepsie et de l'hémostase aidant, les plus timides se laissent entraîner.

Dans cette seconde période, les timides sont en minorité, on opère, on opère même pour des raisons purement esthétiques, ce qui, entre parenthèses, doit être désapprouvé ; et, partant de ce principe que plus l'ablation d'une tumeur est complète, moins elle offre de chances de récurrence, chaque chirurgien s'efforçait d'extirper le goître totalement, bien entendu le goître parenchymateux. C'était l'apogée de l'extirpation totale. Les choses en étaient là lorsque, le 13 septembre 1882, M. J.-L. Reverdin faisait part à la Société médicale de Genève des accidents, jusqu'alors inconnus, se manifestant après quelque temps, trois à quatre mois environ, chez des opérés de goître ayant subi l'extirpation totale. En septembre 1882, il parlait également de ses observations à Kocher ; ce dernier, à la suite de cette communication orale, revoyait ses anciens opérés et, en avril 1883, dans une communication détaillée faite à la Société des chirurgiens allemands, confirmait les faits signalés par J.-L. Reverdin. Kocher se serait aperçu, en 1874 déjà, qu'une de ses opérées avait présenté, quelque temps après l'opération, des modifications notables de l'intelligence et du caractère, mais il n'a pas tiré des conséquences pratiques, puisqu'il avait continué à pratiquer l'extirpation totale, en janvier 1883 encore.

Il fut donc constaté que l'extirpation totale du goître devenait cause, dans un avenir plus ou moins éloigné, d'accidents inconnus jusqu'alors et qui étaient bien faits pour donner à réfléchir aux opérateurs et modérer leur ardeur.

Nous ne faisons que citer en passant certains accidents, les uns immédiats, les autres consécutifs, et qui ne sont pas seulement particuliers à ce mode opératoire. Parmi les premiers, nous mettons l'hémorrhagie, si redoutée des anciens, et qui fut pendant longtemps l'argument le plus irréfutable contre l'opération. La suffocation qui, quoique bien souvent peut être évitée par une narcose prudemment conduite, n'en survient pas moins, dans certains cas heureusement rares, par le fait même de la narcose, qui semblerait jouer là le rôle d'une cause occasionnelle. Parmi les seconds, plus spéciaux à l'extirpation totale, nous avons la tétanie, certains troubles psychiques cités par Kocher, Wölfler, mais dont l'étiologie pathogénique n'est pas bien claire et les observations à l'appui fort rares.

Les faits constants et confirmés par plusieurs chirurgiens, sont les accidents signalés par le professeur J.-L. Reverdin, et ayant une connexion non moins constatée avec l'extirpation totale de la glande. Ajoutons que, selon quelques auteurs, l'extirpation totale n'est pas fatalement suivie de myxœdème. A quoi d'autres objectent que l'extirpation, dans ces cas, n'a pas été complète et que le chirurgien a dû, à son insu, laisser une partie de la glande, un lobule aberrant, et que l'extirpation réellement totale est fatalement suivie des accidents myxœdémateux. Kocher est de cette opinion. On conçoit qu'il est bien difficile de trancher la question. Cependant, à la suite d'une extirpation partielle (2 cas : J.-L. Reverdin), les mêmes accidents ont été signalés à la suite même d'une résection de l'isthme et atrophie consécutive des deux lobes latéraux. Le professeur J.-L. Reverdin, frappé de la similitude de ces

symptômes avec ceux de la maladie signalée pour la première fois par W. Gull, et appelée cachexie pachydermique par Charcot, et myxœdème par Ord, a proposé de l'appeler myxœdème opératoire. Kocher donna à cette maladie le nom de *cachexia stumipriva* ; cette dernière appellation est, dirons-nous, par trop fatidique ; elle n'est nullement applicable dans tous les cas, et ceux qui ont présenté de ces symptômes ne sont pas fatalement destinés à une cachexie, soit que les symptômes myxœdémateux, très légers, ne durent qu'un laps de temps relativement court et disparaissent sans autre, soit qu'ils guérissent par suite de récurrence.

C'est en général deux ou trois mois après son opération que l'opéré éprouve une faiblesse généralisée, les jambes n'ont plus leur solidité antérieure, les membres supérieurs sont devenus maladroits. Le malade est pâle, anémique, et, chose curieuse, l'anémie suit une marche parallèle avec les symptômes concomittants. Est-elle la cause ou le résultat de ces symptômes ? Le facies est celui d'un brightique sans albuminurie, et l'œdème « solide » ; le doigt par la pression ne marque pas d'empreinte. La physionomie n'a aucune expression « *facies crétinoïde* ». Le malade nous dit alors que sa mémoire devient faible ; sa parole est lente. Il éprouve une sensation de froid, tantôt générale, tantôt localisée dans certaines parties du corps. La peau est sèche, parce que la sécrétion sudorale est supprimée, la peau des mains et des pieds devient ichthyosique. D'autres symptômes plus rares, tels que la suppression de la faim et de la soif, ont été signalés. C'est sous cette forme que le myxœdème se présente au complet, mais il peut revêtir également une forme fruste, et un ou

plusieurs de ces symptômes faire défaut. La marche de la maladie peut être ou progressive ou entrecoupée de périodes de rémission ; dans les cas légers, les symptômes s'amendent et le malade reprend sa santé antérieure.

Ces faits, signalés pour la première fois en 1882, ont été confirmés par plusieurs observateurs, et le tableau clinique de la maladie est actuellement au complet. Quant à sa pathogénie, la question n'est pas encore tranchée. Un fait est constant, l'atrophie du corps thyroïde et son ablation totale mènent au même résultat, cachexie pachydermique dans le premier cas, myxœdème opératoire dans l'autre. L'extirpation totale fut donc mise à l'index et on l'a remplacée par des opérations qui, jusqu'alors, les unes, étaient reléguées au second plan comme :

L'énucléation ;

L'extirpation partielle ;

d'autres, depuis longtemps tombées en désuétude :

« Ligatures artérielles » ;

« Extirpation de l'isthme ».

Enfin Mikulicz, partant de l'idée de Bäümgartner que le myxœdème est dû à une névrite ou une dégénérescence du recurrent, à la suite des tiraillements ou blessures, a proposé :

La résection.

Sur ces trois derniers modes opératoires, ne possédant aucune observation, nous ne pouvons pas émettre d'opinion sur leur valeur ; nous nous bornerons à leur consacrer une description succincte. Ceci fait, nous décrirons les procédés d'énucléation et extirpation partielle, et nous rapporterons trente-quatre observations,

toutes appartenant à M. le professeur Reverdin. Comparer les résultats, tant immédiats que tardifs, de ces deux modes opératoires, nous a semblé d'une certaine utilité.

## II. Ligatures artérielles

L'idée première de cette opération est due à Ch. Lange, mais c'est sir W. Blizard qui l'a mise le premier en pratique.

Walher (1814), Coates, Earle (1827), Green, Chelius, Porta (1852), l'ont également pratiquée, souvent avec succès. Ces auteurs, au dire de Boursier, n'auraient fait que des ligatures partielles, et non l'opération décrite par Velpeau dans son manuel de médecine opératoire, c'est-à-dire ligature de toutes les artères thyroïdiennes.

La fréquence des hémorrhagies a fait que ce procédé est tombé complètement en désuétude.

Il y a quatre ou cinq ans, Billroth, Wölfler, Weinedimer, ont essayé de faire revivre ce procédé. Les observations publiées sont fort rares, pour notre part, n'en ayant aucune à notre disposition, nous ne pouvons pas nous prononcer sur sa valeur. Il est fort possible qu'avec les procédés antiseptiques dont nous disposons on a pu éviter les inconvénients de ce procédé, et la connaissance plus exacte de la topographie des artères thyroïdiennes rendre plus facile son exécution. Il nous paraît cependant difficile, sinon impossible, d'arriver à une suppression complète de la circulation artérielle, et en admettant qu'on y parvienne, est-on sûr qu'une



circulation collatérale ne s'établit pas? L'idée de ces auteurs a été d'éviter les accidents myxœdémateux ou autres signalés à la suite de l'extirpation totale ou partielle, mais il n'est nullement prouvé qu'ils y soient parvenus.

### **III. Extirpation ou résection de l'isthme**

Extirpation, dit Wölfler, si l'isthme est en contiguïté avec les lobes latéraux, résection s'il est en continuité. Voici, selon le même auteur, les indications de ce mode d'intervention :

1° Si l'isthme est réellement grossi.

2° Si la moindre pression sur l'isthme produit des accès de toux ou rend la respiration difficile.

3° Si, à l'examen laryngoscopique, on constate un aplatissement antero-postérieur des conduits respiratoires.

Dans ces cas, dit cet auteur, on peut avec avantage avoir recours à ce mode opératoire. L'extirpation de l'isthme amènerait par la suite l'atrophie des lobes latéraux. Kelburne King a eu le premier l'idée de cette opération. Il a eu comme imitateurs Jones, Wolff, Wölfler; Jones, selon ce dernier auteur, aurait choisi des cas qui ne militent pas en faveur de cette opération, car l'isthme n'était ni grossi, ni la cause de suffocation. Il n'est nullement prouvé que l'extirpation de l'isthme sain peut avoir une influence sur les lobes latéraux hypertrophiés, et, dans ce cas on doit, selon Wölfler, s'abstenir de toute intervention sur l'isthme.

#### IV. Résection du goître

C'est une ablation d'une ou de deux moitiés du goître, tout en laissant une partie vers le hile (artère thyroïdienne inférieure) ou vers la partie supérieure du lobe. La partie épargnée doit représenter approximativement la quatrième partie du lobe réséqué. Mikulicz qui, le premier, fait mention dans ces derniers temps de cette opération, épargne la partie correspondant au hile, à la place d'entrée de l'artère thyroïdienne inférieure ; d'autres opérateurs (Billroth) ménagent la partie supérieure du lobe.

L'avantage de cette méthode serait de pouvoir facilement épargner des tiraillements et des blessures au récurrent, laissant sur place précisément cette partie de la thyroïde qui recouvre l'artère thyroïdienne inférieure et le nerf récurrent. La partie laissée constitue un moignon qui remplace la partie enlevée de la glande. Nous ignorons cependant si cette partie est toujours apte à fonctionner comme glande. D'autres opérateurs pratiquent la résection, et sur le moignon laissé l'énucléation, de sorte que le « moignon final » n'est plus constitué que par une partie de la capsule qui enveloppait le goître. Cette partie de capsule est suturée et forme un petit moignon « moignon final », qui recouvre le récurrent et l'artère thyroïdienne inférieure. C'est donc une résection suivie d'une énucléation (Kocher). Nous ne pouvons, sans sortir du but de notre travail, donner une description détaillée de ce procédé opératoire. Wölfler, qui rapporte très fidèlement le *modus fasciendi* de Mikulicz, pense que cette opération est

appelée à rendre de réels services, à condition toutefois qu'elle soit pratiquée par une main très habile, pour épargner avec sûreté par cette méthode le nerf récurrent.

## V. Enucléation

A

Jusqu'en 1882, le procédé de l'enucléation n'était qu'un procédé exceptionnel, applicable seulement pour les goîtres kystiques. On ne se rendait pas encore un compte exact de la disposition anatomique que le goitre parenchymateux occupe en se développant. On sait que les adénomes de la thyroïde prennent le plus souvent leur point de départ dans l'intérieur même de la glande et que leur croissance se fait d'une façon excentrique ; de sorte qu'à un moment donné ils se trouvent, en refoulant la glande, entourés par une coque de tissu thyroïdien sain. Qu'on nous permette cette comparaison : le goitre est ce qu'est le noyau dans un fruit ; la pulpe, pour continuer notre comparaison, peut être réduite à une minceur extrême, comme elle peut être très épaisse ; il peut y avoir des adhérences entre elle et le noyau ; les noyaux, enfin, peuvent être multiples. On conçoit déjà les difficultés de ce mode opératoire et combien il est malaisé de dire *a priori* si le ou les noyaux sont énucléables. M. J.-L. Reverdin un des premiers, après Porta, a appliqué méthodiquement ce procédé à l'extraction des goîtres parenchymateux dans un cas sans en avoir préalablement formé le dessein, dans

un second cas volontairement<sup>1</sup>. Et comme l'extirpation totale offrait les inconvénients que nous avons signalés au chapitre 1<sup>er</sup>, dans la publication citée faite en collaboration avec A. Reverdin, ces auteurs, prévoyant l'avenir du procédé, le préconisent. « A l'avenir, nous chercherons à l'employer toutes les fois qu'il sera praticable. »

C'est Luigi Porta, médecin italien, qui le premier, en 1848, préconisa le procédé de l'énucléation. Billroth, dans ses cliniques chirurgicales (1866-1867), en parle mais d'une façon moins précise. Notre maître, le professeur Juillard, le recommandait pour l'extraction des kystes thyroïdiens. Socin érigea le procédé en méthode et sous son inspiration ont paru les travaux de deux de ses élèves, Garré et Keser. Parmi les autres chirurgiens qui ont mis en pratique ce procédé, nous citerons : Mercanton, Weir, Eug. Hahn, Sezas. Nous décrivons le mode opératoire tel que nous l'avons vu pratiquer dans la clinique privée des professeurs Reverdin.

#### B. PROCÉDE

Inutile, croyons-nous, d'insister sur les préparatifs opératoires, sur les précautions antiseptiques à prendre. Tout doit être d'une propreté irréprochable, le chirurgien y compris. Cependant, une recommandation et qui a son importance : le chirurgien doit avoir à sa disposition un grand nombre de pinces hémostatiques, s'il désire ne pas être pris au dépourvu.

*Premier temps.* — L'incision doit porter sur la partie la plus saillante de la tumeur, sa longueur varie néces-

<sup>1</sup> Note sur 22 opérations : Genève 1883. Obs. VII et V.

sairement selon le volume de celle-ci ; quant à sa forme, elle ne peut et ne doit pas être soumise à une règle fixe, le chirurgien doit agir selon les besoins de sa cause. Kocher, depuis quelque temps, pratique l'incision parallèlement aux fibres élastiques de la peau du cou, pour éviter une rétraction consécutive et une cicatrice difforme ; sa direction est curviligne, à concavité regardant l'angle thyroïdien.

La peau, le peaucier sont sectionnés ; d'ordinaire, le sternomastôïdien est refoulé au dehors. Warren, Green, Rose, Albert, l'ont sectionné pour avoir un champ opératoire plus libre ; si le chef sternal est tendu devant la tumeur, on peut se borner à le détacher. L'omoplate-hyôïdien peut également être tendu comme une corde (J.-L. Reverdin) devant la tumeur ; sa section n'offre aucun inconvénient, à condition, bien entendu, que la restauration au moyen des sutures ne soit pas négligée.

*Deuxième temps.* — Nous voici sur le corps thyroïde, débarrassé de tout ce qui pourrait encore le recouvrir. La section du tissu thyroïdien doit se faire autant que possible entre deux vaisseaux, autrement sectionner entre deux pinces si les vaisseaux forment des mailles à l'endroit où l'incision doit porter. Ces vaisseaux sont friables, aussi se déchirent-ils facilement ; il est donc nécessaire que la forcipressure soit prudemment conduite, de là dépend une bonne hémostase (A. Reverdin), et par conséquent le succès de l'opération. Il s'agit donc d'inciser pour arriver sur le goître proprement dit. La plus grande prudence est nécessaire ; la capsule enveloppante formée par du tissu thyroïdien sain, peut être réduite à sa plus simple expression, et la distinc-

tion avec du tissu conjonctif simple, difficile à faire. On procédera couche par couche, on reconnaîtra le goître proprement dit à sa coloration d'un brun grisâtre tranchant sur le tissu rouge brun de la glande; en outre, les vaisseaux parallèles sur la thyroïde saine deviennent perpendiculaires pour pénétrer dans la tumeur; tout instrument à ce moment est devenu inutile, on ne se servira que du doigt ou tout au plus d'un instrument mousse, une sonde cannelée, par exemple. L'hémorrhagie commence, une hémorrhagie *sui generis* en nappe; autant il fallait aller lentement avant d'arriver sur la tumeur, puisqu'on cherchait en quelque sorte l'ennemi, autant maintenant il convient de se hâter, on ne se rendra parfaitement maître de l'hémorrhagie qu'une fois l'opération terminée. Si cependant elle devenait par trop inquiétante, « un bon coup de pince directement au fond de la poche », de cette façon les vaisseaux sont coudés sur eux-mêmes, leur calibre s'efface et on amène à sa portée des vaisseaux qui saignaient dans la profondeur (A. Reverdin).

*Troisième temps.* — La tumeur est donc énucléée, l'hémostase réclame tous nos soins et doit être parfaite; la ligature des vaisseaux se fera au catgut, nous le préférons à la soie, étant moins irritant. Il n'est pas nécessaire de lier tous les vaisseaux, une grande partie par le fait de la pression ou de la torsion ne saigne plus. En outre, le grand nombre des ligatures compromettrait la réunion immédiate (J. Wolff). Cet auteur prétend aussi que ces fils rammollissent la trachée et aident au développement du myxœdème opératoire.

Les lavages de la plaie à l'acide phénique, salicylique, sublimé, oxyde de zinc, préconisés par Lücke, Socin,

Kocher, Kyster, sont complètement inutiles quand on procède d'une façon aseptique. Ces irrigations post-opératoires ne font que compromettre la bonne marche de la plaie ; rappelons-nous le mot de Verneuil : « ne blessions pas les blessures. »

On procède ensuite au drainage de la capsule avec un simple drain en caoutchouc et on la suture. La restauration des muscles sectionnés doit se faire aussi bien que possible par des sutures perdues. Cette restauration présente l'avantage d'éviter que la cicatrice se déprime et de former une véritable bride d'aspect disgracieux, à cause des adhérences aux parties profondes (A. Reverdin). Il faut suturer la peau et chercher la réunion par première intention ; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on est obligé de tamponner à la gaze iodoformée et suturer les bords de la plaie à la peau. Les professeurs Reverdin ont quelquefois recours à la suture du D<sup>r</sup> Girard (Berne). Sutures profondes dont les fils sortis à un centimètre des bords de la plaie sont passés dans des drains appliqués parallèlement aux bords de l'incision, et de chaque côté on tire sur les deux chefs, comme sur les cordons d'une bourse, pour rapprocher les bords de l'incision ; c'est en somme analogue aux bâtonnets dans une perinéoraphie, un soutien à la suture en surjet qu'on fait ensuite sur l'incision. Le pansement doit être simple : gaze iodoformée, mousseline, ouate, larges bandes de flanelle. On doit exercer une légère compression et avoir soin de comprendre la tête dans des tours de bande, afin que l'occlusion soit parfaite de tous côtés. Un séjour prolongé au lit n'est pas nécessaire. Bien souvent, les malades se lèvent même le second jour, à l'insu du chirurgien,

et ils ne s'en trouvent pas plus mal. Le deuxième ou troisième jour on changera le pansement, à moins d'indication pressante. On enlève généralement les sutures le cinquième jour ; le drain, dans la plupart des cas, peut être déjà supprimé au moment du premier pansement. L'opéré quitte généralement la clinique le sixième ou septième jour avec un simple petit pansement collodionné.

### C. INCONVÉNIENTS. — AVANTAGES

Malheureusement, l'énucléation n'est pas applicable dans tous les cas.

Dans toutes les tumeurs malignes, carcinome, sarcomes, etc., par le fait même que ces tumeurs sont rarement bien limitées.

Lors d'une hypertrophie diffuse de la glande.

S'il y a plusieurs noyaux adénomateux.

Impossibilité d'énucléer pour cause de fortes adhérences à la suite des ponctions suivies d'injections irritantes. Pour quelques auteurs, l'énucléation exposerait davantage à une récurrence.

Par contre, l'énucléation est une opération beaucoup plus simple que l'extirpation partielle, la résection. La trachée n'est pas tirillée ; la blessure des troncs nerveux et vasculaires facilement évitable. La guérison se fait sans réaction, laissant la coque ; les risques de l'infection sont moindres, on n'a pas à craindre des fusées purulentes dans le cou et le médiastin. On pourrait facilement passer d'une énucléation à une extirpation, ou à une résection, si l'indication se présentait.

## VI. Extirpation partielle

### A

Nous n'avons rien à ajouter en ce qui concerne le premier temps de l'opération, la marche à suivre ne diffère guère de ce que nous avons dit dans le chapitre concernant l'énucléation. Incision de la peau sur l'endroit le plus saillant du lobe qu'on se propose d'extirper, section des aponévroses, muscles, s'ils sont un obstacle, et nous voici sur le corps thyroïde : celui-ci en état d'hypertrophie possède, comme l'a démontré Ollier de Lyon, deux capsules. La capsule propria et une capsule conjonctive adventice. Ce détail doit être présent à la mémoire de l'opérateur, s'il se propose de pratiquer une extirpation partielle intra capsulaire ; il faut éviter de prendre la capsule adventice pour la capsule propria et s'égarer ainsi dans les aponévroses du cou.

Nous décrirons d'abord l'extirpation partielle du goitre avec sa capsule fibro-capsulaire et nous dirons quelques mots à la fin de ce chapitre sur l'opération intra capsulaire.

Il faut donc isoler le lobe en question. Faut-il isoler d'abord sa partie inférieure (Michel, Rose, Woss, Bottini) ou sa partie supérieure ? (Billroth, Reverdin, Kronlein.) Bottini prétend que le sang provenant, en isolant d'abord la partie supérieure, avec sa tendance toute naturelle de gagner les parties déclives, mettrait un obstacle à la bonne marche de l'opération. Il ne nous semble pas que cet argument soit bien sérieux. Avec

une forcipressure bien conduite, on évite facilement une trop grande quantité de sang, et nous pensons qu'on peut mieux isoler d'abord les parties supérieure et latérale. Cet isolement se fera au doigt, et on ne se servira d'un instrument quelconque qu'en cas de fortes adhérences. Les vaisseaux sont pincés au fur et à mesure, avec beaucoup de précaution et de prudence, de crainte de comprendre dans la même « pincée » des nerfs. Lier à mesure, comme beaucoup d'opérateurs le conseillent, est, nous semble-t-il, perdre du temps et poser bien des ligatures inutiles : la torsion et la pression arrêtent l'écoulement de bien petites artérioles. Arrivé à la partie inférieure, on détache également avec beaucoup de soin, on pince la thyroïdienne inférieure ; on ne saurait trop prendre garde au récurrent qui se trouve précisément en arrière et en dedans de cette artère, appliqué contre la trachée ; il serait même bon, comme le veut Billroth, de trouver le récurrent avant de pincer l'artère. Les lésions nerveuses jouant un trop grand rôle dans la genèse des accidents consécutifs, on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter toute blessure des nerfs, tout tiraillement. Le lobe ne tient plus qu'à l'isthme. On fera sur celui-ci une ligature et on détachera à petits coups de ciseaux. L'opération est terminée ; si la ligature de l'isthme n'est pas bien solide, on peut appliquer des points de suture ; il serait même préférable de ne pas comprendre l'isthme dans une ligature unique. Ensuite ligatures au catgut, drainage, sutures des muscles, de la peau, pansement.

Dans l'extirpation partielle intra capsulaire, on laisse la capsule propria sur laquelle on pratique une incision, le tissu rouge brunâtre de la glande fait pour ainsi dire

hernie, puis on décolle le goitre de sa capsule. Le décollement, souvent facile, peut, par suite de fortes adhérences, être très laborieux, et le tissu glandulaire friable devenir alors la source d'hémorrhagies abondantes. Péan conseille de procéder dans ce cas par morcellement. Dès qu'une partie du lobe est décollée et bien isolée, la pédiculiser avec de fortes pinces dentées et couper tout ce qui se trouve au-dessus de la pince, et ainsi de suite jusqu'à l'extraction complète du lobe hypertrophié. Cette méthode donne de bons résultats (Chrétien). Kocher, avant d'inciser la capsule et de détacher le goitre lui-même de sa capsule, lie toutes les artères et veines, même la thyroïdienne inférieure, en dehors d'elle, alors seulement il ouvre la capsule et cherche le hile pour éviter le récurrent. Watson préconisait la même tactique, mais il n'est guère toujours possible de la mettre en pratique; il faudrait décoller d'abord le goitre, chercher les artères qui pénètrent par sa face postérieure; c'est une perte de temps souvent préjudiciable. Billroth, par contre, lie tous les vaisseaux en dedans de la capsule. Cette pratique, selon Wölfler, met à l'abri la veine jugulaire interne, la carotide, le nerf vague, même la veine jugulaire externe, n'est pas vue tant qu'on opère en dedans de la capsule.

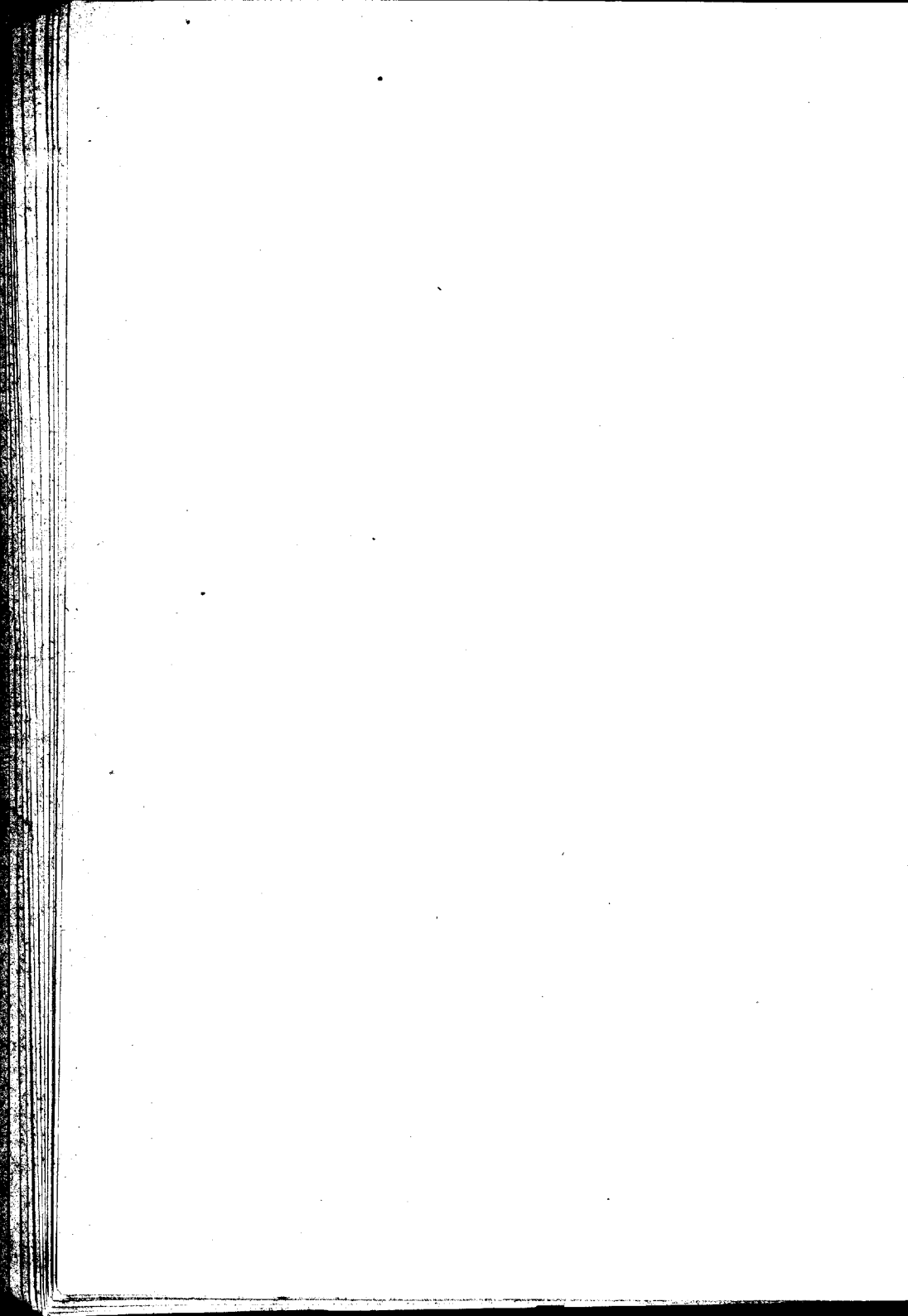
#### B. INCONVÉNIENTS. — AVANTAGES

Les inconvénients sont nombreux.

On a signalé des lésions de tous les organes en rapport avec la glande thyroïde. OEsophage, trachée; des nerfs, sympathique, vague, hypoglosse, beaucoup plus rare; récurrent, d'où paralysie des cordes vocales. Dans

la clinique de Billroth, sur 71 extirpations partielles et totales, il y a eu 23 cas de paralysie de cordes vocales : lésions des vaisseaux, d'où entrée de l'air dans le système circulatoire. Bref, tout peut être lésé beaucoup plus facilement que dans une énucléation, et l'opéré n'est pas à l'abri toujours du myxœdème.

L'avantage est que lorsque l'énucléation est impossible, on peut avoir recours à ce mode opératoire de préférence à l'extirpation totale, de préférence à la résection, qui n'a pas encore donné des garanties suffisantes, et qui, de l'avis même de Wölfler, est une opération compliquée.



## DEUXIÈME PARTIE

### I

Les 34 observations que nous rapportons à la fin de ce travail comprennent 32 opérés, vu que 4 observations concernent deux personnes (J. L., énucléation I et extirpation partielle I). (M., énucléations IX et XVI), opérées à deux reprises différentes par suite de récurrence. 5 opérations, les énucléations I, X, XI, et l'extirpation partielle I ont été faites par M. le professeur J. Reverdin à l'hôpital cantonal de Genève, l'extirpation partielle VIII à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service du professeur L. Tripier. Les observations des opérations énucléation I, extirpations I et II ont déjà été publiées dans « Note sur 22 opérations de goitre, Genève 1883 » et c'est là que nous les avons empruntées. L'extirpation partielle VIII a été publiée dans le *Lyon médical*.

Les observations des opérations faites à l'hôpital cantonal ont été prises énucléation X et extirpation partielle XII par le docteur Dupraz, interne, l'énucléation XI par le docteur Jaccard, interne.

Les 29 autres opérations ont été faites par le professeur dans sa clinique privée. 28 sont inédites. Nous les

avons résumées autant que nous pouvions, sans omettre ce qui pouvait avoir de l'importance pour notre travail, mais nous n'avons pas cru nécessaire, à propos de chaque observation, de donner tous les détails opératoires, quoique dans les originaux et pour chaque opéré l'observation prise par le professeur est très détaillée. Dans les chapitres V et VI, nous avons donné une vue d'ensemble du *modus faciendi* de deux procédés auxquels ces observations se rapportent. Si quelque chose de particulier se présente, nous ne manquons pas de le signaler. Nous donnons telles quelles les notes prises au jour le jour après l'opération, et pour chaque opéré, on peut de cette façon se faire une meilleure idée des suites opératoires, que si nous nous étions borné à faire un simple résumé. Mais il nous a semblé inutile de mentionner, à propos de chaque opération, sutures profondes des muscles sectionnés, drainage, etc. Nous considérons comme règle sans exception que le muscle sectionné au cours de l'opération doit être restauré aussi bien que possible. Quand au drainage, quoique certains opérateurs croient que c'est du superflu, nous pensons que c'est une précaution bonne à prendre. Selon les circonstances et les indications, il a été placé un, deux ou même trois drains. Dans les énucléations, le drainage de la loge n'a jamais été négligé. La suture des bords de cette loge a été faite également. Par ce moyen, dit Bailly, on diminue l'étendue de la cicatrice et on atteint le résultat semblable que Kocher a pour but dans la « résection-énucléation ». Nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître que les drains ont souvent été inutiles, mais bien souvent aussi ont préservé les opérés de petites collections sero-sanguino-

lentes ou légèrement purulentes, qui, si insignifiantes qu'elles aient été, retenues, auraient pu avoir des suites fâcheuses. Il est difficile, comme le veulent Kappeler et Sultzer, de prévoir d'avance une hémorrhagie secondaire — hâtons-nous de dire que nous n'avons jamais eu à déplorer un pareil accident, — ou un suintement séro-sanguinolent ou purulent abondant, les prévoir, disons-nous, d'avance et subordonner à de pareilles conditions les indications du drainage. C'est une précaution utile à prendre, quitte à enlever le drain quarante-huit heures après, si son maintien ne présente aucune indication. Le seul inconvénient que nous lui reconnaissons, c'est que la cicatrice reste légèrement plus large à la partie où il était placé, et que quelques fois cette partie se cicatrise par granulation, mais cet inconvénient n'est pas grand.

Les opérés en majeure partie sont de Genève ou habitent cette ville. Nous en avons de la Haute-Savoie, du Valais et d'autres pays ; c'est un peu un mélange cosmopolite.

Quant au sexe, nous avons :

Sur 21 énucléations, 15 femmes 6 hommes

» 13 extirpations, 9 » 4 »

Les femmes, comme dans toutes les statistiques données, sont en majorité. Il est incontestable, comme on peut le voir dans nos observations, que la gravidité et les règles ont souvent une certaine influence sur l'accroissement du goître et les symptômes graves, qu'il provoque, et qui nécessitent l'opération ; de même pour certaines femmes de la campagne, certains travaux qu'elles y sont obligées de faire. Est-ce aussi parce que les femmes, comme le prétend Sultzer, se décident plus

facilement à l'opération par des raisons d'esthétique? Le professeur J.-L. Reverdin n'est pas d'avis, avec juste raison, qu'on doit se résoudre à une opération pour des raisons purement cosmétiques. Le goitre est, il est vrai, une difformité désagréable, à cause de sa visibilité, mais ce n'est pas un argument suffisant pour décider l'opération. Le nommé P. Ch. (énucléation XI), opéré à l'hôpital, ne s'est décidé à l'opération, malgré la gêne que son goitre lui occasionnait, que sur les instances de sa future, qui posait comme condition *sine qua non* l'éloignement de cette difformité pour l'épouser. Cependant l'opération n'a été faite que parce que des raisons sérieuses militaient également en sa faveur. Aucune opération n'a été entreprise, à moins, bien entendu, d'indication d'intervention immédiate, sans avoir préalablement essayé un traitement médical interne et sans en avoir constaté son inefficacité; mais des injections, ponctions, et des manipulations plus ou moins dangereuses n'ont jamais été tentées. Outre que ces interventions le plus souvent ne produisent aucun effet, elles contribuent beaucoup à rendre l'opération postérieure difficile à cause des nombreuses adhérences qu'elles établissent. Ceci est surtout vrai pour tout ce qui concerne les goitres solides, l'extirpation partielle VIII est très instructive sur ce point. Certains goitres kystiques à parois bien minces ont pu quelquefois être améliorés, mais une guérison réellement définitive a rarement pu être obtenue. Sur cinq cas, que Bailly donne, comme traités par injections et ponctions, aucun ne paraît avoir eu de bons résultats. Nous croyons qu'il est encore préférable de s'abstenir ou intervenir d'une façon radicale. Sans être aussi optimiste que Kocher, « que

l'extirpation ordinaire d'un goitre ordinaire faite à temps n'est pas une opération dangereuse ». Optimisme qu'il est en droit d'avoir, vu sa longue expérience, il est certain qu'à tout bien considérer, une intervention radicale faite avec toutes les précautions antiseptiques que nous possédons et par un chirurgien familiarisé avec ce genre d'opération offre des garanties de succès plus sûres que les ponctions, injections, etc.

Sur 32 opérés, 17 ont déclaré que des membres de leur famille, père, mère, frère ou collatéraux avaient également un goitre. Les 15 autres ou ne pouvaient fournir des renseignements, ou habitaient des pays où le goitre est endémique. M<sup>lle</sup> W. (énucléation XIII) affirme avoir contracté le goitre au bord de la mer, où elle allait en villégiature. Elle y aurait vu une autre personne le contracter aussi.

L'âge des opérés, tant pour les énucléations que pour les extirpations partielles, est le suivant :

Age	Femmes	Hommes
20-30	7	4
30-40	10	4
40-50	5	1
50-60	2	0
60-70	0	1
	<hr/> 24	<hr/> 10

Quant au temps écoulé depuis l'opération, nous avons :

1	depuis	16 ans
1	»	15 »
1	»	14 »
3	»	11 »

1	depuis	10	» ans
2	»	9	»
2	»	8	»
4	»	7	»
1	»	6	»
7	»	5	»
2	»	4	»
1	»	3	»
3	»	2	»
5	»	1	»

Nous avons été réellement embarrassé pour la classification des tumeurs extirpées. Il règne en effet sur ce point une confusion assez grande dans la littérature chirurgicale. D'aucuns se bornent à une classification purement histologique, d'autres clinique, enfin il y en a qui marient les deux ; de là certaines confusions au milieu desquelles il est souvent difficile de s'y reconnaître. Nous nous sommes basé, pour la classification que nous donnons ci-après, plutôt sur l'examen clinique et nous considérons :

- 1° { Les goîtres formant une tumeur enkystée et par conséquent énucléables.
- 1° { Les goîtres constituant une dégénérescence diffuse de la glande, non enkystés, non énucléables.
- 2° { a) Goîtres solides ou partie solide, partie liquide, en d'autres termes avec paroi plus ou moins épaisse de tissu thyroïdien adénomateux.
- 2° { b) Kystes proprement dits, avec parois fibreuses, quelquefois calcifiées.

Et considérant d'un peu plus près leur nature nous avons :

Dans la catégorie *a* { parenchymateux enkystés ou dégénér. diffuse,  
                          } colloïdes,  
goîtres                  } adénômes,  
solides                  } adénômes kystiques.

Dans la catégorie *b* {  
goîtres                  } Kystes proprement dits.  
liquides                  }

D'après cette classification, nous avons pour les 24 énucléations, goîtres enkystés et énucléables :

4 adénômes kystiques (obs. II, V, VI, VII).

2 colloïdes (obs. III avec foyer de ramollissement central. XXI lobulé).

6 adénômes (obs. I, VIII, IX, XV, XVI, XIX (ce dernier calcifié et avec fistule).

2 parenchymateux (obs. XI, XIII).

7 kystes (obs. IV, X, XII, XIV (suppuré), XVII, XVIII, XX).

Pour les 13 extirpations partielles, goîtres non enkystés, non énucléables diagnostiqués comme tels à l'examen clinique confirmés par l'examen postérieur.

8 parenchymateux (obs. I, II, V (avec foyer de ramollissement), VII, IX, X, XI, XII).

2 adénômes (obs. III (en partie colloïde), VI).

3 colloïdes (obs. IV, VIII, XIII).

Comme on le voit, nous n'avons à faire qu'à des goîtres de nature bénigne; dans certains cas, entre autres symptômes, nous relevons, de la déglutition difficile, de la dysphagie, d'autres « sentaient passer les aliments solides ». Dans le cas XVI (énucléation), sur-

tout, la difficulté de déglutition était bien marquée. La malade disait que « le liquide pour descendre faisait un grand contour ». Certains autres symptômes, douleurs vives, etc., donnaient à penser qu'il s'agissait là d'une tumeur maligne, l'examen postérieur a montré un adénôme. Les phénomènes dysphagiques et la difficulté d'avaler prouveraient, selon Lücke, la nature maligne du goître. Sans vouloir prétendre le contraire, il paraît plus probable, d'après plusieurs observateurs, que dans les cas de goître de nature maligne ces symptômes seraient beaucoup plus accentués et plus précoces, mais qu'ils se rencontrent encore assez fréquemment dans les cas de goître de bonne nature.

Dans 7 cas d'énucléation, les tumeurs étaient deux ou plus de deux.

#### *Enucléations*

Obs. I. Plusieurs nodules enfermés dans la même coque.

Obs. II. 2 tumeurs distinctes, mais enfermées dans une loge unique.

Obs. III. 2 tumeurs, chacune dans une loge, et enlevées par la même incision.

Obs. VIII. 4 nodules distincts.

Obs. XVII. 3 adénômes, dont un à peu près libre, l'autre sur la paroi de la loge, et rendue visible une fois la principale énuclée.

Obs. XIX. Plusieurs petits adénômes à côté de la tumeur appréciable à l'examen clinique.

Dans cinq cas d'extirpation partielle, nous avons :

Obs. I. Extirpation de plusieurs nodules.

Obs. II. La tumeur principale et une autre découverte au cours de l'opération et plongeant presque derrière le sternum.

Obs. VI. La tumeur appréciable à l'examen clinique et une seconde plongeant derrière le sternum et pour laquelle l'énucléation a été faite.

Obs. XI. La masse principale comprimait la trachée et faisait une saillie intérieure de trois anneaux de la trachée, saillie appréciable à l'examen laryngoscopique.

Obs. XII. Tumeur appréciable à l'examen clinique et une autre derrière la trachée découverte au cours de l'opération.

Pour les extirpations partielles, l'opération a été faite :

8 fois sur la région droite du cou (obs. I, III, V, VIII, IX, XI, XII, XIII).

2 fois sur la région gauche (obs. VII, X).

3 fois sur la ligne médiane (obs. II, IV, VI).

Pour les énucléations :

12 fois à droite (obs. II, III, V, VI, IX, X, XI, XVI, XVIII, XIX, XX, XXI).

6 fois à gauche (obs. IV, VIII, XII, XIII, XIV, XVII).

3 fois sur la région médiane (obs. I, VIII, XV).

Narcose par l'éther pour toutes les opérations, sauf pour l'énucléation I et l'extirpation partielle I, dans ces deux cas anesthésie par le chloroforme. Nous n'avons à signaler qu'un seul accident dû à la narcose, heureusement sans suite grave. Le cas I (énucléation), à peine l'incision faite, le malade étant anesthésié par le chloroforme, que la respiration cesse, le pouls devient filiforme, rappelé à la vie par la respiration artificielle, on

continue l'opération sans anesthésie ; le malade a très-bien supporté l'opération. Aucun accident par l'éther, quelques nausées, quelques vomissements au réveil, mais qui n'ont jamais eu aucune suite fâcheuse.

Dans tous les cas opérés, sauf énucléation XIX, où les faisceaux musculaires étaient peu distincts et altérés à cause du foyer de suppuration et de la fistule qui existaient, les muscles ont été trouvés sains, quelques fois un peu épaissis, souvent étalés et comprimant la tumeur, mais pas d'altération morbide. Si nous exceptons un ou deux cas, où il a été possible de se frayer un chemin sans entamer les muscles profonds et de passer entièrement sur la ligne médiane, dans tous les cas il a été nécessaire d'entamer les muscles prétrachéaux, jamais le sterno-mastoïdien. Dans 4 énucléations (obs. VIII, XII, XV, XVIII, dans ce dernier cas plus épais que d'ordinaire), l'omo-hyoïdien bridait la tumeur et on l'entama en partie, surtout le chef supérieur. Dans une extirpation partielle (obs. XIII), celui-ci, large et épais, bridait également la tumeur, et on a sectionné sa partie supérieure pour donner du jour.

Nous regrettons que l'examen laryngoscopique n'ait pas été fait avant l'opération pour tous les cas. A l'examen postérieur, la plupart des malades ont été laryngoscopés ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point plus loin.

Ces généralités posées pour ce qui concerne tous les cas, regardons un peu de plus près et séparément les extirpations et les énucléations.

## II. Accidents immédiats

### EXTIRPATIONS PARTIELLES

Dans 6 cas (obs. I, II, V, VI, X, XII), une incision simple a été faite suivant le grand axe ou la partie culminante de la tumeur.

Dans 2 cas (obs. III, IV), à l'incision, dans le premier cas verticale, on a ajouté une incision supérieure oblique (Kocher), dans le deuxième cas, à l'incision médiane, une incision oblique en haut et en dehors.

Dans un cas (obs. VII), incision oblique le long du bord interne du sterno-mastoidien.

Dans 4 cas (obs. VIII, IX, XI, XIII), incision coudée.

Six cas (obs. II, III, V, VI, VII, X) n'ont pas présenté des difficultés opératoires ; dans le cas VI, on a fait une extirpation partielle et une énucléation d'un goître plongeant, non appréciable à l'examen clinique, dans le cas VII, il y avait un fort prolongement rétro-sternal.

3 cas (obs. I, IX, XII) ont présenté une certaine difficulté.

4 cas (obs. IV, VIII, XI, XIII) ont été très difficiles. Tout particulièrement laborieux les cas IV et VIII. Dans le cas XIII, la tumeur descendait derrière la clavicule.

Dans 11 cas, l'hémorrhagie a été insignifiante ; il n'est pas même nécessaire d'en parler.

Pour le cas I, l'hémorrhagie était sérieuse. Cette opération, faite en 1878, a été exécutée en grande partie au bistouri, ce qui explique l'abondante hémorrhagie, sans qu'il y ait eu cependant des suites fâcheuses pour le malade.

Dans le cas XI, opération laborieuse, l'hémorrhagie, minime pendant l'opération, s'est déclarée à la fin, après que les sutures profondes étaient déjà posées. Une artère de moyen calibre en était cause; liée, l'hémorrhagie a cessé. Pas de suites.

Les suites de 9 cas ont été simples. Après l'opération, un peu de difficulté pour avaler qui, généralement, disparaissait au bout de deux jours. Léger mouvement fébrile, mais la fièvre n'était pas de nature septique. Il faut, le plus souvent, l'attribuer à un peu d'agitation, d'énervement, surtout pour les opérés-femmes. Tous ces malades étaient en état de quitter le lit au bout de deux jours en moyenne, sortir au jardin, recevoir des visites; l'état général et local était des plus satisfaisants, et les symptômes qu'ils accusaient avant l'opération avaient pour la plupart disparu, l'amélioration était manifeste et notable. La voix était bonne, claire. Au bout de huit à dix jours, en moyenne, ils rentraient chez eux, et, en général, à ce moment, il ne restait plus qu'un tout petit point non complètement cicatrisé, trace du passage du drain. Ils venaient se faire panser, et, en moyenne, pour tous les cas, la guérison était complète au bout de dix-huit jours. Si parfois un léger suintement sero-sanguinolent ou légèrement jaunâtre s'est déclaré, il provenait simplement du drain.

Le cas VII a présenté une légère infection. Il y a eu élimination d'un peu de tissu cellulaire sphacélé. Cette malade a quitté la clinique quinze jours après l'opération. Elle venait au pansement, et c'est après avoir quitté la clinique que l'infection a dû se produire. Cinq ou six jours après, la guérison était complète.

Dans le cas IX, également légère infection et élimination de quelques morceaux sphacelés. Comme le drain donnait un peu de pus odorant, on a décollé la plaie au milieu, et il s'est écoulé du pus de mauvaise odeur et quelques petits lambeaux sphacelés. Il a pu quand même quitter la clinique huit jours après l'opération, et une quinzaine de jours après, la cicatrisation était complète. Il signalait à la fin une légère gêne en avalant, qu'il faut probablement attribuer à la cicatrisation des parties profondes, due à la suppuration.

Le cas XI a présenté une trachéite assez violente, qui a duré cinq jours sans laisser de suites. La réunion a été obtenue par première intention.

Dans le cas XIII, pince posée sur le récurrent pendant l'opération, aussitôt d'ailleurs enlevée. Suites simples. Réunion par première intention.

En somme nous avons, sur 13 extirpations partielles :

11 réunions par première intention, suites simples.

2 légères infections et élimination d'un peu de tissu cellulaire sphacélé.

Nous n'avons jamais eu pour aucun cas élimination des fils.

La moyenne de la guérison complète, et nous entendons par là même la cicatrisation de ce petit point, trace du passage du drain, qui, d'ordinaire, se cicatrise lentement, a été de dix-huit jours. Comme lésions nerveuses, nous avons à signaler :

Cas VII. Paralyse de la corde vocale gauche. La voix de cette malade était bien un peu voilée après l'opération, et la malade s'essouffait facilement. L'examen laryngoscopique fait douze jours après l'opération a

montré cette paralysie. La voix est revenue peu à peu, mais reste toujours voilée.

Cas XII. Il a d'emblée présenté une paralysie de la corde vocale droite. Pendant l'opération, le doigt s'est égaré en dehors de la capsule glandulaire, ce qui explique la lésion.

Cas III. Après son opération, cette malade a eu la voix enrouée d'une façon intermittente. Elle est venue consulter deux mois après pour sa voix, qui restait toujours voilée, l'examen laryngoscopique, très difficile, a été tenté sans succès. On lui avait ordonné du bromure. C'est au moment de notre enquête, en juin 1894, que le Dr Bernet a constaté la paralysie de la corde vocale.

### III. Accidents immédiats

#### ÉNUCLÉATIONS

Dans 11 cas (obs. II, IV, V, VII, IX, X, XI, XII, XIV, XV, XVI), incision oblique ou verticale selon l'axe de la tumeur ou sa partie culminante.

Dans 7 cas (obs. III, VI, VIII, XIII, XVII, XVIII, XX), incision le long du sterno-mastôïdien.

1 cas (obs. I), incision médiane et oblique en haut et en dehors.

1 cas (obs. XIX), incision horizontale, légèrement convexe, pour contourner la fistule.

1 cas (obs. XXI), incision convexe en dehors et en bas.

De 21 énucléations :

8 n'ont pas présenté de difficultés, l'opération a même été plutôt facile.

6 cas ont présenté de légères difficultés.

1 cas, opération pas très difficile, mais adhérences fortes (obs. II).

6 cas (obs. VI, XIV, XVIII, XIX, XX, XXI), difficiles et laborieux à cause de nombreuses adhérences.

Dans 14 cas, l'hémorrhagie était insignifiante.

1 cas (obs. XI), hémorrhagie quoique insignifiante, hémostase longue.

1 cas (obs. III), hémorrhagie légère, la compression avec une éponge aseptique en a eu raison.

5 cas (obs. V, VIII, XVII, XXI, IX), hémorrhagie forte ; la tumeur énuclée, on a pincé le fond de la poche, retourné sur elle-même, et on s'est assez aisément rendu maître de l'hémorrhagie.

Pour la plupart des cas, et nous n'en exceptons que trois ou quatre, les suites ont été simples.

Ainsi :

Dans 7 cas (obs. IV, VI, VII, XII, XIV, XV, XVIII), pas le moindre mouvement fébrile.

Pour les 14 autres cas, la température moyenne maximum a été de 38°4, mais pris isolément, ce maximum n'a été atteint par les malades que deux ou trois fois, et surtout le soir, la température du matin ne dépassait guère 38°, le plus souvent même était normale. Les causes pour chaque malade sont différentes et il y a lieu de les examiner séparément.

Dans le cas VII, le maximum atteint est de 38°8, mais il est dû à des accès de fièvre intermittente contractée par la malade à Turin.

Dans le cas X, la fièvre est montée à 39°. Elle doit être attribuée à la menstruation. En effet, les règles sont venues quatre jours après l'opération. Un état

d'énervement et de malaise général ainsi que l'élévation de température ont précédé les règles. La température est redevenue normale aussitôt le flux cataménial bien établi.

Dans le cas XIII, le soir après l'opération, T. A. 38° et légère agitation.

Le premier jour après l'opération T. A. 37°4, 37°8.

Le deuxième jour, T. A. 37°6, 38°1.

Ce jour-là, les règles commencent, ayant une avance de huit jours.

Les jours suivants, la température est normale.

Dans le cas XXI, le soir après l'opération, T. A. 38°. Les règles apparaissent un jour après l'opération. Il y a un peu d'accélération du pouls, un peu d'énervement. Ce jour-là, le soir, T. A. 38°8. Cette élévation de température a duré en variant entre 38°7 et 37°6 jusqu'à la cessation des règles qui ont duré trois jours. Le cinquième jour après l'opération, M. T. A. 37°5, S. 38°4. Cette élévation continue pendant deux jours encore, variant entre 37°8 et 38°, avec accélération du pouls. Le septième jour après l'opération, comme la malade se plaignait de douleurs au cou, on défait le pansement; la peau est un peu rouge autour de la plaie et douloureuse à la pression, la malade éprouve une sensation de tension. Une partie des sutures est enlevée, on écarte avec le stylet et sort d'une profondeur de deux centimètres environ une petite quantité de pus fluide. On y place un petit drain. Les douleurs disparaissent et la température reste dorénavant normale. Pour cette malade, il y a deux facteurs qui ont contribué à l'élévation de la température. Les règles et la retention de ce pus fluide.

Dans le cas I, T. R. 39°3. Soir 39°7. Etat général satisfaisant. Quatre jours après l'opération, T. R. 39°4. S. T. A. 38°, ce qui coïncidait avec une violente céphalalgie. La réunion en ce moment était complète, et l'état local et général satisfaisant. Deux jours après avoir quitté l'hôpital avec un pansement léger, il vient se faire panser, et par les points de suture il sort un peu de pus épais. La collection diminue les jours suivants. Enfin le dix-septième jour après l'opération on ouvre une petite collection purulente qui s'est formée sur les bords de la plaie réunie. Quatre jours après, la cicatrisation était complète.

Dans le cas II, une seule fois, le lendemain de l'opération, la température arrive le soir à 38°1. Pendant la nuit qui a suivi l'opération, le malade était un peu agité.

Cas IX. Le premier jour après l'opération, dans l'après-midi, sans cause appréciable, la voix s'est enrouée; il est survenu de l'embarras dans le larynx et un peu de toux. Le soir, la respiration est bruyante, laryngée, sans dyspnée marquée, légère agitation. Le soir, T. A. 39°. Le deuxième jour, T. A. 38°2, s. 39°2. Cependant, les symptômes de la veille se sont amendés, l'état local est très satisfaisant.

Obs. XI. Une seule fois 38° le soir du premier jour après l'opération; la nuit précédente, le malade, sans être agité, n'a pas pu dormir.

Cas XVI. Le lendemain de l'opération, le malade est pris d'un peu de toux, des mucosités trachéales, l'état général est bon. Apyrexie. Le deuxième jour, peu de temps après le pansement, le malade est pris d'un enrrouement très accusé, qui persiste le soir et s'accom-

pagne d'un peu de toux trachéale. S. T. A. 38°8. Le troisième jour tout s'amende ; le soir on constate encore 38°4 pour la dernière fois.

Cas XVII. La température a été le soir après l'opération 38°2.

Le premier jour après l'opération, matin : apyrexie ; soir 39°.

Le deuxième, matin 38°, soir 38°2.

Le troisième, matin 37°8, soir 38°3.

Le quatrième, matin 37°7, soir 38°2.

Le cinquième, matin 37°4, soir 38°, puis apyrexie.

Cette malade, malgré la perte sanguine abondante, n'est restée que sept jours à la clinique. Les quatre premiers a eu un peu de malaise, de gonflement du cou sans douleur à la pression. Le troisième jour sortait au jardin. Cette fièvre doit être attribuée fort probablement au choc opératoire.

Cas XX :

1<sup>er</sup> jour après l'opération, soir 38°

2<sup>me</sup> » » » 37°9

3<sup>me</sup> » » » 38°

Mais cette élévation du soir doit être attribuée sans aucun doute à ce que cette malade, d'un tempérament très nerveux, dès le premier jour après l'opération, n'a jamais tenu tranquille ni sa langue ni sa personne.

Cas III :

1<sup>er</sup> jour après l'opération, matin 37°8, soir 38°9

2<sup>me</sup> » » » 38°2 » 38°5

Etat local et général très satisfaisant. Elle quitte la clinique le sixième jour.

Cas V :

Le soir après l'opération 38°4.

1<sup>er</sup> jour après l'opération, matin 37°4, soir 38°3

2<sup>me</sup> »                   »                   »   39°   »   39°7

3<sup>me</sup> »                   »                   »   39°   »   38°8

Cette température a coïncidé avec une trachéite assez violente, un malaise marqué. Pas de rougeur ni gonflement. Les drains contenaient une matière grise jaunâtre avec une légère odeur sulfureuse. Le quatrième jour, la trachéite n'existe presque plus. Etat local et général satisfaisant. Température normale.

Cas XIX :

1<sup>er</sup> jour après l'opération, matin 37°6, soir 38°4

2<sup>me</sup> »                   »                   »   37°8   »   38°8

3<sup>me</sup> »                   »                   »   39°   —

4<sup>me</sup> »                   »                   »   38°4   »   38°6

5<sup>me</sup> »                   »                   »   38°1   »   38°3

6<sup>me</sup> »                   »                   »   37°7   »   38°

Mais rien dans l'état général ou local d'anormal : un peu de suintement sero-sanguinolent par le drain sans aucune odeur. La malade, d'ailleurs, se levait et allait au jardin.

En somme, il ressort de cet exposé détaillé des cas à température, qu'excepte le cas XXI, où il y a eu suppuration, sans conséquence sérieuse, du reste, mais évidemment due à une légère infection, dans les autres cas la température paraît avoir été indépendante d'infection.

Si nous poursuivons cette analyse des observations, nous remarquons pour les 21 énucléations :

16 fois pas la moindre suppuration, ni par le drain, ni collection. Une ou deux fois à peine un peu de sérosité sanguinolente, d'ailleurs absolument insignifiante.

2 fois (obs. V. et XIX), une légère suppuration.

Dans le cas V. Le cinquième jour après l'opération, la capsule est un peu tuméfiée, mais aucune douleur. Dès le quatrième jour, suppuration par le drain. Le sixième jour elle est insignifiante. Le malade sort dans l'après-midi du sixième jour et ne revient plus à la clinique. La suppuration reprend pendant qu'il est chez lui. Il revient de nouveau au pansement, et quatre jours après la plaie était guérie.

Dans le cas XIX, il s'agissait d'un goître calcifié et suppuré avec trajet fistuleux. D'abord un peu de suintement sero-sanguinolent par le drain, à la place avoisinant le drain et où la réunion n'existe pas quelques granulations rouges. Les jours suivants, suppuration sans aucune odeur par le drain, un peu plus forte. On supprime le drain, on cautérise au nitrate d'argent le trajet fistuleux. La suppuration cesse.

Dans les cas I et III, légère collection purulente.

Dans le cas I, le malade, qui avait quitté l'hôpital avec un léger pansement, revient se faire panser trois jours après ; il sort un peu de pus épais par les points de suture. Au bout de trois jours, la sécrétion avait beaucoup diminué et on ouvre une petite collection formée sur les bords de la plaie réunie vers la partie moyenne et à droite. Quatre jours après guérison. Il en est de même du cas III. La malade quitte la clinique cinq jours après l'opération et en parfait état ; elle s'avise d'aller passer la soirée à la brasserie. Le cou gonfle, devient dur à droite, avec léger œdème de la face de ce côté, il s'est fait une petite ouverture à la partie moyenne de la cicatrice, et il s'en écoule du liquide rosé, mélange de sang et de pus. On place un

petit drain, qu'on raccourcit de plus en plus les jours suivants. Le bourgeon de l'ancien drain cautérisé au nitrate se cicatrise. Il s'agissait probablement là d'une légère infection, mais le liquide n'a jamais eu la moindre odeur.

Dans le cas XIV, il s'agissait d'un goitre suppuré, suite d'influenza ; une petite solution de continuité de la paroi kystique, constatée après l'énucléation, avait probablement permis l'issue d'une petite quantité de pus, qui a provoqué un abcès superficiel. La nature du pus de l'abcès et de celui du kyste était différente. Après l'opération, la partie moyenne de la plaie a été suturée. La loge kystique tamponnée par en haut et par en bas avec de la gaze iodoformée, la loge de l'abcès est isolée. Les jours suivants et chaque jour on retire une partie du tampon. La suppuration, sans aucune odeur, a été insignifiante et le travail de cicatrisation s'est effectué à la partie non suturée par des granulations très belles.

En résumé nous avons :

- 16 cas sans aucune suppuration ;
- 2 cas suppuration par le drain ;
- 2 cas petites collections purulentes ;
- 1 cas avec une très légère suppuration.

La réunion par première intention a été obtenue pour 20 cas.

Pour le cas XIV, on n'a pas cherché une première intention pour une partie de la plaie.

Dans les 20 cas, six à sept jours en moyenne après l'opération, il ne restait plus qu'un tout petit point non complètement cicatrisé, l'endroit où le drain avait passé.

Comme pour les extirpations partielles, aucune élimination des fils à signaler.

Dans 3 ou 4 cas, il est arrivé, le deuxième ou troisième jour après l'opération, un peu de gonflement de l'endroit correspondant à la loge. Ce gonflement coïncidait d'ordinaire ou précédait un léger malaise général, un peu de rougeur autour de la plaie. La capsule était manifestement gonflée, un état d'induration de la région s'en suivait, cet état, au bout de trois ou quatre jours, disparaissait, et la région redevenait souple.

Dans quelques cas également, un peu de dysphagie, une légère gêne à la déglutition mais qui ne durait guère plus de deux ou trois jours.

La voix, dans la majorité des cas, est restée claire, s'est même beaucoup améliorée immédiatement après l'opération. Deux ou trois malades ont présenté un enrouement passager. Aucune lésion nerveuse.

En moyenne, deux jours après l'opération, les opérés pouvaient quitter le lit, le troisième jour descendre au jardin, venir seuls à la salle du pansement.

Sept à huit jours après quittaient la clinique.

Enfin la moyenne de la guérison complète est de dix-huit jours, et nous entendons par guérison complète, comme pour les extirpations partielles, même la complète cicatrisation du trou du passage du drain.

#### **IV. Examen postérieur**

De 32 opérés, nous n'avons pu en revoir, pendant notre enquête des mois de juin et juillet 1894, que 23.

Il nous faut ajouter à ce nombre 2 cas revus par le professeur J -L. Reverdin.

Énucléation I, revu à la fin de 1893. Etat de santé parfait ; rien de particulier.

Extirpation partielle XII, en bonne santé, la voix toujours voilée à cause de la paralysie de la corde vocale droite ; rien autre de particulier.

Des 7 autres, 4 (énucléations III, VI, XII, XVIII) n'ont pas répondu aux questions adressées par lettre.

Pour 3 (extirp. VIII, X, énucl. VII), il ne nous a pas été possible de trouver leur résidence actuelle.

Dans notre enquête pour la recherche des accidents tardifs, voici comme nous avons procédé.

Nous avons posé à tous les anciens opérés, soit à ceux que nous avons personnellement pu voir, soit par lettre, les questions que nous résumons dans le questionnaire ci-dessous indiqué par M. le professeur J.-L. Reverdin.

#### *Questionnaire*

- 1° Santé générale depuis l'opération.
- 2° Durée de la convalescence, du retour des forces, de la reprise des occupations.
- 3° Signes de myxœdème :
  - a) gonflement de la face, des mains, des pieds ;
  - b) lenteur des mouvements, paresse, fatigue, maladie ;
  - c) lenteur de la parole, pesanteur de la langue ;
  - d) perte de la mémoire ;
  - e) état frileux, sensibilité au froid ;
  - f) sécheresse de la peau ;
  - g) chute des cheveux.
- 4° Etat actuel de la respiration.
- 5° Etat actuel de la voix.

6° Cicatrice, visibilité, largeur, couleur, souplesse, sensations subjectives.

7° Etat du cou : forme, dépression, saillies.

8° Récidive : côté opéré.

9° Accroissement ou atrophie des parties laissées :

a) côté opéré ;

b) côté non opéré.

10° Examen du larynx.

11° Menstruation.

Aux opérés de qui une trop grande distance nous séparait de Genève et auxquels nous avons adressé les questions par lettre, nous avons tâché de donner à ces questions une forme aussi simple et compréhensible que faire se pouvait.

Au bas de chaque observation d'ancien opéré que nous avons vu ou qui nous a répondu par lettre, sous la rubrique « examen », nous ne rapportons, pour éviter des répétitions inutiles, que les réponses affirmatives aux questions posées et les faits reconnus positifs, nous conservons la même numérotation que celle du questionnaire. Il est donc entendu que si tel ou tel numéro d'ordre se rapportant à une question quelconque, n'est pas mentionné, c'est que la question ne nous a rien donné de spécial ou d'intéressant à noter, ou qu'elle a été négative.

Avant de procéder à l'examen séparé des extirpations partielles et énucléations, quelques généralités sont nécessaires.

De 23 malades questionnés :

Pour 18 cas (10 énucléations et 8 extirpations partielles), l'examen a été fait ou en présence du professeur ou par moi tout seul.

5 cas (énucl. VIII, XIX, IV, XIV, extirp. part. XI) ont répondu par lettre. Pour ceux-ci, il y a lieu de faire quelques réserves, l'examen étant nécessairement incomplet sur certains points.

Une lacune regrettable pour la plupart, c'est l'absence d'examen laryngoscopique avant l'opération, et dans les cas que nous avons tout seul revus dans ces derniers temps, nous n'avons pas pu, faute d'expérience, faire cet examen.

Ainsi, des cas d'énucléation revus, 3 ont été laryngoscopés par le professeur, les 7 autres ne paraissaient pas réclamer un tel examen ; cependant, nous avons eu l'occasion de nous convaincre que la lésion peut exister sans qu'une manifestation appréciable à l'ouïe puisse la faire soupçonner ; il s'agissait, il est vrai, d'une extirpation partielle.

De 8 cas d'extirpation partielle revus, 7 ont été laryngoscopés par le professeur Reverdin.

Dans 6 cas aucune lésion.

Pour le cas VII, paralysie de la corde vocale gauche ; cette paralysie, qui avait été constatée douze jours après l'opération, persiste toujours, mais la voix s'est beaucoup améliorée.

Le cas ex. III, dont l'examen était particulièrement difficile et qui a été souvent tenté sans succès par le professeur J.-L. Reverdin, a été laryngoscopé par le Dr Bernet. Il a constaté une paralysie et atrophie de la corde vocale gauche, mais que rien sans cet examen ne faisait soupçonner.

Et maintenant analysons séparément les cas revus des énucléations et extirpations partielles.

## V. Accidents tardifs

### EXTIRPATIONS PARTIELLES

Cas I. Les suites tardives de cette opération sont résumées au début de l'obs. I (énucléation).

Cas XII. Revu par le prof. J.-L. Reverdin ; à part la voix voilée (paralysie d'une corde vocale) ne présente rien autre de particulier.

8 cas, que nous avons pu examiner personnellement.

1 cas (obs. XI), dont nous avons reçu la réponse par lettre.

2 cas (obs. VIII et X), non retrouvés.

*Santé générale.* — Dans 7 cas, la santé générale est meilleure qu'avant l'opération. Cas VII, elle n'est pas meilleure.

*Reprise des forces et occupations.* — Les cas (obs. II, III, IV, V, IX, XIII) ont repris leurs forces et leurs occupations après un laps de temps variant entre huit jours comme minimum et trois mois comme maximum. Le cas VI a pu reprendre ses occupations immédiatement après sa sortie de la clinique, mais il lui a fallu deux ans avant de reprendre complètement ses forces ; cette malade est devenue en plus très nerveuse.

Le cas VII, opéré en 1885, et dont la santé générale laisse encore à désirer, a pu reprendre ses occupations au bout d'un mois, mais les forces ne sont pas encore complètement revenues.

Le cas XI (réponse par lettre) jouit d'une bonne santé, reprise des forces et des occupations au bout de deux mois.

*Signes de myxœdème.* — Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention, tant qu'un ensemble de symptômes ne se rencontre pas chez la même personne, de conclure à l'existence du myxœdème; nous avons cru de notre devoir de ne pas passer sous silence et de rapporter sous ce titre, peut-être par trop affirmatif, certains faits tels que chute des cheveux, faiblesse de mémoire, lourdeur des membres, etc., qu'il nous a été donné de relever isolément chez quelques opérés et qui peuvent tout aussi bien se rencontrer dans d'autres affections, mais qui, dans l'espèce, quoique isolément, se rencontrant chez plusieurs opérés, pourraient bien être de petites manifestations d'un myxœdème fruste.

Ainsi, dans 5 cas revus, rien à noter; cependant, pour être exact, mentionnons que le cas IX prétend que depuis l'opération il éprouve une sensation de vertige.

Par contre, dans 4 cas, il y a quelques particularités à relever :

Le cas VI a eu la mémoire affaiblie, mais cette faiblesse n'existe actuellement plus; elle était devenue frileuse, état qui n'existe également plus depuis quatre ans.

Le cas VIII : la face ne présente aucun gonflement, mais elle est légèrement élargie; elle a eu de la lourdeur dans les mouvements pendant assez longtemps après l'opération. Sa mémoire est toujours faible, et elle est toujours très sensible au froid. Les cheveux, qui sont tombés après l'opération, sont revenus. Par contre, loin d'avoir la peau sèche comme avant l'opération, elle transpire plus facilement.

Le cas XI nous écrit qu'elle a éprouvé après l'opération de la fatigue générale, particulièrement aux jambes,

la mémoire serait depuis deux ans devenue plus faible, mais elle l'attribue à son âge ; elle est âgée actuellement de soixante-six ans.

*Etat de la respiration.* — Dans 4 cas (III, VI, IX, XIII), la respiration est excellente.

Dans 2 cas (II, V), la respiration, quoique meilleure qu'avant l'opération, est un peu gênée depuis quelque temps, mais ce à cause d'une bronchite absolument indépendante des suites opératoires.

Dans les cas IV, VII, la respiration est un peu courte, mais cependant meilleure qu'avant l'opération.

Le cas XI nous écrit que la respiration est beaucoup meilleure.

*Etat de la voix.* — Cas II, V, VI. La voix est toujours claire, très bonne et bien meilleure qu'avant l'opération.

Cas III. La voix est quelque fois voilée (paralyse de la corde vocale gauche).

Cas IV. La même qu'avant.

Cas VII. La voix est claire, mais elle se fatigue vite.

Cas XIII. La voix, qui est restée voilée pendant 7 mois, est actuellement très bonne.

Cas XI, écrit que la voix est « bien naturelle ».

*Etat de la cicatrice.* — Dans le cas VI, la cicatrice est irréprochable à tous les points de vue.

Cas II, III, IV, V, VII, IX. La cicatrice est linéaire, peu visible, sauf un peu en bas, endroit du drain.

Dans les cas II, VII, on constate un petit point déprimé en bas.

Dans les cas IV, IX, elle est légèrement bridée vers le bas.

Dans le cas VII, sensation nerveuse ; IX, « piqures » quand le temps change.

Dans le cas XIII, elle est visible et légèrement pigmentée.

Cas XI écrit « cicatrice visible, léger enfoncement ».

Les cicatrices larges un peu bas doivent être attribuées au passage du drain ; c'est toujours vers le bas que le drain sort, et cette partie se cicatrise toujours plus tard et par de petites granulations. Quant aux enfoncements légers que nous avons eu l'occasion de constater une ou deux fois, il faut peut-être les attribuer à l'atrophie des muscles sectionnés, comme le pense Kocher, ou à leur cicatrisation. Les muscles coupés, quoique restaurés après l'opération, se cicatrisent, comme on sait, au moyen du tissu conjonctif, et il s'est probablement produit là une légère rétraction.

*Etat du cou.* — Cas II, V, VI, VII, IX, XIII. La forme du cou, sans être irréprochable, est normale.

Dans le cas III, il y a une légère dépression à droite de la cicatrice, qui se trouve actuellement plutôt à gauche (opéré à droite) ; la trachée est déviée à gauche, mais pas le larynx.

Dans le cas IV, il y a deux saillies de chaque côté et une légère dépression à la partie inférieure de la cicatrice.

Cas XI nous écrit que le cou est plutôt plat sur le devant et qu'il présente un léger enfoncement à l'endroit de la cicatrice.

*Récidive du côté opéré, accroissement ou atrophie des parties laissées.* — Cas II, III, IV, V, VI, VII, IX, XIII. Aucune récidive du côté opéré. Le cas IX prétend

cependant que du côté opéré il y aurait une augmentation, en tous cas elle est très légère, tellement légère, qu'elle est difficilement appréciable. Dans le cas V, il y a une légère augmentation d'une partie laissée du côté opéré, ainsi qu'à gauche, côté non opéré. Cas XI écrit « que rien n'est plus revenu ».

Cas VII. Du côté non opéré, où le lobe thyroïdien était appréciable au moment de l'opération, on ne le sent plus.

Le cas I a présenté une récurrence ; opéré la première fois en 1878, il subit une deuxième opération en 1880 (énucléation I). Le développement du nouveau goitre paraît avoir pris naissance d'un petit lobule prétrachéal laissé en place lors de la première opération.

Cas XII revu par le professeur Reverdin ne présente aucune récurrence.

En somme, sur 41 cas revus, nous avons :

1 cas de récurrence. Une seule fois (cas V), il y a augmentation d'une partie laissée à droite (côté opéré) ainsi que du lobe non opéré. Dans un cas seulement aussi le lobe droit bien appréciable au moment de l'opération ne l'était pas au moment de notre examen du mois de juin. Le fait est incontestable, il y a là atrophie consécutive de ce lobe ; cette atrophie constatée déjà par M. le professeur Reverdin en novembre 1885 coïncidait alors et coïncide encore actuellement avec un cortège des signes de myxoedème, assez caractéristiques. Ces symptômes tendent, il est vrai, à s'amender. Mais nous croyons aussi pour notre compte qu'il s'agit bien là d'un cas de myxoedème fruste survenu après une extirpation partielle. Il se pourrait aussi que l'atrophie du lobe laissé aidât à l'apparition

du myxœdème ? En est-il de même du cas VI ? Nous le pensons. Cette malade est restée deux ans avant de reprendre ses forces, sa mémoire était devenue faible ; elle était pendant longtemps très frileuse. Il s'agissait aussi là d'un cas de myxœdème fruste.

*Etat du larynx.* — Cas III et IV, paralysie de la corde vocale gauche ; cas XII, paralysie de la corde vocale droite.

*Menstruation.* — Cas VI. La menstruation est devenue plus régulière. Cas VII, menstruation régulière, mais en ce moment elle est très pâle, a de la peine à respirer et éprouve une sensation nerveuse au cou.

## VI. Accidents tardifs

### ÉNUCLÉATIONS

Les 21 énucléations se rapportant à vingt opérés se répartissent de la façon suivante :

4 cas (obs. III, VII, XI, XVIII) non retrouvés.

1 cas (obs. I) ; ce malade a été revu par le professeur à la fin de 1893. Il ne présentait rien de particulier. La santé générale est bonne ; il fait actuellement son service militaire dans la marine, à Lorient. L'état local bon. Pas de récurrence.

1 cas (obs. IX). Les suites tardives de cette opération sont résumées au début de l'observation XVI.

10 cas (obs. II, V, X, XI, XIII, XV, XVI, XVII, XX, XXI) que nous avons personnellement pu examiner.

4 cas (obs. IV, VIII, XIX, XIV) nous ont répondu par lettre ; ce sont ces cas que nous voulons d'abord analyser.

Cas IV et XIX. La santé générale est meilleure qu'avant l'opération.

Cas XIV. Elle souffre de maux d'estomac et a des digestions difficiles ; mais tout ceci existait déjà avant l'opération.

Cas VIII. La santé générale serait moins bonne.

Cas IV. Une année avant de reprendre ses forces.

Cas VIII. Six mois pour être « comme maintenant », un état qui, selon la malade, laisse beaucoup à désirer.

Cas XIV. Elle a repris de petites occupations au bout de six mois, mais les forces ne sont pas encore revenues.

Cas XIX. Au bout de deux mois son travail, après sept mois ses forces.

Le cas IV prétend que pendant cinq ou six mois après l'opération elle avait un petit tremblement des mains en écrivant. Sa respiration serait plus gênée qu'avant l'opération, la voix plus enrouée, la « marque » visible comme une « coupure ordinaire » ; sans rien autre de spécial. Le cou, qui a une bonne forme, présenterait un léger enfoncement à la place opérée.

Le cas VIII. Du gonflement aux pieds peu après l'opération et jusqu'aux premiers froids ; cet état se renouvelle, selon la malade, chaque été et plus spécialement cette année ; en plus, un état frileux qui persiste encore ; de la fatigue, de l'engourdissement dans le bras droit et la main qui furent longs à se dissiper. Selon la malade, la respiration serait comme avant, la voix claire, le cou d'une forme passable mais un peu gros, et il y aurait un petit enfoncement en haut de la « marque ». Du côté opéré rien ; du côté non opéré le cou augmente de volume pendant l'hiver qui suit

l'opération, puis diminution à la suite d'un traitement médical. Cet hiver, nouvelle augmentation, puis amélioration obtenue par des onctions iodurées. A certaines époques, cette grosseur s'accroît.

Le cas XIV aurait eu la parole lente pendant six mois et un peu difficile ; sensibilité exagérée au froid. Respiration un peu faible. Voix toujours enrrouée. Cicatrice légèrement douloureuse ; petit enfoncement à l'endroit de la « marque ». Pas de récurrence.

Le cas XIX, fatigue, lourdeur dans les membres encore assez longtemps après l'opération ; état frileux, sécheresse de la peau. Respiration plus facile, voix bonne, cicatrice un peu rouge, cou bonne forme, petit enfoncement à l'endroit opéré.

Certes, nous ne pouvons prétendre tirer des conclusions bien rigoureuses d'un rapport écrit par le malade lui-même, cependant il est à remarquer que ces opérées ont en somme su se rendre un compte assez exact de certaines choses. Toutes quatre nous signalent un enfoncement à l'endroit de la marque. Le cas VIII signale d'une façon ne laissant place à aucun doute l'apparition d'une tumeur du côté non opéré. Les cas XIV et VIII nous signalent un état frileux. Le cas VIII, du gonflement aux pieds, douleurs intermittentes au bras droit, etc., et apparition d'une nouvelle tumeur du côté droit. Faut-il attribuer les symptômes signalés par le cas VIII, faut-il les attribuer à l'opération, ou l'apparition de la nouvelle tumeur ? Nous le répétons, nous faisons des réserves bien compréhensibles sur ces quatre opérées.

Si nous analysons maintenant les cas que nous avons pu voir de près, nous constatons :

*Santé générale, reprise des forces et des occupations.* —

Ces dix opérés revus jouissent d'une santé meilleure qu'avant l'opération. Si, dans ce nombre il s'en trouve qui signalent certaines incommodités, on peut se convaincre, par la lecture des observations et de l'examen postérieur, qu'elles ne peuvent d'aucune façon être attribuées à l'opération. Pour être impartial, ajoutons que le cas XI prétend qu'il est plus faible depuis son opération ; ce fait nous a un peu étonné, car il nous a en même temps déclaré qu'il se livrait, depuis 5 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir, à des travaux de campagne très pénibles, comme nous avons pu nous en rendre compte, et ce quinze jours après son opération.

Dans tous ces cas, les opérés ont pu reprendre leurs forces et leurs occupations dans un laps de temps qui varie entre huit jours (cas XV) comme minimum et quarante jours comme maximum. Il faut excepter le cas XIII, la convalescence a été un peu longue, mais cette malade, d'un tempérament très nerveux, est en plus asthmatique et a toujours été d'une santé délicate.

*Signes de myxœdème.* — Aucun de ces opérés ne signale de symptômes myxœdémateux bien évidents ; mais nous trouvons de même ici, comme dans les cas d'extirpations partielles, de « petites manifestations ». Ainsi, dans 5 cas (obs. X, XIII, XVI, XVII, XX), de la faiblesse de la mémoire ; dans le cas XIII, opéré depuis quatre ans, cette faiblesse commence à disparaître ; cette opérée affirme que sa chevelure aurait changé de couleur depuis l'opération, elle serait devenue plus foncée. Le cas XVI, outre la faiblesse de la mémoire, nous signale de la maladresse des mains, une diminu-

tion de la transpiration et de la chute des cheveux. Ajoutons que chez cette personne nous avons constaté une nouvelle récurrence (obs. IX et XVI).

*Etat de la respiration.* — Dans huit cas, la respiration est meilleure qu'avant. Elle est bonne pour le cas XIII (asthme), elle n'est pas bonne pour le cas XVI (récurrence).

*Etat de la voix.* — Dans 9 cas, nous trouvons une voix bonne, bien claire. Dans le cas XIII, la voix est excellente, cette personne peut chanter sans la moindre fatigue; pour faire le pendant, le cas X, qui a une bonne voix tant qu'elle cause, se fatigue vite aussitôt qu'elle essaye de chanter. Pour le cas XVI, la voix est enrôlée et se fatigue vite.

*Etat de la cicatrice.* — Dans 8 cas, la cicatrice n'est pas douloureuse, les malades ne signalent aucune sensation. Dans le cas X, il y aurait quelques « picotements », dans le cas XIII, douloureuse aux changements de température. Sauf dans le cas XVI, où nous trouvons une cicatrice visible et un peu pseudo-chéloïdienne, dans tous les autres cas elle est très peu visible, souple, non douloureuse. Dans le cas V, elle présente un petit enfoncement au tiers supérieur; elle est très légèrement tendue vers le bas dans les cas XI et XVI, rosée dans le cas XVII; mais dans tous ces cas, excepté le cas X, la cicatrice présente vers son extrémité inférieure une petite étendue n'excédant guère un centimètre, où elle est plus large. Nous l'attribuons ici encore au drain. Il y a un fait certain que ces cicatrices, plus elles deviennent vieilles, plus elles s'assouplissent et deviennent linéaires.

*Etat du cou.* — Dans tous ces cas, la forme du cou est normale, meilleure que dans les cas d'extirpation partielle. Il n'y a que quelques particularités à relever. Dans le cas XI, on constate une légère saillie à la vue, du côté opéré. Dans le cas V, une petite saillie vers la base; c'est une partie laissée au moment de l'opération et qui n'a pas augmenté de volume. Dans le cas X une petite saillie à droite, très peu visible à la vue. Dans le cas XV, le cou est un peu évasé vers la base. Dans le cas XVI, saillie à droite.

*Récidive, côté opéré, accroissement ou atrophie des parties laissées.* — En comptant tous les cas retrouvés, y compris les quatre qui ont répondu par lettre, nous remarquons que, sur 16 opérés, 14 sont absolument indemnes d'une récurrence du côté opéré. Pour les cas XI et XVI, il y a récurrence. Le cas XVI est à sa deuxième récurrence; il a été en effet opéré pour la première fois en novembre 1889 (obs. IX), pour la deuxième fois en novembre 1892; donc trois années après, toujours du même côté, et au moment de notre examen en juin 1894, nous constatons une tumeur du côté opéré. Le cas XI a été opéré en décembre 1889. Ce malade nous dit qu'une année après l'opération le cou grossissait de nouveau, il s'en est aperçu « parce qu'il ne pouvait plus boutonner sa chemise ». Ce malade fait donc remonter l'apparition de la nouvelle tumeur au début de 1890. Le cas IX, opéré en 1889, s'est aperçu de la nouvelle tumeur trois ans après l'opération. En ce moment, la tumeur lobulée avait le volume d'une petite noix. Mais cette opérée nous dit qu'en juillet ou août 1892 elle éprouvait une légère gêne de la déglutition et qu'elle sentait passer les aliments, et ce n'est que vers le mi-

lieu de novembre 1892 qu'elle a senti la grosseur. Il faut probablement faire remonter le début en juillet 1892. Quant à la tumeur que nous avons constatée en juin 1894, il n'y a pas, pour ainsi dire, de début, c'est plutôt l'accroissement d'une partie laissée ou plus exactement passée inaperçue au moment de l'opération. En effet, au moment où cette malade, en décembre 1892, quittait la clinique, M. le professeur J.-L. Reverdin avait constaté l'existence d'une petite saillie du côté qui venait d'être opéré et avait engagé la malade à rester quelques jours à la clinique, mais elle ne pouvait pas. C'est cette partie qui semble être le point de départ de la nouvelle tumeur. Quoiqu'il en soit, nous pensons que ces cas doivent être considérés comme cas de récurrence. Mais la tumeur, ni pour le cas XI ni pour le cas XVI, ne provoque jusqu'à présent aucun symptôme gênant et il ne paraît pas y avoir là, pour le moment du moins, indication d'une nouvelle opération. Nous n'avons donc, sur 16 cas, que le cas IX, dont la nouvelle tumeur donnait des indications pour une nouvelle opération.

Poursuivant cette analyse, nous remarquons que pour les deux cas X et XV il y a augmentation des parties laissées. Dans ces deux cas, l'opération a été faite sur la face antérieure du cou. Dans le cas X, apparition d'une tumeur à droite, le début, selon la malade, remonte à une année. La grosseur du volume d'un petit œuf est sujette à des augmentations brusques au moment des époques. Pour le cas XV, les lobes latéraux paraissent un peu plus gros, sans qu'il en résulte aucune gêne. Le cas XVII prétend qu'il y aurait augmentation du lobe droit, côté non opéré.

Il résulterait donc, d'après cette analyse, que sur 17 opérations il y a 3 récidives, dont 2 cas sur la même malade ; sur cette malade, la tumeur (obs. XVI) appréciable à l'examen clinique était lobulée. Pendant l'opération, on a constaté de petits lobules presque libres, et il est fort probable qu'un de ses petits adénômes passé inaperçu a donné lieu à l'apparition de la nouvelle tumeur.

Quant aux « petites manifestations » de myxœdème que nous avons eu l'occasion de relever : faiblesse de la mémoire, lenteur, etc., il y aurait peut-être lieu de se demander si on ne doit pas les attribuer à la nature du tissu dont la loge kystique est formée. Peut-être que cette loge, quelques fois réduite à une minceur extrême, n'est plus constituée que par un tissu impropre à suppléer aux fonctions de la thyroïde. D'autres fois, la réaction qui survient après l'opération, ce gonflement de la capsule, gonflement de peu de durée d'ailleurs, ne peut-il être suivi d'une rétraction, de compression et atrophie des éléments thyroïdiens, dont cette capsule est constituée, et en être la cause ? Nous n'émettons, bien entendu, qu'une simple hypothèse.

*Etat de la menstruation.* — Pour les cas X et XIII, la menstruation est plus régulière, pour les autres, rien de particulier à relever.

---

## Conclusions

Il est d'usage, dans une thèse inaugurale, de clore son travail par un petit chapitre intitulé « Conclusions ».

Eh bien, franchement, il nous semble difficile, presque impossible même de tirer des conclusions rigoureuses de cette étude à laquelle nous nous sommes livré, et de donner la préférence d'une façon absolue à l'énucléation plutôt qu'à l'extirpation partielle, nous aimerions que d'autres plus compétents que nous le fassent.

S'il nous était permis d'émettre une opinion, plus exactement avouer notre penchant personnel, nous dirions que si l'occasion se présentait nous choisirions l'énucléation toutes les fois qu'elle est possible.

Il est incontestable, et sur ce point presque tout le monde est d'accord, que les blessures des nerfs peuvent plus facilement être évitées par l'énucléation, c'est un avantage à ne pas dédaigner.

Les suites immédiates de l'extirpation partielle ne semblent pas être sensiblement différentes de celles de l'énucléation. Quant aux suites éloignées, les deux modes opératoires paraissent donner à peu près les mêmes résultats.

Au point de vue de la récurrence du côté opéré ou de l'accroissement des parties laissées, tant du côté opéré que du côté non opéré, la différence est insignifiante.

Les « petites manifestations » du myxœdème se rencontrent aussi après l'énucléation, mais sont plus évidentes peut-être après l'extirpation partielle.

La forme du cou, sans être vilaine après l'extirpation partielle, n'est pas aussi régulière que celle obtenue par l'énucléation.

Le nombre relativement restreint de nos observations ne nous permet pas d'être plus affirmatif; il serait à souhaiter qu'on collationne les extirpations partielles et les énucléations faites depuis une dizaine d'années et qu'on compare, alors il sera certainement plus facile d'affirmer d'une façon catégorique lequel de ces deux modes opératoires est le plus avantageux.

## TROISIÈME PARTIE

### A. Extirpations partielles

#### Observation I

*Goître lobulé parenchymateux*<sup>1</sup>. — S., J., 24 ans, ouvrier en boîtes à musique (Genève).

Le malade ne signale aucun antécédent spécial. Il ne sait à quand remonte le début de son goître. Dès l'âge de six à sept ans, il a commencé à éprouver de la gêne de la respiration et s'est aperçu que son cou devenait gros; il augmenta peu à peu, et à douze ans l'existence d'un goître est manifeste. En 1874, âgé de vingt ans, il entre à l'Hôpital cantonal, afin de se faire traiter pour ce goître; il est probable qu'alors la tumeur était en partie kystique, car il raconte que le D<sup>r</sup> Odier lui fit une cautérisation, puis le drainage et des injections iodées, qu'aucun résultat n'étant obtenu on employa ensuite l'écraseur; sa plaie se ferma, laissant une cicatrice assez large, et on lui fit administrer des douches froides; il sortit amélioré, mais non guéri de l'Hôpital.

Toujours gêné par la tumeur, il y rentre le 17 juillet 1878; il suit d'abord un traitement par l'eau de Saxon et les frictions iodurées, mais au bout de quinze jours, aucun effet ne peut être constaté, le cou continue à mesurer 45 centimètres de circonférence. En

<sup>1</sup> Opéré à l'Hôpital cantonal de Genève. Observation publiée dans *Note sur 22 observations de goître*. Genève 1883.

raison de la gêne éprouvée par le malade, de l'inefficacité du traitement, on se décide à pratiquer l'extirpation. La tumeur est formée d'une série de lobules distincts, développés dans le lobe droit.

Opération le 30 juillet 1878. Chloroformisation.

Incision, dissection des différents lobules au nombre de trois principaux ; cette dissection est faite au bistouri en grande partie ; une quantité énorme de ligatures est nécessaire, outre celles des artères principales. La jugulaire externe, qui traverse le champ opératoire est refoulée avec précaution et peut être respectée. Les lobules isolés sont liés à leur base en deux points voisins avec du catgut et coupés entre deux. Sutures au catgut, un drain. Pansement de Lister.

Juillet 31. — Léger gonflement du bord de la plaie ; un peu de gêne de la déglutition, pansement ; le drain nettoyé ne peut rentrer à fond.

Août 1<sup>er</sup>. — Céphalalgie, sans frisson, gêne de la déglutition moindre ; plaie un peu gonflée, un peu douloureuse à la pression. Pansement.

Août 2. — Pansement. Soir, fièvre assez vive, douleurs constrictives, malaise général.

Août 3. — On enlève les sutures. Le drain était bouché, il s'écoule, quand on l'enlève, un peu de pus odorant, les bords de la plaie sont réunis par première intention. Les jours suivants pansement quotidien, un peu de suppuration odorante, de gonflement, de douleur, légère recrudescence de fièvre le soir.

Août 14. — Guérison presque complète, plus de fièvre. Cautérisation au nitrate d'argent du trajet du drain enlevé.

Août 15. — Le malade sort avec une petite fistule qu'il pansera avec du sparadrap et de la ouate ; un peu d'induration de la région.

M. le professeur Reverdin fait suivre cette observation de la remarque suivante : « Il a perdu passablement de sang, parce que, peu familiarisé encore avec cette opération, je me suis trop servi du bistouri.

## Observation II

*Goître parenchymateux.* — M<sup>me</sup> B., 46 ans.

M<sup>me</sup> B. présente un goître volumineux et bilobé dont elle fait remonter le début à l'âge de quinze ans environ. Elle n'a jamais été sérieusement malade. Son père avait un goître considérable et il est mort avec des accès de suffocation peut-être dus à sa tumeur.

M<sup>me</sup> B. n'a jamais eu de grossesse, et ses règles, toujours régulières, commencent à retarder un peu ; à chaque époque, elle constate que le volume de la tumeur et la gêne qu'elle lui occasionne présentent une augmentation momentanée. La tumeur, à part cela, a grossi lentement et graduellement et n'est pas arrivée à un état stationnaire. Cette tumeur se compose de deux parties : à droite une tumeur allongée, recouverte en partie par le sternomastôidien, s'étendant de la clavicule jusqu'au voisinage de l'apophyse mastoïde ; cette tumeur, de forme ovalaire, est un peu irrégulière à sa surface, de consistance inégale, mais en général dure ; par places, sa dureté est pierreuse ; elle suit les mouvements du larynx et les doigts peuvent lui imprimer une impulsion de haut en bas et d'un côté à l'autre ; la carotide bat en dehors de la tumeur elle-même et ne présente ni souffle ni battements. La seconde tumeur est arrondie, un peu moins grosse, du volume d'une petite pomme ; elle s'étend du sternum jusqu'à la partie supérieure du cartilage thyroïde, elle est assez exactement médiane et la trachée se trouve refoulée un peu à gauche ; elle est moins dure que la tumeur droite, mais cependant paraît en partie calcifiée ; elle est très mobile, et on peut facilement l'isoler de l'autre ; c'est elle qui aurait paru la première à quinze ans, le lobe droit n'étant développé que deux ans après. La respiration est facile, il n'y a pas de cornage. La déglutition n'est pas non plus gênée. Mais la malade, outre le volume et l'accroissement inquiétant de la tumeur, se préoccupe surtout de la fatigue qu'elle lui occasionne ; quand elle marche, elle éprouve fréquemment des douleurs dans

les deux épaules ; quand elle baisse la tête pour écrire ou travailler, le sang lui monte à la tête, les tempes battent et bientôt survient une céphalalgie générale avec élancements névralgiques qui l'obligent à se reposer, en outre il y a fréquemment un peu de toux. Tous ces phénomènes vont en augmentant depuis quelques années.

Enfin l'opération est décidée, mais survient une bronchite avec râles fins aux bases, puis des irrégularités du pouls et un peu d'œdème des jambes. Donc l'opération est retardée un peu. Cœur un peu faible.

Opération 24 octobre 1881. Eihérisation.

On se propose d'enlever le lobe médian gauche.

Incision médiane du haut du cartilage thyroïde au sternum ; sur un point la tumeur est entamée, elle saigne peu abondamment mais constamment. Enucléation avec les doigts, les artères sont saisies en deux points avec les pinces au fur et à mesure de leur découverte et coupées entre deux ; arrivé à la partie postérieure, on continue à séparer la tumeur avec les doigts, mais au lieu de chercher à tout enlever, on entame la capsule (lame thyroïdienne étalée), la sépare de la tumeur, et saisissant la lame avec une pince, on coupe en avant. On énuclée ensuite deux petits lobes, qui se trouvent tout en bas, presque derrière le sternum. On n'a pas voulu donc enlever toute la glande, une partie est restée au devant de la trachée qui n'a pas été découverte, sous la forme d'une lame mince. Ligatures. Pansement de Lister, etc., deux drains résorbables. L'hémorrhagie a été peu abondante.

Soir p. 80. T. A. 37°8. Vomissements, mais peu abondants, fatigue et angoisse pendant la nuit. La gêne de déglutition n'a persisté que deux jours, du reste peu marquée ; un peu de toux trachéale vers le deuxième et troisième jour ; la malade a bien vite pris de l'appétit ; elle s'est levée quatre jours après l'opération pour faire faire son lit, est restée presque toute la journée du cinquième jour sur la chaise longue ; elle est rentrée à son domicile le huitième jour, est allée se promener à pied le dixième et retournée à son magasin le quatorzième.

Voici les notes prises au jour le jour :

	<i>Matin</i>			<i>Soir</i>
Octobre 25	104	37°8		96 38°6
» 26	104	37°7		104 38°5

Octobre 27. — T. A. 37°4. Pansement, suintement sanguin peu abondant, ni gonflement, ni rougeur.

Octobre 28-29. — T. normale.

Octobre 30. — Pansement, réunion complète, les fils sont tombés, bandelette collodionnée, cravate de gaze phéniquée. Ouate salicylée, bande de flanelle.

Novembre 1<sup>er</sup>. — Renouvelé le même pansement.

Novembre 3 et 5. — Idem. Il ne reste qu'un très léger suintement séreux au niveau des drains qui ne sont pas complètement résorbés.

Novembre 18. — Il sort un petit bourbillon du trou du drain. L'état général est excellent. M<sup>me</sup> B. va à ses affaires sans fatigue.

M<sup>me</sup> B. n'a eu par la suite aucune trace d'anémie comme l'ont présentée d'autres malades. La voix et la respiration sont normales.

#### *Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale plutôt meilleure.

2° Convalescence courte, a repris ses forces et ses occupations après l'opération.

4° Respiration difficile, mais c'est à cause d'une bronchite chronique.

5° Bonne, claire, normale.

6° Cicatrice linéaire, blanche, à peine visible, sauf en bas, un point déprimé. Souple, non douloureuse.

7° Cou : à part la saillie du lobe droit persistant, toujours rien de particulier.

9° La partie laissée persiste sans aucun changement.

11° Ménopause sans rien de particulier.

#### **Observation III**

*Adénome en partie colloïde.* — E. C., 30 ans, Chancy (Genève).

Une tante maternelle, âgée de 50 ans, avec un volumineux goitre.

Apparition de la tumeur à l'âge de quinze ans, ayant progressivement grossi. Depuis trois ou quatre ans, l'augmentation a été plus rapide, et le lobe gauche a grossi un peu. Les époques menstruelles n'ont aucune influence sur la tumeur. A part quelques légères douleurs dans la nuque et les tempes, le goitre ne provoque aucun autre symptôme. Cependant elle se sent gênée dans le cou. Malgré de nombreux traitements, l'augmentation continue.

Tumeur bilatérale. La principale, du volume de deux œufs de dinde, occupe le lobe droit et s'étend du bord supérieur du cartilage thyroïde au bord supérieur du sternum, qu'elle ne dépasse pas. La peau est saine. Au palper plutôt dure; bosselée, plus volumineuse en bas; les bosselures ne paraissent pas indépendantes les unes des autres. Vers la partie moyenne de la tumeur, on sent une plaque dure, calcaire. La trachée ne paraît pas déviée, mais elle n'est pas facile à sentir: carotide refoulée en dehors. La tumeur est mobile et suit les mouvements du larynx.

A gauche, petite tumeur régulière, peu sensible, ce lobe cependant dépasse le volume normal.

Opération le 11 octobre 1883. Ethérisation.

Incision verticale, à laquelle, au cours de l'opération, on a ajouté l'incision supérieure oblique de Kocher. Section de la partie supérieure du sterno et thyro-hyoïdien. L'omoplato-hyoïdien est refoulé en dehors avec le doigt. L'opération a duré 35 minutes, sans les ligatures, au nombre d'une vingtaine, et le pansement. Hémorrhagie peu abondante. L'isthme a été lié en deux paquets séparés avec un fort catgut. Lavage de la plaie avec une éponge imbibée d'une solution phéniquée à 5 % et bien exprimée. Pansement Lister. Pendant l'opération, la malade a un peu pâli et s'est cyanosée probablement à cause de la narcose; elle éprouve quelques nausées qui cessent bientôt. La voix est tout à fait claire, mais la déglutition est d'emblée difficile, douloureuse.

Soir. — Apyrexie. La malade se sentant serrée au cou, on relâche un peu le pansement en bas.

Octobre 12. — Apyrexie. Nuit agitée, déglutition

encore douloureuse, mais moins qu'hier. Soir 38°. Voix toujours claire. Déglutition moins pénible. Etat général excellent.

Octobre 13. — Pansement, peu de suintement, la déglutition est presque normale, apyrexie. Voix claire.

Octobre 14. — Etat bon. Déglutition facile. Soir 38°. La malade est un peu enrouée. Elle l'attribue à ce qu'elle a beaucoup causé dans la journée.

Octobre 15. — Apyrexie. Pansement, on enlève les deux drains. La partie supérieure de la plaie est un peu rouge, mais il faut noter que le pansement s'y maintient moins bien.

Soir. — 38°<sup>2</sup>. La malade s'était levée pendant la journée.

Octobre 16. — Apyrexie. Le pansement paraît un peu sali; il s'est écoulé du liquide par le point du drain supérieur, ce liquide peu abondant est légèrement jaunâtre.

Octobre 17. — Un peu de suintement : injections d'acide phénique à 5 %, il n'en pénètre que fort peu. Apyrexie.

Octobre 18 et 19. — Apyrexie. La malade se promène au jardin.

Octobre 20. — Encore un peu de suintement, liquide presque séreux, sans odeur. La malade quitte la clinique. Voix tout à fait claire.

Octobre 21. — Suintement légèrement purulent sans odeur, et en petite quantité. Les jours suivants, l'écoulement diminue rapidement. Le 26, on applique des bandelettes collodionnées. La petite fistule est fermée; le 31 il s'est formé une petite collection à la partie inférieure de l'incision. La malade part pour la campagne.

Novembre 15. — La malade dit que le lendemain de son départ la cicatrisation était complète. La santé générale de la malade est excellente. La voix reste cependant voilée.

Décembre 15. — Elle vient consulter pour sa voix, qui reste un peu voilée et faible. Mais la santé générale est meilleure qu'avant l'opération. La cicatrice s'est élargie dans toute la partie verticale; elle est blanche

et un peu tendue, elle y éprouve des douleurs quelques fois vives. La partie oblique de la cicatrice n'a subi aucune modification. La voix a, semble-t-il, changé de timbre; elle est plus haute, plus faible, très légèrement voilée. L'examen laryngoscopique étant difficilement supporté, on lui ordonne du bromure de potassium, 4 gr. deux fois par jour.

*Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale bonne.

2° Une quinzaine de jours de convalescence, un mois pour la reprise de ses occupations.

4° Etat actuel bon.

5° Voix quelquefois voilée. Souvent plus voilée qu'au moment où nous examinons la malade.

6° Cicatrice linéaire en haut, un peu plus large en bas, souple, blanche, non douloureuse. La cicatrice actuelle est plutôt à gauche.

7° Légère dépression à droite de la cicatrice, qui occupe maintenant le lobe gauche du larynx. Légère saillie à la partie inférieure du cou au devant de la trachée.

*N.-B.* — La trachée est légèrement déviée à droite, mais pas le larynx.

10° Examen du larynx.

L'examen laryngoscopique était très difficile pour cette malade, aussi on s'est adressé à M. le Dr Bernet (spécialiste). Voici la note qu'il nous a remis :

Légère pharyngite chronique. Muqueuse du larynx saine, cordes vocales étroites, d'un beau blanc nacré. Image de la glotte asymétrique. Toute la moitié droite du larynx immobile pendant la phonation et la respiration. Corde vocale droite en position cadavérique un peu atrophiée, bord concave, plus étroite que sa congénère; aryténoïdien droit, oblique, plus rapproché de la ligne médiane.

Pendant la respiration, la corde vocale gauche fait seulement le mouvement d'abduction.

Pendant la phonation, la corde vocale gauche se rapproche de la droite en dépassant la ligne médiane; la fermeture est complète dans la région inter-aryténoï-

dienne. Plus en avant, il reste un léger espace dû à la concavité de la corde paralysée.

Malgré cela, la fonction de l'organe ne paraît pas atteinte, la malade ne tousse pas, n'a pas de dyspnée, pas de sensation pénible. La voix ne présente qu'un léger voile que l'on ne remarque qu'en prêtant une certaine attention. A entendre parler cette malade, on ne se douterait pas qu'elle n'a qu'une corde vocale mobile, la compensation a été à son maximum.

### Observation IX

*Goître colloïde.* — F. M., 37 ans, veuve (Genève).

Sœur âgée de cinquante ans avec goître.

Goître depuis l'âge de douze ans. Depuis cette époque, la grosseur située sur la ligne médiane et un peu à droite s'est développée graduellement. Ni la grossesse, ni l'accouchement ne paraissent avoir eu de l'influence sur la tumeur. Rien de particulier pendant les règles. Douleurs dans la nuque, les épaules. Maux de tête fréquents localisés surtout vers la partie inférieure du crâne. Malgré une foule de traitements, la tumeur grossit toujours et gêne sérieusement la malade.

Tumeur du volume d'une grosse orange, fortement saillante en avant, occupant presque toute la ligne médiane et recouvrant la trachée et la partie inférieure du cartilage thyroïde, mais son axe est oblique en haut et à droite, sommet à droite. Sa partie inférieure déborde le sternum de deux travers de doigt. Surface bosselée, consistance plutôt dure, pas de fluctuation. Mobile de haut en bas et latéralement. Battements carotidiens perceptibles des deux côtés, plus faibles à droite.

Santé générale bonne.

Opération le 20 octobre 1883. Ethérisation.

Incision médiane de la partie supérieure du cartilage thyroïde, à 2 centimètres au-dessous de la fourchette sternale, à laquelle on ajoute une incision oblique, en haut et en dehors, partant de sa partie supérieure. Muscles sous-hyoïdiens non atrophiés, coupés longitudinalement. L'extirpation est un peu laborieuse à cause

des nombreux vaisseaux qu'il a fallu lier. L'hémorrhagie a été insignifiante. L'hémostase parfaite. L'opération montre que la tumeur s'est développée dans le lobe droit. Une partie de l'enveloppe de la tumeur (couche étalée de la thyroïde) reste ; ni le larynx, ni la trachée ne sont à nu. Rien autre de spécial. La malade a eu quelques nausées pendant l'opération ; la voix est claire au réveil.

Soir. — Apyrexie. Voix normale. Déglutition pénible. Un peu d'agitation.

Octobre 21. — On relâche un peu le pansement, peu de suintement. Voix normale. Légère agitation. Déglutition toujours difficile. T. A. normale.

Octobre 22. — Pansement. On remplace le gros drain par un petit. Voix normale. Toujours un peu d'agitation. Apyrexie.

Octobre 23. — Rien d'anormal ou de particulier.

Octobre 24. — La malade se lève. Voix normale. Déglutition plus facile. Pansement. Etat général excellent. Apyrexie.

Octobre 25 et 26. — La malade se promène au jardin.

Octobre 28. — Elle quitte la clinique avec un simple pansement d'ouate.

Octobre 31. — Revue. Etat parfait.

Novembre 5. — La guérison est presque achevée. Il reste un tout petit point granuleux. Par la pression on ne fait presque plus rien suinter. D'ailleurs le léger suintement était simplement séro-sanguinolent. La voix reste toujours normale. La dysphagie intense du début a disparu.

On revoit la malade en automne 1884. Les restes de la thyroïde n'ont pas changé de volume. Le cou présente une certaine dépression à droite, due à l'atrophie musculaire. La santé générale a toujours été excellente. La voix n'a jamais été altérée.

La malade, revue de nouveau en 1886, dit avoir toujours une bonne santé. Elle n'a jamais rien présenté de spécial depuis son opération. La figure semble cependant un peu épaissie, épaississement des traits.

*Examen du mois de juin 1894*

- 1° Santé générale meilleure qu'avant.
- 2° A repris ses forces et son travail un mois et demi après.
- 3° Elle est plus frileuse qu'avant.
- 4° Respiration toujours un peu courte, mais cependant meilleure qu'avant.
- 5° Même qu'avant l'opération.
- 6° Cicatrice 5 millimètres en haut, un peu plus large en bas; blanche, souple en haut, un peu bridée en bas.
- 7° Cou forme normale, à part deux légères saillies de chaque côté de la ligne médiane, et une légère dépression vers le tiers inférieur de la cicatrice.

**Observation V**

*Goître parenchymateux avec foyer de ramollissement.* — A. R., 43 ans, mariée, tailleuse, à Genève.

Mère avec goître.

La tumeur a débuté vers l'âge de treize ans, à droite vers la partie moyenne du cou; elle a régulièrement grossi. La grossesse et les règles ne paraissent pas avoir eu de l'influence sur son accroissement. La tumeur gêne la malade et l'empêche de baisser la tête. La malade se plaint de douleurs siégeant à la nuque et à la partie postérieure de la tête. De plus, depuis trois ou quatre ans, ne peut pas facilement tenir son aiguille à cause de fourmillements qu'elle éprouve dans les deux bras et les mains. Elle éprouve aussi une sensation de chatouillement au cou. La malade est très obèse. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La santé générale est bonne. Tumeur d'un volume considérable, l'épaisse couche de tissu adipeux qui la recouvre empêche de l'apprécier d'une façon précise, mais elle a plus que le volume du poing. Elle remonte en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure et au menton, en bas elle est distante de trois travers de doigt de la clavicule et du sternum. Elle est ovale, à grand axe oblique en bas et en dedans. La surface est lisse. Au

palper, on éprouve une fausse sensation d'élasticité et de fluctuation. Très mobile. Elle ne paraît pas recouvrir la trachée.

A gauche, le long de la trachée et du larynx, on sent une autre tumeur plus dure, bosselée, qui reste stationnaire depuis longtemps. Toutes les deux suivent les mouvements du larynx. Les carotides sont refoulées en dehors.

Traitement médical inefficace.

Opération le 19 novembre 1883. Ethérisation.

Incision oblique suivant le grand axe de la tumeur. La tumeur mise à nu, on remarque que la masse principale se continue en bas jusque vers la clavicule avec une seconde tumeur bosselée, moins volumineuse. Dans le cours de la séparation, on remarque que la face interne de la tumeur est recouverte par des faisceaux musculaires, jetés en quelque sorte en écharpe sur elle au voisinage de la trachée. Rien autre de particulier à noter pendant l'opération. L'extirpation terminée, on touche toutes les parties de la plaie avec une éponge trempée dans l'acide phénique à 5 %, et bien exprimée. Pansement Lister.

Après l'opération, la voix n'est ni éteinte ni rauque, seulement légèrement affaiblie.

Soir. — Puls très rapide. T. A. 36°9. Dysphagie très marquée, douloureuse; pas de raucité de la voix ni d'aphonie. Agitation le soir et la nuit.

Novembre 20. — T. A. 37°2. Nuit agitée, dysphagie très forte; puls rapide, pas d'aphonie. Soir 37°3. La malade s'est levée pour uriner.

Novembre 21. — Apyrexie. Pansement, peu de suintement sanguin, état local parfait. On ôte le drain supérieur qui est le principal. Pas d'aphonie. Dysphagie persistant encore. La malade reste debout tout l'après-midi. Soir, T. A. 38°. Etat excellent, pas de douleurs.

Novembre 22. — La dysphagie a cessé. Voix claire. Apyrexie.

Novembre 23. — On ôte le deuxième drain, la réunion paraît acquise; suintement très minime, bandettes collodionnées, cravate de flanelle. La malade

reste debout toute la journée. Etat général parfait. Apyrexie.

Novembre 24. — Rien de particulier.

Novembre 25. — Apyrexie. La réunion est complète, on enlève quelques parties de la suture qui tiennent encore. Par un ou deux points inférieurs, on fait suinter une petite quantité de liquide jaunâtre, sur la ouate du pansement il y a une petite tache jaunâtre, sèche.

La malade rentre chez elle, avec un pansement composé de bandelettes collodionnées, d'un peu de ouate et d'une bande en cravate croisée. Voix normale, a repris le peu de forces qu'elle avait perdues.

Novembre 29. — Guérison absolument complète; plus de fistules nulle part. On remet des bandelettes collodionnées pour empêcher l'élargissement de la cicatrice.

Décembre 13. — Revue en parfaite santé. La cicatrice est très nette.

#### *Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale meilleure qu'avant l'opération jusqu'en janvier 1894. Depuis, M<sup>me</sup> R. a eu des bronchites répétées.

2° Convalescence rapide, huit jours après a repris ses occupations.

4° Etat de la respiration : meilleure qu'avant l'opération jusqu'en janvier 1894. Depuis, à cause de ses bronchites, la respiration est un peu gênée.

5° Voix claire.

6° Cicatrice linéaire, non visible, en haut, blanche, largeur vers le bas de 3 millimètres, non douloureuse.

7° Cou forme normale, aucune dépression, sauf une saillie à la partie antérieure et un peu à droite, presque immédiatement sous le menton, légère saillie à gauche.

8° Il existe du côté opéré, un peu à droite de la ligne médiane, sous le menton, une grosseur bilobée, à gros lobe supérieur et dur. Ce n'est pas à proprement dit une récidive, mais l'accroissement d'une partie laissée.

9° b) Du côté non opéré, nous ne constatons, à la

vue, aucune augmentation de volume. La malade nous indique l'apparition d'une petite bosselure, que l'on constate en effet, à la partie supérieure du lobe gauche.

10° Ménopause depuis cinq ans sans rien de spécial.

#### Observation VI

*Adénômes multiples.* — M<sup>lle</sup> E. Z., 28 ans, domestique, de Steffisburg (Berne).

Père ayant un petit goitre.

Elle a remarqué qu'à l'âge de treize ans son cou grossissait vers sa partie médiane et inférieure. Des applications de pommades iodées n'ont produit aucun résultat. En 1871, son goitre atteint le volume d'une grosse pomme et s'est surtout développé à droite, la gêne pour respirer, mais pas d'accès de suffocation. Le Dr Lücke de Berne lui fait des injections parenchymateuses et en obtint une notable diminution et une amélioration sensible. En 1878, le goitre grossit de nouveau; les injections reprises ne produisent plus aucun résultat. Depuis cette époque, l'augmentation est graduelle. La suffocation s'accroît. Au moment des époques, qui sont irrégulières et douloureuses, elle se sent étranglée et éprouve la sensation de boule; il lui semble qu'à ce moment sa tumeur augmente. Elle vient consulter le 15 septembre 1883. Depuis le printemps, elle se sent gênée, sa tumeur augmente. La nuit, elle est obligée de se lever pour respirer. Elle avale difficilement. Légère toux. Santé générale bonne.

Tumeur multilobulée; la peau qui la recouvre est souple. Sa forme générale est celle d'une pyramide à base inférieure. Son sommet correspond, à peu près, à la partie inférieure du cartilage thyroïde. En bas, elle ne dépasse pas la fourchette sternale. Cette tumeur présente quatre lobules principaux, deux à droite, dont un comme une noix, l'autre gros comme un œuf, au-dessous; deux à gauche, le supérieur très dur, trace probablement des injections interstitielles. Les autres sont élastiques. En refoulant ceux de gauche à droite, on sent le bord gauche de la trachée qui n'est qu'en

partie recouvert. Si on prend la tumeur entre deux doigts, la malade se plaint d'une grande gêne.

Opération le 21 janvier 1884. Éthérisation.

Incision sur la ligne médiane, muscles bien conservés ; on passe entièrement sur la ligne médiane. La tumeur, appréciable à l'examen clinique, extirpée sans trop de difficulté, on en remarque une autre, plongeant très profondément le long du bord externe de la trachée et de l'œsophage et en bas jusque derrière la clavicule. On incise une partie de la capsule formée par du tissu thyroïdien et on l'énuclée assez facilement avec le doigt de sa loge profonde ; elle a le volume d'un œuf de poule et paraît molle, kystique. L'énucléation s'effectue presque sans perte de sang, quelques vaisseaux seulement à lier. Une partie de la coque de la thyroïde et un petit lobe à droite sont intentionnellement épargnés. Nettoyage de la plaie avec une éponge imbibée d'acide phénique à 5 % et bien exprimée. Pansement de Lister avec deux éponges. Pendant l'opération, l'hémorragie a été insignifiante. La malade était un peu pâle, probablement à cause de la narcose ; elle a eu quelques vomissements. Au réveil, la voix est normale. Nous faisons remarquer que cette malade a subi une extirpation partielle et une énucléation de la tumeur, non appréciable à l'examen clinique.

Soir. — Pouls à 100 environ. T. A. 37°3. La malade a vomi à plusieurs reprises avec effort. Léger suintement de sang.

Janvier 22. — T. A. 37°4. Etat général bon. Dysphagie très marquée, la malade tousse toutes les fois qu'elle veut avaler ; elle a de plus des accès de toux fréquents, très douloureux, quoique l'expectoration soit facile ; pansement intact. Soir T. A. 38°, pouls très rapide, peau chaude. La toux et la dysphagie continuent cependant ; la voix reste claire.

Janvier 23. — Peu de suintement sanguin. La toux et la dysphagie persistent. Potion au kermès, qui calme beaucoup la toux. La malade se lève un peu dans la journée. Apyrexie.

Janvier 24. — La toux a presque cessé, elle reparait dans la journée quand la malade avale. L'état général

est très bon, et la malade reste une grande partie de la journée debout. Depuis l'opération, les accès de suffocation nocturne ont tout à fait disparu. Apyrexie.

Janvier 25. — Etat excellent. On enlève les deux drains. On assure le maintien de la réunion avec des bandelettes collodionnées. Soir T. A. 38°3. La malade dit se trouver bien, cependant elle a, dans la soirée, un peu de sensation de froid et de malaise.

Janvier 26. — Sensation de froid et malaise. Cependant nuit et journée bonnes. Soir T. A. 38°6.

Janvier 27. — Pansement, rien de particulier. Soir T. A. 38°6.

Janvier 28. — T. A. 37°. Deux pilules de sulfate de quinine 0,10 chaque, dans l'après-midi. Soir T. A. 37°9, moins de malaise que le soir précédent.

Janvier 29. — Apyrexie. Légère difficulté en avalant.

Janvier 30. — Apyrexie. Pansement, une petite quantité de pus clair s'écoule par les orifices d'entrée des drains, qui se sont rouverts. Bandelettes collodionnées.

Janvier 31. — Etat excellent. La légère gêne de la déglutition a disparu.

Les 2, 4, 7 février, pansement simple.

Le 5 février, les règles arrivent, très douloureuses, cependant moins que d'habitude.

La malade quitte la clinique le 9 février. Il reste une petite fistule complètement fermée le 23. Elle se plaint, dès le 9, de fatigue, de perte d'appétit, elle a mauvaise mine. On lui prescrit du fer et des bains sulfureux.

Février 29. — La malade prétend que les bains sulfureux l'affaiblissent et lui donnent mal au cœur. Elle est pâle. Elle a eu hier une crise nerveuse, ce qui ne lui est jamais arrivé (on sent pourtant le petit lobe restant à droite très exactement). Nous devons noter qu'elle approche du moment de ses règles. Elle se plaint de ne pouvoir sentir les odeurs (elles lui font mal au cœur). Elle a aussi souvent froid aux pieds, aux mains, beaucoup plus qu'auparavant. Parole nette, pas trace d'œdème.

La malade donne de ses nouvelles vers le milieu de mars. L'appétit et les forces sont revenus. Depuis l'opé-

ration, la suffocation et la gêne de la déglutition ont complètement disparu.

Le 11 octobre 1886, on revoit la malade. Etat excellent. Cicatrice souple, fort peu visible. Elle a souffert après son opération de maux d'estomac qui un an après ont cessé.

Elle a, pendant quelque temps, une grande fatigue de tête et la mémoire un peu faible, jamais de fatigue de bras, de jambes, pas de maladresse. Les règles toujours douloureuses, cependant moins qu'avant. Les forces sont excellentes. Le lobe thyroïdien est actuellement de petit volume, mais cependant plus gros qu'un lobe normal.

Revue en 1887 parfaitement bien portante.

*Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale meilleure qu'avant.

2° Elle avait presque immédiatement repris ses occupations, mais est restée deux ans avant de reprendre complètement ses forces; est devenue très nerveuse.

3° d/ Mémoire affaiblie pendant un certain temps, mais actuellement tout à fait bonne.

f) Frileuse jusqu'il y a quatre ans.

4° Respiration excellente.

5° Voix bonne, plus claire qu'avant l'opération.

6° Cicatrice médiane, linéaire, souple, à peine visible, non douloureuse, blanche.

7° Cou normal comme forme, sauf une saillie du volume d'un œuf de pigeon, du côté droit, sous le sterno-mastoïdien; aucune dépression.

11° Menstruation plus régulière.

La malade, quelques jours après cet examen, écrit à M. le professeur Reverdin, et elle insiste « pour exprimer sa reconnaissance et ses plus humbles remerciements, afin, dit-elle, que tout le monde sache combien je suis heureuse d'avoir retrouvé une bonne et parfaite santé ».

Observation VII

*Goître parenchymateux.* — M<sup>lle</sup> P. F., 37 ans, née à Baidersbraun (Wurtemberg).

Pas de goître dans sa famille.

A l'âge de sept ou huit ans, croit avoir eu un peu de goître, avec oppression. On lui a donné du goudron, qui aurait fait disparaître ces accidents. Rien autre jusqu'il y a deux ans, ni pendant sa grossesse, ni pendant les règles. Il y a deux ans, elle aperçoit une grosseur à gauche du cou qui gênait la respiration et beaucoup pour monter les escaliers. Depuis 1884, sa grosseur augmente continuellement, malgré différents traitements, et la gêne également. Elle ne peut plus dormir que la tête penchée à gauche. Douleurs lancinantes, partant de la tumeur et s'irradiant à l'oreille, au sommet de la tête, à la nuque, au pli du cou, à l'épaule et au milieu du dos. Maux de tête, pas de sommeil. Voix normale; déglutition quelquefois gênée pour faire descendre les aliments. Pas de toux. Souvent douleurs dans le creux de l'estomac et battements de cœur. Amaigrissement marqué depuis deux ans. Maux de reins. Organes internes normaux. Ni albumine, ni sucre.

Tumeur latérale gauche du volume d'un très gros œuf, ovalaire, s'étendant du cartilage thyroïde au sternum, mobile latéralement et de haut en bas. Surface régulière, dure, élastique, non fluctuante. La pression est douloureuse. On sent la trachée peu déviée sur le bord externe de la tumeur. La carotide refoulée en arrière. Les muscles assez bien conservés. Le sternomastoidien non étalé, fait saillie sur le milieu de la tumeur. Lobe droit bien appréciable. Inefficacité des divers traitements et gêne croissante.

Opération le 22 septembre 1886. Ethérisation.

Incision oblique, le long du bord interno du sternomastoidien, de la fourchette sternale au cartilage thyroïde; aucune section musculaire. L'isolement de la tumeur se fait avec un peu de peine. On fait sortir la tumeur de la plaie et on continue l'isolement avec le doigt. La tumeur est à peu près libre partout. Elle

envoie un gros prolongement retrosternal qu'on isole assez facilement, l'isthme épais comme deux doigts aboutit à la partie moyenne de ce prolongement. L'isthme est traversé avec une aiguille mousse et lié en deux moitiés, puis on extirpe la tumeur gauche. Ligatures peu nombreuses, quatre profondes, deux en masses de l'isthme. Hémostase parfaite. Rien autre de spécial.

Au réveil, nausées, beaucoup de toux. Expectoration et déglutition difficiles. Voix basse. On lui demande de parler à haute voix. La voix est faible et rauque. Soir, apyrexie, même état.

Septembre 23. — T. A. 38°4. Nuit agitée. Même état. Dysphagie, aphonie, douleurs épigastriques et des reins. Respiration améliorée. Soir T. A. 39°. Pouls rapide.

Septembre 24. — T. A. 38°8, pouls à 118. Nuit encore un peu agitée. La voix revient un peu, mais faible et voilée. Pansement. Etat local parfait, peu de suintement sanguin. Soir, T. A. 39°, pouls à 104.

Septembre 25 et 26. — Même état, légèrement amélioré.

T. A.	38°8	Soir	38°6
»	38°2	»	38°7

Septembre 27. — T. A. 38°4 matin et soir. Pansement. Etat bon. On enlève les drains. La malade tousse et se plaint de douleurs épigastriques et dans les côtés. Aphonie persistante.

Septembre 28. — T. A. du matin 37°6. Soir 37°8. Etat meilleur.

Septembre 29. — T. A. 37°2. On raccourcit les drains. Soir T. A. 37°7.

Septembre 30. — T. A. 39°. Soir 38°. Légère amélioration.

Octobre 1<sup>er</sup>. — Pansement. La voix revient un peu, mais la malade parle comme une personne essoufflée. T. A. matin 37°2. Soir T. A. 37°8.

Octobre 2. — Rien de spécial. T. normale.

Octobre 3. — T. A. 37°1. Pansement. Suppuration peu abondante par le drain. Soir 38°3.

Octobre 4 et 5. — Rien de particulier, la température ne dépasse pas 37°4.

Octobre 6. — T. A. normale. Examen laryngoscopique, paralysie complète de la corde vocale gauche.

Le 7, elle quitte la clinique. Voix faible, mais revenue, faiblesse générale. Douleurs à l'épigastre. Position au quinquina.

Pansement les 10, 13, 16 et 19.

La voix revient assez, mais, chose bizarre, elle est toujours comme essoufflée. Gouttes de teinture de Mars. Vingt-deux par jour depuis le 16. Etat général meilleur.

La plaie a été un peu infectée, car il y a eu élimination d'un peu de tissu cellulaire mortifié. Le 19 la plaie est réduite à une toute petite surface granuleuse qu'on touche au crayon.

Octobre 24. — Guérison complète. La voix est bien revenue, mais encore un peu faible. Elle se plaint toujours de douleurs dans la poitrine, sous le sternum.

Novembre 14, 1885. — M<sup>lle</sup> F. vient à la consultation, sa santé n'est pas encore rétablie. La voix est faible, un peu voilée, et lui fait défaut lorsqu'elle est fatiguée. L'examen montre que la corde vocale gauche est toujours paralysée, mais que la droite arrive presque à son contact quand elle dit « a » ou « e ». Elle se plaint de ressentir encore des douleurs dans la poitrine, vers le creux de l'estomac. La main gauche ne fonctionne pas, à son dire, comme la droite, elle lâche les doigts facilement (cela lui arrivait autrefois, mais moins). Cette main lui paraît plus faible. Elle s'essouffle très facilement. La cicatrice est douloureuse à la pression, et elle a la sensation que quelque chose n'est pas en ordre au cou ; elle montre son larynx. Aucune trace de gonflement nulle part.

La palpation montre que le lobe droit de la thyroïde, bien appréciable au moment de l'opération, ne se sent plus, il semble qu'il est absent. Le teint est bon. Les pupilles très dilatées. On lui prescrit un traitement approprié.

Novembre 26. — Même état. Sensation d'aiguilles dans la cicatrice, douleurs dans la poitrine. Electricité, courants continus sur les côtés du larynx.

*Examen du mois de juin 1894*

1° La santé générale ne serait pas meilleure qu'avant l'opération ; elle se plaint de douleurs aux jambes, cependant ces douleurs auraient un peu diminué après un séjour à Aix.

2° N'a pas encore complètement repris ses forces, a repris ses occupations après un mois.

3° a) Aucun gonflement, cependant la face paraît légèrement élargie.

b) Les mouvements, pendant un certain temps après l'opération, mais pas immédiatement après, étaient devenus lourds ; cette personne nous dit « je devais aller lentement, les mains étaient maladroitement », mais tous ces phénomènes n'existent plus.

d) Diminution de la mémoire, qui n'est pas encore complètement revenue.

e) Elle est devenue frileuse, elle l'est encore maintenant, surtout à la suite de transpirations.

f) Transpire plus facilement qu'avant.

g) Chute des cheveux ; mais ils ont repoussé.

4° Respiration courte, cependant plutôt meilleure qu'avant.

5° Voix bonne, claire, mais elle est vite fatiguée, la malade toussote un peu quand elle a trop parlé.

6° Cicatrice régulière, légèrement enfoncée, largeur 1 millimètre, souple, blanche. Sensation nerveuse dans la cicatrice quand elle cause.

7° Forme du cou régulière, sauf la dépression de la cicatrice. Aucune saillie, aucune dépression.

9° b) Côté non opéré, on ne sent pas de thyroïde.

10° Paralysie de la corde vocale gauche.

11° Menstruation régulière. Pâle au moment des règles. Elle a plus de peine à respirer et éprouve une sensation nerveuse au cou.

Observation VIII<sup>1</sup>

*Goître colloïde.* — A. B., 28 ans, domestique, de Saint-Etienne.

Pas de goître dans sa famille, mais cas nombreux dans son village à Saint-Chamond.

La grosseur a débuté à l'âge de sept ans, du volume d'abord d'une petite noisette, et occupant la ligne médiane du cou, au niveau du cartilage thyroïde. A onze ans, elle acquérait le volume d'une noix et s'étendait sur les parties latérales du cou. A quatorze ans, presque aussi grosse que maintenant. En même temps, troubles assez marqués. Respiration gênée et sensation d'étouffement au moindre effort. Elle entre dans le service de M. Gayet (Hôtel-Dieu de Lyon), où on lui fit une application de la pâte de Canquoin. Amélioration passagère, quelques mois après les accidents reparurent. La malade subit à Saint-Etienne une deuxième opération qui paraît avoir consisté en une cautérisation portant sur la partie droite. Soulagement notable, mais de peu de durée. La tumeur grossit de nouveau. A dix-neuf ans, vint dans le service de M. Desgranges. A ce moment, la malade avait en avant, sur la ligne médiane, un prolongement qui retombait sur la face antérieure du thorax. Cette partie est enlevée au moyen de caustiques, on ponctionne en même temps un kyste. La malade retourne chez elle; pendant huit ans, a pu se livrer à son travail; la tumeur augmente cependant d'une façon continue, mais lente. En été 1885, nouveaux troubles respiratoires, elle entre le 1<sup>er</sup> octobre à l'Hôpital, service du professeur L. Tripiet. Ponction d'un petit kyste. Traitement ioduré sans effet.

A ce moment, tumeur volumineuse, suivant bien les mouvements du larynx. Elle présente un grand développement, surtout à droite. De ce côté, elle s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule et le sternum, en arrière desquels il est difficile de fixer ses limites. Sur la ligne médiane, elle remonte jusqu'au

<sup>1</sup> Opération faite par J.-L. Reverdin, à la clinique du professeur Léon Tripiet de Lyon. Résumé de l'observation prise par le Dr Raïn, chef de clinique, et M. Mollard, interne. Publiée dans le *Lyon médical*. T. LII, 1886, page 11.

bord supérieur du cartilage thyroïde. A gauche, beaucoup moins développée, elle n'arrive qu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Les limites inférieures sont marquées de ce côté par la clavicule. Trachée non déviée ; sterno-mastoidien déplacé à droite. La peau, qui recouvre la tumeur, présente plusieurs grandes cicatrices, traces des opérations antérieures. Elle est sillonnée par un réseau veineux peu développé et qui s'étend sur la paroi du thorax, jusque vers les régions mammaires. Au palper, on sent une série de bosselures, de consistance fibreuse, au milieu desquelles sont disséminés quelques noyaux moins durs et fluctuants. Ni souffle, ni battements. La gêne respiratoire qui, pendant l'été, était considérable, a beaucoup diminué. La voix, depuis trois ans, est considérablement changée. La lecture à haute voix est presque impossible, la fatigue survient au bout de dix minutes. Rien à l'examen laryngoscopique. L'ouïe est plus faible à droite qu'à gauche. Cette demi-surdité est survenue brusquement et elle aurait coïncidé avec la période pendant laquelle le goitre a augmenté le plus brusquement. Rien autre de particulier. L'examen des différents systèmes ne donne également rien de particulier.

Opération le 12 novembre 1885. Ethérisation.

Incision coudée. Muscles sous-hyoïdiens sains, recouvrant la tumeur. Ces muscles sont écartés ou sectionnés. L'extirpation est assez difficile à cause des nombreuses adhérences. L'hémorrhagie est insignifiante. Le lobe droit est relié au lobe gauche par une sorte de pédicule assez étroit qu'on serre entre deux ligatures, avec un fort catgut, puis on le sectionne. La tumeur du lobe droit est ainsi facilement enlevée. Rien de spécial pour la fin de l'opération.

Novembre 15. — Plaie en bon état. Pansement. Léger suintement séro-sanguinolent. Etat général bon. Un peu d'agitation T. R., le matin 37°9, le soir 38°2. Potion bromurée.

Novembre 16. — La malade est calme T. R. 37°4, le soir 38°5.

Novembre 17. — Pansement. Etat local bon. On raccourcit le drain. T. R. 37°6.

Les jours suivants, la plaie se réunit. Un des bords de la peau chevauche sur l'autre, et est le siège d'un bourgeonnement considérable. Excision de quelques bourgeons exubérants. On constate aussi autour de la plaie et sur le thorax de l'érythème phéniqué.

Les jours suivants, la guérison va en s'accroissant.

Le 30, la plaie est complètement réunie. Quelques bourgeons sur le lambeau qui a légèrement chevauché. Le 9 décembre, la malade sort complètement guérie.

Décembre 16. — On revoit la malade. Rien de changé.

### Observation IX

*Goître parenchymateux.* — R. W., tailleur, 38 ans, Bâlois, marié.

Pas de goître dans sa famille.

Jeune, il avait déjà le cou gros, puis peu à peu le cou a augmenté. Depuis 1886, des douleurs se manifestent ordinairement du côté droit, et quelquefois du côté gauche. Douleurs pendant la respiration et pendant la déglutition, surtout quand le temps change. Sensation de pression sur la trachée, sensation de chatouillement provoquant la toux. Douleurs à l'épaule, surtout du côté droit, le long du bras droit, fourmillements dans les deux mains, depuis le commencement de l'année. Le malade doit changer souvent de position pour dormir. Pendant la nuit, accès de suffocation qui l'obligent à se lever. Troubles stomacaux. La tumeur gêne le malade lorsqu'il se baisse et pendant son travail. Le malade prétend que son cou augmente quelquefois de 3 à 4 centimètres.

Tumeur bilobée à droite, s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde, jusqu'à la clavicule, recouvrant sur la ligne médiane, la trachée, qui paraît déviée à gauche. Tumeur dure, tendue, peu mobile de haut en bas, plus latéralement. On sent la carotide avec une certaine difficulté, derrière le bord externe de la tumeur. Cartilage thyroïde dévié à 3 centimètres de la ligne médiane. A gauche, tumeur moins volumineuse,

recouverte par le sterno-mastoïdien. De ce côté, la carotide est facile à sentir derrière la tumeur. Circonférence du cou, 47 centimètres.

Opération le 28 mai 1886.

Grande incision, coudée à droite, partant de la fourchette sternale, se courbant en dehors (convexité supérieure et à gauche), au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, pour aboutir au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ce dernier est refoulé en arrière. Muscles sains. Section de la partie supérieure du sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. La tumeur est mise à nu. Séparation avec le doigt et à petits coups de ciseaux. L'extirpation n'a pas été très laborieuse. Récurrent intact. Hémorrhagie insignifiante. Le reste de l'opération comme d'habitude.

Soir. — T. A. 38°3, pas trace d'aphonie. Dysphagie marquée, toux trachéale.

Mai 29. — Pansement intact. Dysphagie et toux moindres qu'hier. Le malade se lève dans la journée. Soir T. A. 38°9.

Mai 30. — Le malade descend seul dans la salle d'opération pour se faire panser. Un peu de rougeur de la peau et gonflement, la dysphagie et la toux se sont encore améliorées. T. A. M. 38°3. S. 39°3.

Mai 31. — T. A. 38°4. Pansement. Un peu de pus odorant. La dysphagie et la toux ont cessé. Soir, T. A. 39°5.

Juin 1<sup>er</sup>. — T. A. 38°. Un peu de suppuration. Irrigation phéniquée par le drain. Etat général bon. Soir T. A. 38°9.

Juin 2. — T. A. 38°1. On décolle la plaie au milieu, il coule du liquide séro-purulent de mauvaise odeur et quelques lambeaux sphacelés. On place un drain, irrigation phéniquée. Le malade reste debout toute la journée. Soir T. A. 38°3.

Juin 3. — Pansement. Irrigation. Amélioration marquée. T. A. 37°8. Soir 38°3.

Juin 4. — Le mieux continue. Apyrexie.

Juin 5. — La rougeur a disparu, il reste encore des lambeaux sphacelés, mais petits. Le malade quitte la clinique.

Jun 6. — Il vient se faire panser. Il sort par les deux drains (médian et supérieur, l'inférieur a été enlevé) une grande quantité de détritns jaunâtres, l'odeur n'est pas très mauvaise.

Jun 10. — On remplace le drain supérieur par un plus petit. Etat général très bon et la respiration facile.

Jun 12. — On ne laisse plus que le drain moyen.

Jun 13. — Il s'élimine encore un gros paquet de tissu conjonctif sphacélé qui sent très mauvais et qui paraît être le dernier. L'état général n'a pas cessé d'être très bon. Le malade vaque à ses occupations.

Jun 15. — Plaie en bon état, plus d'élimination de tissu sphacélé.

Jun 22. — La guérison est complète. Le malade éprouve une légère gêne en avalant, probablement qu'il faut en rapporter la cause à la cicatrisation des tissus profonds, due à la suppuration. Respiration très facile. Toute gêne occasionnée par le goître a disparu.

#### *Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale meilleure qu'avant, sauf du rhumatisme musculo-articulaire.

2° Trois mois après l'opération, reprise des forces et des occupations.

4° Respiration meilleure.

5° Excellente.

6° Cicatrice visible, étroite, souple, peu pigmentée en haut, légèrement bridée en bas, légères piqures dans la cicatrice quand le temps change.

7° Saillie assez visible du lobe gauche, larynx dévié à gauche, pas de dépression à droite.

9° Légère augmentation, selon le malade, du côté non opéré, en tous cas très légère.

*N.-B.* — Le malade prétend que depuis l'opération il éprouve une sensation de vertige quand il descend les escaliers, et à la montagne.

### Observation X

*Goître parenchymateux.* — M<sup>lle</sup> C. R., domestique, Genève.

Pas de goître qu'elle sache dans sa famille.

Depuis toute petite, a eu le cou gros; il y a à peu près un an qu'elle s'est aperçue que le goître se développait et a fait des progrès très marqués, surtout du côté gauche. La respiration, depuis une année, est gênée quand elle travaille, parle ou chante. Respiration gênée pour monter les escaliers. Cet hiver quelques douleurs à la nuque. Les époques, très irrégulières, n'ont aucune influence sur le goître. Elle demande l'opération, cependant elle est très anémique, on la remet à une date ultérieure. Cette malade est atteinte d'un léger défaut de prononciation de naissance. Après six semaines à la campagne et une amélioration notable de la santé générale, elle revient.

On constate au cou deux tumeurs séparées par un sillon médian. Celle de droite, moins volumineuse que la gauche, dont elle n'éprouve pas de gêne, est formée par une série de lobules presque séparés les uns des autres, et s'étendant depuis la clavicule jusqu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

La gauche, du volume d'un très gros œuf, est saillante, ovalaire, mobile de haut en bas et latéralement. Elle s'étend de la clavicule jusqu'un peu au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle est élastique, moins dure que celle de droite, en dehors elle s'étend jusque sous le bord du sterno-mastoidien. La carotide bat vers son bord supérieur. La peau est saine. C'est cette tumeur qui gêne la malade, et elle demande de nouveau qu'on l'en débarrasse.

Opération le 11 juin 1886. Ethérisation.

Incision oblique, suivant la partie la plus saillante de la tumeur; de la fourchette sternale à la hauteur de l'os hyoïde. Muscles bien conservés. On pratique assez facilement l'extirpation de ce lobe gauche. Hémorrhagie insignifiante. L'isthme est lié au catgut en deux pédicules; sept à huit ligatures. Pansement; rien de spécial. Soir, T. A. 38°. Voix claire; douleur en avalant.

Juin 12. — T. normale. Voix bonne. Déglutition très douloureuse ; pansement intact. Soir, T. A. 38°. Etat comme le matin.

Juin 13. — Pansement. Peu de suintement. Plaie en bon état, très légère rougeur en bas, où le drain est un peu rentré. La malade se lève et se promène pendant la journée. Soir, T. A. 38°. Bon état.

Juin 14. — Etat bon. La déglutition n'est presque plus douloureuse. T. normale.

Juin 15. — Rien de spécial.

Juin 16. — Etat parfait. On enlève le drain supérieur. Apyrexie.

Juin 17. — Rien.

Juin 18. — Pansement. On ôte le second drain. Réunion complète, bandelettes collodionnées.

Juin 19. — Etat bon. Pansement. La malade quitte la clinique et va à Pressy.

Le 24 elle revient, il n'y a plus qu'un petit bourgeon au niveau du drain.

#### Observation XI

*Goître parenchymateux.* — J. S., 59 ans, Chamonix.

Plusieurs membres de sa famille avec goître, un frère mort à soixante ans d'accès de suffocation dus à un goître, trois filles et un fils avec goître. Son mari avait également le cou gros. Etant jeune fille, elle avait déjà le cou un peu gros ; il a augmenté peu à peu, surtout pendant ses grossesses, mais elle n'en était pas gênée. Il y a deux ou trois ans qu'elle commence à faire du bruit en respirant, à corner. Depuis longtemps, elle avait le souffle court pour monter, mais ces dernières années elle est très essoufflée. Parfois légers accès d'oppression pendant la nuit. Depuis ce printemps, les accès de suffocation nocturne sont de plus en plus fréquents et pénibles, durent souvent 5 à 10 minutes et l'obligent de se lever. Elle couche sur le côté droit pour mieux respirer. Elle souffre de douleurs dans le cou, la nuque, le côté droit de la face, les bras jusqu'au coude (pas de fourmillements dans la main). Fort cor-

nage en respirant, au moindre effort. Au repos même, la respiration est bruyante. Quelque fois déglutition difficile.

Le cou est large et court, à droite une saillie assez marquée et une autre sur la ligne médiane. Ces saillies élargissent le cou, plus qu'elles ne proéminent extérieurement. Elles paraissent bridées par les couches musculaires bien nourries. A la palpation, on reconnaît l'existence d'un lobe thyroïdien fortement augmenté de volume à droite, et d'un autre lobe recouvrant la trachée. Ces deux masses sont régulières, élastiques, assez dures, non fluctuantes. La carotide droite bat en arrière du lobe droit, celui-ci remonte jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Le lobe médian descend jusqu'au sternum, qu'il ne paraît pas dépasser. A gauche rien d'anormal. En haut, légère déviation du larynx à gauche. On ne peut pas suivre la trachée. En pressant sur le lobe médian, on fait éprouver à la malade une gêne notable. Le volume du goitre et sa situation n'expliquant pas les symptômes assez sérieux dont la malade est atteinte, on se demande si un lobe rétrotrachéal ou rétro-sternal n'échappe pas à l'examen? Aucune matité à la partie supérieure du sternum.

L'examen laryngoscopique montre un larynx normal, mais on aperçoit manifestement une saillie intérieure de trois anneaux de la trachée.

L'opération est proposée et acceptée.

Opération le 28 juin 1887. Ethérisation.

Incision coudée oblique en bas et en avant suivant le bord supérieur du lobe droit, puis verticale, descendant au-dessous de la fourchette sternale. Les muscles, très rouges, sont bien conservés, section des sous-hyoïdiens. L'omoplate-hyoïdien est écarté. L'opération, quoique courte, 30 minutes environ, a été laborieuse. Pendant l'opération, la respiration, un moment pénible, est devenue normale aussitôt que la masse comprimant la trachée a été enlevée. L'extirpation s'est faite le plus souvent avec le doigt; le nerf récurrent a été aperçu et est resté en dehors des ligatures, au nombre d'une quinzaine. Quelques adhérences. Au moment où les sutures profondes étaient faites, l'hémorrhagie, minime

pendant l'opération, devient forte. On ouvre les sutures et on lie une artère de calibre moyen, on débarrasse la plaie des caillots. Rien autre de spécial. Suture du Dr Girard (Berne).

Au réveil, voix non altérée. Respiration parfaitement libre, plus trace de cornage.

Soir, état général bon; pouls calme. T. A. 37°8. Voix claire. Déglutition douloureuse.

Juin 29. — T. A. 37°8. Etat bon. Déglutition toujours douloureuse, mais moins qu'hier; voix claire. Se plaint surtout de courbature et demande à se lever sur un fauteuil. Elle y reste une heure. Soir, T. A. 38°8. Un peu de trachéite. Même état que ce matin.

Juin 30. — T. A. 38°5. Trachéite assez intense. La respiration est gênée et occasionne de la toux pénible. Expectoration difficile. Pansement. Rougeur assez forte mais peu étendue. On enlève la suture de Girard, qui paraît trop serrée; très peu de sang dans le pansement. La malade a des besoins d'aller à selle et très mal à la tête. Purgatif, bon effet. La déglutition n'est plus gênée. La voix est normale. Soir, T. 39°2. La malade dit respirer mieux, cependant son état est le même que ce matin.

Juillet 1<sup>er</sup>. — T. A. 38°5. Même état, trachéite assez violente, cependant respiration meilleure. Toux fréquente. Potion au kermès avec polygala. Pansement, rougeur moindre. Suintement modéré, séro-purulent, par les drains. On enlève un drain. Soir, T. A. 38°9, un peu d'amélioration.

Juillet 2. — Pansement. La rougeur a diminué. T. A. 37°4. Suintement modéré. La trachéite a beaucoup diminué. La malade se lève dans la journée. Soir T. A. 37°9, état meilleur.

Juillet 3. — T. A. 37°3. La rougeur diminue de plus en plus. La respiration est bonne. La malade est sortie dans le jardin. Soir, T. A. 37°7. On enlève quelques sutures.

Juillet 4. — T. A. 37°4. Pansement, état local bon, on ôte encore quelques sutures. Céphalalgie à forme névralgique, surtout du côté droit; pilules de sulfate de quinine 0,10, quatre à cinq dans la journée. Soir T. A. 37°8. Amélioration des douleurs.

Juillet 5. — T. A. 37°2. Pansement. Pus liquide et odorant, assez abondant; injection de sublimé par le drain. Céphalalgie moins intense. Quinine. Purgation demain matin. Soir, T. A. 37°6.

Juillet 6. — T. A. 37°3. Purgation, moins de céphalalgie.

Juillet 7. — T. A. 37°1. On enlève les derniers fils. Même état. On a recommencé la quinine, il y a toujours un peu de céphalalgie. La malade a notablement maigri et pâli depuis son opération, elle se fatigue vite, elle tousse encore un peu et crache difficilement. L'appétit est médiocre. Le pansement est douloureux, quoique on se borne à faire une injection de sublimé dans le drain; il s'élimine quelques petits morceaux de tissu cellulaire sphacelé. Soir T. A. 37°5.

Juillet 8. — Etat assez bon sauf la faiblesse. Apyrexie. Pansement toujours douloureux. On supprime l'injection au sublimé et on remplace le pansement iodoformé par des compresses boriquées à 4 %, changées deux fois par jour. Poudre de bismuth sur les parties rouges.

Juillet 9. — Etat local et général meilleur. Presque plus de rougeur. Suppuration moins abondante. Un peu plus de force. Céphalalgie moins violente. T. normale.

Juillet 10. — Suppuration bien diminuée. Etat général meilleur. T. normale.

Juillet 11. — On supprime le dernier drain, qui, du reste, était sorti. Etat général meilleur. Suppuration très minime. T. normale.

Juillet 12 et 13. — L'état général s'étant bien amélioré, la malade quitte la clinique.

On revoit la malade à Chamonix le 27 août. Son état est excellent. Elle a repris son appétit, ses forces. Elle peut déjà faire des courses assez longues et est très satisfaite de son opération. Le teint est bon. Rien d'anormal.

En décembre 1887, on a des nouvelles de cette malade, qui continue à se porter très bien, sans que rien de particulier soit survenu.

En 1892, M<sup>me</sup> J. S. est toujours en parfaite santé.

*Examen du mois de juin 1894*

M<sup>me</sup> S., habitant Chamonix, a répondu par lettre aux questions posées.

1<sup>o</sup> Santé très bonne.

2<sup>o</sup> Au bout de deux mois, j'ai repris mes forces ordinaires et en même temps mon travail habituel.

3<sup>o</sup> b) Un peu de fatigue générale dans tout le corps, particulièrement aux jambes.

d) Après l'opération, je n'ai pas perdu la mémoire, mais voici une année ou deux qu'elle me fait défaut, je l'attribue à mon âge avancé.

4<sup>o</sup> Respiration très libre et pas d'oppression.

5<sup>o</sup> Voix bien naturelle.

6<sup>o</sup> La marque de l'opération est très visible, blanche et non douloureuse.

7<sup>o</sup> Je trouve avoir le cou un peu plus plat sur le devant, il y a un léger enfoncement à l'endroit de la marque.

**Observation XII<sup>1</sup>**

*Goître mixte.* — A. S., 67 ans, employé, de Bonnefons (Loire), habitant Genève.

Pas de goître dans sa famille.

Il y a trois ans, il aperçoit à la partie moyenne de la face antérieure du cou une petite grosseur du volume d'un haricot. L'augmentation a été progressive. En août 1889, le malade remarque que sa tumeur augmente rapidement; elle aurait acquis en quatre jours son volume actuel, et ce sans cause appréciable. Le malade n'a remarqué qu'un peu de raideur du cou. Actuellement, il sent passer les aliments. Voix enrouée, surtout depuis ce brusque développement de la tumeur. L'examen des différents systèmes ne révèle rien de particulier. Santé habituelle bonne.

On constate dans la région latérale du cou, immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur arrondie, saillante, et qui mesure :

<sup>1</sup> Opération faite par M. J.-L. Reverdin à l'Hôpital cantonal. Nous résumons l'observation prise par le D<sup>r</sup> A. Dupraz, interne.

D. vertical	0,052 <sup>mm</sup>
D. transverse	0,057 <sup>mm</sup>
D. sagittal	0,050 <sup>mm</sup>

La peau est saine. Surface lisse, limites nettes, consistance élastique, fluctuante. Elle suit les mouvements du larynx. Ce dernier est dévié à gauche ; la saillie du cartilage thyroïde est à environ 0,002<sup>mm</sup> de la ligne médiane. Après un traitement médical inefficace, on se décide à l'opérer.

Opération le 14 septembre 1889. Éthérisation.

Incision verticale sur la partie culminante de la tumeur. Arrivé sur la tumeur, appréciable à l'examen clinique, on essaie de faire l'énucléation. A ce moment de l'opération, on fait sortir un adénôme du corps thyroïde, situé en bas et derrière la trachée et qui refoulait le larynx. Cette partie de la tumeur n'était appréciable d'aucune façon à l'examen clinique. On enlève les deux tumeurs adhérentes l'une à l'autre. Pendant la première partie de l'énucléation, faite au doigt, celui-ci s'est égaré en dehors de la capsule glandulaire, ce qui explique la lésion du récurrent. Rien autre de spécial à signaler. Journée bonne.

Septembre 17. — Pansement, on enlève un drain et la moitié des sutures. Etat local bon. Le malade a la voix rauque et ne peut avaler les liquides. T. normale. Le malade se lève.

Septembre 19. — On enlève le reste des sutures, on met un drain plus petit. Voix et déglutition n'ont pas changé. Le malade éprouve quelques douleurs névralgiques dans la joue droite.

Septembre 24. — On enlève le dernier drain. Tout le reste de la plaie est complètement réuni par première intention. Déglutition plus facile. Voix toujours rauque.

Septembre 29. — Pansement. Il ne reste plus qu'un petit bourgeon à l'orifice du drain. Les névralgies persistent dans la joue droite. Sulfate-quinine 0,25 tous les soirs.

Octobre 6. — Pansement, voix rauque.

Octobre 20. — Les névralgies sont moins fortes. On cesse l'emploi de la quinine. La déglutition est encore

un peu gênée, mais l'amélioration est très sensible. Etat de la voix stationnaire.

Octobre 25. — Incisé un petit abcès de la grosseur d'un pois qui s'est formé sur la ligne d'incision. Petit pansement avec gaze iodoformée et collodion.

Novembre 2. — Le malade quitte l'hôpital. Déglutition normale, voix toujours rauque. Le malade n'a jamais eu de fièvre, sauf un soir, le 21, 38°1.

Examen laryngoscopique du malade fait par Dr H. Bernet après l'opération :

Paralysie complète du récurrent droit.

Corde vocale droite immobile pendant la phonation et cachée par la bande ventriculaire ; la corde vocale gauche est seule mobile et dépasse pendant la phonation la ligne médiane pour aller s'appliquer contre la bande ventriculaire et la corde vocale correspondantes. La respiration n'est pas gênée, la voix seule est modifiée.

#### *Examen du mois de juillet 1894*

Nous avons voulu voir ce malade, qui, dernièrement encore, habitait Genève, mais on nous a dit qu'il était parti pour Paris. Un de ses amis qui était avec lui tous les jours nous affirme qu'il s'est toujours très bien porté depuis l'opération, mais que sa voix est toujours un peu « cassée », c'est son expression. Ces renseignements sont confirmés par le professeur Reverdin, qui a vu le malade souvent après l'opération, de sorte que le malade, à part sa paralysie de la corde vocale, n'a rien présenté autre de spécial.

#### Observation XIII

*Goître colloïde (dégénérescence colloïde totale du corps thyroïde.* — M. L., 30 ans, jardinier, originaire d'Auvergne.

Frère réformé du service militaire pour gros cou.

Il y a trois ans, son cou commença à grossir. Il grossissait au printemps, à partir du mois de février, pour diminuer en hiver. Ces deux dernières années il s'est

produit, à la même époque, un gonflement de la face et, dit-il, des érysipèles. Peu à peu, l'augmentation du goitre l'oblige à élargir ses cols de 2 centimètres. Il éprouve des sensations de constriction et des crampes, mais la santé générale est bonne, pas de gêne de respiration et dort bien dans toutes les positions, mais il est de plus en plus gêné pour son travail. Le traitement médical n'a produit aucun résultat.

Le cou est très élargi, plus saillant à droite et surtout vers sa base. Le lobe droit de la thyroïde est fortement augmenté de volume, mais il est difficile d'en apprécier la forme, car la masse ne fait pas beaucoup saillie à l'extérieur ; on sent cependant à la partie supérieure une petite partie plus dure, en bas consistance assez souple. La tumeur ne paraît pas plonger derrière la clavicule. La carotide est refoulée en dehors. Le lobe gauche ne semble pas augmenté de volume. Le larynx est dévié, la déviation atteint surtout le cricoïde, qui est rejeté à gauche, d'environ 2 centimètres.

Opération le 5 septembre 1892. Éthérisation.

Incision coudée, commençant sur le bord antérieur du sterno-mastoidien, à la hauteur de la pomme d'Adam et descend sur la ligne médiane jusqu'à la fourchette sternale. Le muscle omo-hyoïdien qui bride la tumeur en avant, et est large et épais, est divisé. La tumeur mise à nu, on constate qu'elle n'est pas énucléable. On fait l'extirpation du lobe droit. La tumeur remontait fort haut et descendait derrière la clavicule et le sternum. Le dégagement est fort difficile en dehors. On dégage avec le doigt l'isthme de la trachée, et on passe avec une aiguille mousse une grosse soie autour de lui, et on le lie. Il est coupé ensuite à petits coups de ciseaux. La section de l'isthme ne donne lieu à aucune hémorrhagie, quoique la ligature soit lâche, néanmoins avant de procéder à la suture profonde musculaire, on fait trois points de catgut pour réunir les bords de la section. Pendant qu'on fait les ligatures, on s'aperçoit qu'une pince a été posée sur le récurrent, on l'enlève aussitôt. Ligatures nombreuses. Nettoyage de la plaie avec une compresse malheureusement trop imbibée de sublimé. Deux drains. Pansement.

Le malade, qui a été, pendant l'opération, cyanosé et ensuite pâle, est, avant d'être bien réveillé, très angoissé, cependant il ne vomit qu'une fois à la fin de l'opération et pas depuis.

Dans la journée, il est calme, mais souffre en avalant et a très soif. Soir, pouls très bon, plein, T. A. 38°5, pansement non traversé.

Septembre 6. — T. A. 38°. Pouls rapide, mais bon ; nuit agitée, insomnie, malgré une injection de morphine, douleurs modérées en avalant. Soir, T. A. 38°7, pouls rapide, douleurs plus vives en avalant.

Septembre 7. — T. A. 38°6. Le pouls dépasse 190. La langue est sale. les douleurs de déglutition sont très violentes. Pansement. Pas de réaction, peu de gonflement. On enlève les drains. Soir, T. A. 38°7. Le malade est agité, le fascia un peu altéré, soif vive, urine normale. Dans la soirée, très violentes douleurs dans le cou et a grand'peine à avaler sa salive. Il a été levé cependant une partie de la journée, comme du reste il l'a fait dès le lendemain de l'opération.

Septembre 8. — T. A. 39°, pouls plus lent à 84, douleurs dans le cou avec sensation de gonflement ; on défait le pansement, rien de particulier, sauf un peu de gonflement, à droite de la suture, et à ce niveau surtout en bas de la sensibilité à la pression ; une sonde cannelée introduite dans les trous des drains, n'entre que superficiellement, et il ne s'écoule rien. Soir, T. A. 38°5, moins de douleurs, il a mangé un beefsteak.

Septembre 9. — T. A. 37°9, pouls encore rapide, langue nettoyée, il se trouve beaucoup mieux. Soir, 37°4, bonne journée, presque plus de douleurs dans le cou, et déglutition presque normale.

Septembre 10. — On enlève les sutures, bandelettes collodionnées.

Septembre 11. — Pansement traversé par du pus en haut. En le changeant, on constate qu'il sort un peu de pus par le point où sortait le drain supérieur ; on introduit un petit drain. Le malade rentre chez lui, à Coppet.

Septembre 13. — Pansement, rien de nouveau.

Septembre 16. — La plaie s'est rouverte à sa partie

inférieure, le pus s'écoule maintenant par là, l'orifice supérieur s'est fermé. La voix qui s'était voilée revient un peu.

Septembre 19. — Pansement, rien de nouveau.

Septembre 22. — La plaie est de niveau, pansement aux bandelettes de sparadrap.

Septembre 27. — Pansement au sparadrap, la surface est très réduite.

Octobre 1<sup>er</sup>. — Il n'y a plus que quelques granulations. Le malade est très fortement enroué et a très mal à la gorge. Les piliers et les amygdales sont très tuméfiés. Gargarisme à l'alun.

Octobre 6. — Cicatrisation complète. La voix beaucoup meilleure sans être tout à fait claire. Le mal de gorge a diminué, mais la luette est encore fortement oedématiée. Le malade travaille sans fatigue.

Octobre 12. — Le malade se sent tout à fait bien, la voix est encore enrouée. L'examen laryngoscopique est assez difficile, il y a de la rougeur des fausses cordes. Les cordes ne se rapprochent pas complètement pendant l'émission des sons, mais on ne peut rien spécifier de plus. Eau d'Allevard.

Décembre 12. — Le malade revient, mais non pour consulter. Il se trouve en parfaite santé, ses forces sont complètement revenues. La voix reste faible et un peu voilée plutôt qu'enrouée. Sa maîtresse le fait lire à haute voix le soir, ce qui le fatigue.

A l'examen laryngoscopique, on ne parvient pas à voir les cordes. On constate de la rougeur du larynx et pharynx.

Continuer l'eau d'Allevard qui lui avait fait du bien et qu'il a interrompue. Badigeonnages de teinture d'iode.

*Examen du mois de juin 1894*

1<sup>o</sup> Santé générale meilleure qu'avant l'opération.

2<sup>o</sup> A repris ses forces et ses occupations fin septembre 1892 pour les vendanges.

4<sup>o</sup> Respiration excellente, jamais incommodé n'importe quel travail qu'il fasse.

5<sup>o</sup> Voix actuellement bonne, il peut lire pendant long-

temps sans aucune fatigue. La voix est cependant restée voilée pendant sept mois après l'opération.

6° Cicatrice visible, légèrement pigmentée, souple, largeur maximum 1 centimètre, non douloureuse.

7° Cou normal.

9° Le lobe gauche n'a pas changé de volume.

## B. Énucléations

### Observation I

*Goître lobulé.* — S., J., 29 ans, ouvrier en boîtes à musique.

Ce malade a été opéré une fois par M. J.-L. Reverdin en juillet 1878; on lui a fait une extirpation partielle de son goître. Depuis lors, il est entré, son goître ayant récidivé, dans le service de M. le professeur Julliard, lequel a commencé une nouvelle opération, mais ne l'a pas achevée; il lui a fait depuis des injections interstitielles de teinture d'iode. Ces injections ont amené une diminution passagère de la tumeur, mais peu à peu celle-ci a repris un volume assez considérable; elle ne le gêne que pendant son travail, pendant lequel la respiration n'est pas libre.

Etat actuel. — Malade un peu pâle; état général bon. La tumeur assez volumineuse est composée de plusieurs masses arrondies, paraissant adhérer à la trachée, dont elles suivent toutes le mouvement pendant la déglutition; la plus volumineuse est médiane et située immédiatement au-dessus du sternum; elle proémine fortement et a le volume d'un poing (elle paraît due au développement d'un petit lobule prétrachéal, qu'on avait laissé en place lors de la première opération et qui était alors très petit). Deux ou trois autres bosselures, plus petites, se rencontrent à droite de la trachée et du

larynx; une ou deux plus petites encore à gauche. Peau intacte. Le malade demande à être opéré de nouveau.

Opération le 24 août 1880. Chloroforme.

A peine l'incision médiane est-elle pratiquée, que le malade, anesthésié, cesse de respirer, le pouls devient filiforme, rare, sans que la couleur des téguments ait changé; la respiration artificielle ramène bientôt le malade à la vie et l'on continue l'opération sans chloroforme, il la supporte très bien. A l'incision verticale, on ajoute une branche oblique en haut et en dehors à droite, qui part de sa terminaison supérieure. On incise la capsule et énuclée avec les doigts, et assez facilement, les différents lobules, tous enfermés dans une coque épaisse d'un tissu dense; on fait une cinquantaine de ligatures, principalement sur les veines, les artères ne se montrent qu'en nombre relativement moindre. En raison du procédé employé, consistant à fendre la capsule et à énucléer les lobules, la carotide n'est point aperçue, d'autre part on peut sentir profondément la trachée.

Suture au catgut, trois drains. Pansement Lister. L'opération a duré deux heures. Champagne.

Août 25. — Etat général bon. Dysphagie, soif. Temp. rectale 39°3. Soir 39°7.

Août 26. — Pouls 112. Respirations 24. Etat général bon. Pansement. Plaie de très bon aspect. On ôte un drain.

Août 27. — Toujours un peu de fièvre. Pansement. Le malade se lève.

Août 28. — Enlevé les sutures, réunion par première intention. Le malade se lève et fume des cigarettes.

Août 29. — Céphalalgie violente. T. R. 39°4, pas de douleurs dans la plaie.

Septembre 3. — Pansement. On enlève un drain; p. 92. T. A. 38°, réunion presque complète.

Septembre 8. — Il revient se faire panser, le malade ayant quitté l'hôpital le 5, avec un pansement léger. Il sort un peu de pus épais par les points de suture.

Septembre 11. — Sécrétion beaucoup diminuée; on

ouvre une collection formée sous les bords de la plaie réunie, vers la partie moyenne et à la droite.

Septembre 15. — Cicatrisation complète.

Remarque. — Ce malade, qu'il nous a été impossible de retrouver jusqu'à présent (juillet 1894), a été revu par M. le professeur J.-L. Reverdin à la fin de l'année dernière. Nous pouvons donc le considérer parmi les opérés revus.

S. ne présentait, du moins jusqu'à fin 1893, rien de particulier, aucune manifestation de myxœdème, aucune récidive, et sa santé générale était bonne.

### Observation II

*Adénome kystique.* — C., L., 33 ans, négociant, Genève.

Pas de goitre dans sa famille.

Etat antérieur bon. En 1878, habitant à Paris, il découvre dans la partie latérale droite du cou, à mi-hauteur, une grosseur du volume d'une noisette, non douloureuse. Elle a grossi graduellement, sans secousses, mais pourtant il s'en apercevait par moments plus particulièrement. Il éprouvait alors une sensation désagréable de tension dans le cou. Rien autre de spécial. Depuis quelque temps, la tumeur a beaucoup augmenté et gagne en hauteur. Au côté droit du cou, tumeur ovalaire du volume d'un œuf d'oie, s'étendant du cartilage thyroïde à la clavicule. Sur la fourchette sternale une seconde, du volume d'une grosse noix, intimement liée à la première. Au palper, la première paraît fluctuante, et la fluctuation semble se transmettre à la plus petite, sans qu'on puisse l'affirmer d'une façon catégorique. Pas de battements. Carotide facile à sentir derrière le bord de la tumeur et en bas, plus difficilement en haut. Larynx peu dévié, trachée notablement déviée à gauche. La tumeur suit les mouvements du larynx.

Traitement médical (pilules d'iodoforme et tannin) pendant trois semaines sans efficacité.

Opération le 20 avril 1887. Ethérisation.

Incision oblique en bas et en dedans selon le point culminant de la tumeur, muscles normaux; on passe entre le sterno-hyoïdien et scapulo-hyoïdien. Enucléation complète; fortes adhérences, peu d'hémorrhagie. Une seule masse constituait les deux tumeurs constatées cliniquement. Dans la journée, vomissements fréquents. Voix normale. Apyrexie.

Avril 21. — Nuit un peu agitée. Fascies bon. Voix normale. Pas de gêne de déglutition. Soir T. A. 38°1.

Avril 22. — Pansement. On enlève les drains. Etat local et général excellent. Le malade se lève.

Avril 23. — Pansement pour ôter la suture profonde. Etat excellent.

Avril 24. — On enlève toutes les sutures, bandelettes collodionnées. Ligne d'incision complète, le trou du drain presque fermé. Le malade reste debout toute la journée, sort au jardin.

Avril 26. — Quitte la clinique.

Avril 27. — On enlève les bandelettes au collodion, le trou du drain donne encore une petite quantité de sérosité. Le malade part pour Vevey en villégiature.

Mai 4. — Revu. Cicatrice linéaire, état local et général excellent.

Mai 8. — Etat bon; petite croûte au niveau du drain. Guérison complète. La forme du cou est normale. La cicatrice linéaire à peine visible.

#### *Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale bonne, meilleure qu'auparavant, plus vigoureux, moins fatigué.

2° Quinze jours après l'opération, a repris ses forces et ses occupations.

4° Respiration bonne.

5° Voix claire, normale.

6° Cicatrice peu visible sauf en bas, linéaire, en bas un peu large, blanche, souple, non douloureuse.

7° Cou de forme tout à fait normale.

Observation III

*Adénôme solide, avec foyer de ramollissement central à droite. Petit adénôme à gauche.* — M<sup>me</sup> S., A., 37 ans, sans profession.

Sœur avec un goitre volumineux, mais qui ne la gêne pas.

Son frère a, dit-elle, les nerfs gonflés au cou.

Elle s'aperçoit, pendant sa troisième grossesse, qu'elle éprouve une sensation de chatouillement au cou, de gêne, mais, à ce qu'elle affirme, elle n'avait pas alors de grosseur ; c'est quatre ans après, en 1878, qu'elle constata que son cou grossissait. Depuis cette époque, l'augmentation a continué, mais elle a été plus rapide l'année 1887. Les époques, régulières, ne paraissent pas avoir d'influence sur le goitre. Elle éprouve actuellement une certaine gêne pour avaler, elle a la sensation de quelque chose qui ne descend pas bien. Légère oppression en montant les escaliers et en marchant vite. Peut dormir bien dans toutes les positions. Elle est d'un caractère nerveux ; elle paraît alcoolique. Rien autre de particulier.

On constate du côté droit du cou une tumeur du volume d'un gros œuf, ovalaire, régulière et recouvrant un peu la trachée, qui ne paraît pas déviée. Au palper, consistance égale, non fluctuante, mobile.

A gauche et en bas, vers le sternum, petite tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, mobile et lisse. L'accroissement étant continu, malgré un traitement médical, et la gêne de plus en plus grande, l'opération est décidée.

Opération le 1<sup>er</sup> juin 1887. Ethérisation.

Incision de 10 à 12 centimètres oblique, sur le côté droit du cou, en dedans du sterno-mastoidien. Incision du sterno-thyroidien. Capsule incisée à la partie la plus mince, énucléation facile, légère hémorrhagie, compression avec une éponge. Une vingtaine de ligatures. Hémostase parfaite. On passe au petit lobe gauche placé près de la ligne médiane. On écarte la lèvre gauche de la plaie, on le fait sortir, la capsule est incisée, et l'énucléation se fait facilement ; une seule ligature. Rien de

particulier. Réveil bon. Voix normale. Légère manifestation alcoolique. Soir, état bon. Apyrexie.

Jun 2. — T. A. 37°8. Etat bon. Voix intacte. Déglutition facile, un peu de toux. Soir, T. A. 38°9.

Jun 3. — Pansement, état local très bon. Etat général bon. Encore un peu de toux. La malade a craché un peu de sang qui paraît venir du nez ou de la gorge. T. A. du matin 38°2. T. A. du soir 38°5.

Jun 4. — Etat très bon. La malade se lève. Apyrexie.

Jun 5. — Pansement, état parfait. Suppression des drains et des sutures profondes. T. normale.

Jun 6. — On enlève une partie des sutures superficielles. T. normale.

Jun 7. — La malade quitte la clinique en parfait état.

Jun 9 et 11. — La malade vient se faire panser. Le trou du drain granule, mais lentement.

Jun 13. — La malade a fait une imprudence en passant la soirée à la brasserie. Le cou est gonfle et dur à droite, léger œdème de la face de ce côté. Compresses boriquées.

Jun 14. — Il s'est fait une petite ouverture à la partie moyenne de la cicatrice; il s'écoule par là un liquide rosé mélangé de pus et de sang; peu abondant, du reste.

Jun 15. — On place un petit drain dans l'orifice, injection de sublimé, compresses boriquées.

Jun 16 et 17. — Le gonflement a disparu, il reste un peu de dureté, on raccourcit chaque jour le petit drain. Le bourgeon de l'ancien drain, cautérisé au nitrate d'argent, se cicatrise. En somme, il paraît y avoir eu une légère infection de la poche principale; il faut dire qu'au niveau du point où l'abcès s'est ouvert, la réunion n'était pas absolument complète. Le pus, toujours très peu abondant et mélangé de sang, n'a jamais eu la moindre odeur. Le drain est enlevé le 18.

Jun 19. — La cicatrisation est presque complète; elle est achevée le 21. Il ne reste qu'un peu d'induration au niveau du sterno-mastoidien droit, vers sa partie moyenne, correspondant à la loge principale.

Jun 27. — La malade vient montrer son cou, qui, à droite, est très dur et lui fait mal ; elle l'attribue à ce qu'un médecin l'a examinée sans ménagement. Cataplasmes.

Juillet 11. — Le cou est maintenant souple. Le tout est en bon état.

#### Observation IV

*Goître kystique.* — M<sup>me</sup> G., 56 ans, de Paris.

La mère a eu le cou un peu gros.

Il y a vingt ans environ, probablement pendant sa troisième grossesse, cependant elle ne s'en souvient pas très bien, elle a vu se développer chez elle un goître, qui a cédé à des applications iodées ; elle a continué ce traitement pendant deux ans. Depuis quatre ans, les veines du cou étaient gonflées des deux côtés, elles le sont d'ailleurs encore. En 1886, une de ses filles, âgée de vingt ans, est morte de la poitrine ; M<sup>me</sup> G. a eu à supporter beaucoup d'efforts pour soulever et transporter la malade. En février 1887, elle vit que son cou grossissait de nouveau à gauche, pendant deux ou trois mois, l'augmentation est graduelle ; elle prit alors une marche beaucoup plus rapide, et pendant trois mois, suivant la malade, elle double de volume. Cette tumeur, jusqu'à présent, n'a donné lieu à aucun symptôme particulier, à part quelques fourmillements dans la main droite. Les règles n'ont eu aucune influence sur la tumeur. Ménopause depuis quelques années. Trois couches bonnes. Depuis mars, elle a passablement maigri, on doit l'attribuer au traitement iodé interne et externe. Divers remèdes homœopathiques à Turin. En avril, séjour pendant vingt jours à Challes. Santé générale bonne.

On constate à la partie gauche du cou une tumeur du volume d'un œuf d'oie au moins, lisse, ovalaire, à grand axe oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, s'étendant de la mâchoire au sternum. La peau est saine. Plusieurs veines très dilatées sur la surface

de la tumeur et à côté. Elle suit les mouvements du larynx. Au palper molle, fluctuante, sans bosselures. On sent les battements de la carotide, en arrière de la tumeur, sans pouvoir suivre le vaisseau lui-même. Larynx refoulé de 2 centimètres environ vers la droite. La tumeur, peu mobile de haut en bas, l'est nettement latéralement.

Insuffisance de divers traitements et accroissement rapide. On propose l'opération, qui est acceptée.

Opération le 15 septembre 1887. Ethérisation.

Incision oblique simple de la mâchoire au sternum. On arrive, à travers une mince couche musculaire (sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien) sur la tumeur. La capsule est mince. L'énucléation se fait avec le doigt assez facilement. La tumeur est plus volumineuse qu'au palper, au moment où on essaie de la sortir, la poche crève, issue de deux verres environ de liquide séreux, non filant. La poche du kyste était de petit volume. Hémorrhagie insignifiante. Rien autre de spécial.

Au réveil, nausées et vomissements jusqu'au soir. Le soir, T. normale.

Septembre 16. — Pansement, suintement insignifiant. La malade va très bien et se lève dans la journée. T. normale.

Septembre 17. — On ôte les deux drains. Rien d'anormal.

Septembre 18. — Etat excellent. La malade sort au jardin.

Septembre 19. — On enlève toutes les sutures. Réunion. Il ne reste qu'un tout petit écart au niveau du drain inférieur. Collodion avec bandelettes. Etat excellent. Elle sort au jardin.

Septembre 21. — Un bourgeon tout petit au niveau du drain inférieur.

Septembre 22. — Elle part pour Montreux.

Septembre 26. — Elle passe à Genève pour se rendre à Turin. Guérison complète. Etat général excellent. Les veines dilatées au côté droit du cou ont beaucoup diminué de volume; à gauche, on ne remarque plus rien.

*Examen du mois de juin 1894*

M<sup>me</sup> G. habitant Paris, a répondu par lettre aux questions posées :

- 1° Santé générale meilleure.
- 2° Un an avant de reprendre complètement ses forces, « redevenir comme avant ».
- 3° *b*) Pendant cinq ou six mois, j'ai eu un tremblement dans les mains en écrivant.
- 4° Ma respiration serait plutôt un peu plus gênée.
- 5° J'ai la voix plus enrrouée qu'autrefois.
- 6° La marque est visible comme une coupure ordinaire, sans couleur particulière, non douloureuse.
- 7° Le cou a une bonne forme, il y a un léger enfoncement à la place de l'opération.

**Observation V**

*Adénôme kystique.* — P., J., 44 ans, cultivateur, Genève (Cologny):

Frère avec goître.

Lui-même, exempté du service à cause de son goître, qu'il a depuis tout petit. La tumeur a progressivement augmenté. Il lui a semblé qu'il était plus gros en été et au printemps, et à ces époques il le gêne pour respirer, pour travailler, pour se baisser. En été, il ne peut pas supporter de boutonner sa chemise. Assez souvent des maux de tête avec sensation de serrement au cou. Rien autre de spécial. Il est atteint d'une légère surdité.

Tumeur latérale droite, ovoïde, occupant la partie supérieure du cou, n'empiétant nullement sur le larynx. Elle s'étend de l'angle du maxillaire au niveau du bord inférieur du cricoïde. La peau qui la recouvre présente quelques veines dilatées. Paraît mobile et suit distinctement mais faiblement les mouvements du larynx. Au palper molle, fluctuante, un peu dure à sa partie inférieure. La carotide refoulée en arrière n'est pas facilement sentie. Le grand axe de la tumeur oblique, en bas et en dedans mesure 12 centimètres. La demi-circon-

férence, à la partie la plus saillante, mesure sur la peau 13 centimètres.

Opération le 26 février 1888. Ethérisation.

Incision oblique selon l'axe de la tumeur, capsule très mince. Hémorrhagie abondante. On tamponne avec de la gaze hydrophile phéniquée, puis on pince le fond du sac et on le retourne sur lui-même. Ligatures au catgut. Pansement au naphtol β.

Soir. — Etat bon. Voix normale. Un peu de douleur en avalant. T. A. 38°4.

Février 27. — Etat bon, pansement intact. T. A. M. 37°4. Soir, T. A. 38°3. Gêne pour cracher, trachéite assez violente.

Février 28. — La trachéite persiste (potion au kermès). T. A. 39°. Pouls à 88. Malaise assez marqué. Pansement. Plaie sèche, ni gonflement, ni rougeur. On enlève les sutures de Girard. Les drains contiennent une matière gris jaunâtre avec une légère odeur sulfureuse. On en remet un seul après nettoyage au phénique. Soir. La trachéite continue. T. A. 39°7.

Février 29. — T. A. 39°. Céphalalgie ; peu de douleurs au cou, plutôt dans le haut de la poitrine. Soir, pouls fort 84. T. A. 38°8.

Mars 1<sup>er</sup>. — Etat meilleur. Plaie nette. Pansement. On enlève toutes les sutures, le drain ; peu de pus, sécrétion insignifiante. La région est assez gonflée. La capsule paraît s'être tuméfiée. Gaze au naphtol, collodionnée. Soir, le malade est tout à fait bien, mange avec bon appétit. Il est debout, son malaise a, dit-il, passé tout d'un coup. Presque plus de trachéite. Apyrexie.

Mars 2 et 3. — Rien de particulier. Le malade se promène presque toute la journée.

Mars 4. — Pansement, un peu de suppuration sans odeur, par le trou où était le drain. On y fait une injection phéniquée et on y place un petit drain. Tuméfaction toujours assez forte de la capsule, quoique moindre et non douloureuse.

Mars 5. — Pansement, peu de suppuration. Le malade sort dans l'après-midi et ne revient pas.

On apprend le 8 qu'il est chez lui à Cognac. L'infirmier est envoyé et le trouve bien, lui fait le pansement et raccourcit le drain.

Mars 15. — Vient à la clinique. Suppuration assez abondante.

Mars 17. — Il revient. Le drain est sorti. La plaie est guérie.

*Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale meilleure qu'avant l'opération.

2° Un mois après a repris complètement ses forces et son travail.

3° c) Il serait plus frileux qu'avant l'opération.

4° Respiration meilleure qu'avant.

5° Voix bonne, beaucoup plus claire.

6° Cicatrice linéaire à peine visible. souple, très léger enfoncement au tiers supérieur, blanche, non douloureuse.

7° La forme du cou n'est pas bien ronde, le cou est un peu décharné, d'ailleurs il a toujours été ainsi et présente également une légère saillie vers la base.

9° b) La partie laissée et qui fait saillie vers la base n'a absolument pas augmenté de volume.

Remarque. — M. P., que nous avons eu l'occasion d'aller voir à Pressy, nous dit qu'il est très content de son opération, « qu'il a eu bon nez de demander à être opéré, car si en 1889, lorsqu'il a eu l'influenza, il avait encore eu son goitre, il serait certainement mort ».

**Observation VI**

*Adénôme en partie kystique.* — E. B., 30 ans, Besançon.

Pas de goitre qu'elle sache dans sa famille.

A l'âge de dix ans, début du goitre à droite; depuis, augmentation graduelle, malgré différents traitements internes et externes.

Dans ces derniers temps, augmentation plus considérable. Sensation de constriction plus forte au moment des époques; pendant ce temps, le cou grossit davantage. En montant, sensation de constriction au cou, douleurs du côté droit de la face. Gêne pour son travail. Rien autre de spécial. Elle réclame l'opération. La malade est d'une bonne santé générale, un peu faible.

Tumeur du lobe droit, volume d'un œuf de dinde, s'étendant de la hauteur de l'os hyoïde au sternum. Régulière, lisse, élastique, légèrement fluctuante. Larynx et trachée fortement refoulés à gauche. Carotide libre, refoulée en arrière. Lobe gauche plus volumineux que normalement.

Opération 14 mai 1889. Éthérisation.

Incision oblique le long du sterno-mastoïdien de haut en bas de la tumeur, muscles bien conservés. Les muscles sont respectés. Capsule mince, énucléation avec le doigt, adhérences fortes en arrière. Un kyste, à contenu séreux, crève pendant l'opération. Hémorragie insignifiante ; une dizaine de ligatures.

Soir. — Etat général bon. Voix normale. Déglutition pénible.

Mai 15. — Déglutition toujours difficile. Rien autre de particulier, température normale.

Mai 16. — La voix est un peu enrouée, la malade a eu des visites et a passablement causé.

Mai 17. — Pansement. Plaie en bon état, aucune suppuration ; on enlève les drains. Voix toujours enrouée.

Mai 18. — Rien de particulier.

Mai 19. — Voix claire. On ôte les sutures ; bandellettes collodionnées. La malade quitte la clinique.

Mai 21. — Vient se faire panser. Une petite tache séro-sanguinolente au niveau des drains. Réunion absolue, sauf les trous des drains. Voix parfaitement claire.

Mai 23. — Etat excellent, bon teint, meilleur qu'avant l'opération.

Mai 29. — Cicatrisation complète.

### Observation VII

*Adénôme kystique.* — S., M., 21 ans, de Bourg.

Pas de goître dans sa famille.

La tumeur a fait son apparition en 1884. Depuis cette époque a suivi une marche progressive et elle a surtout progressé depuis le mois de janvier 1889. La malade n'a jamais été incommodée par cette tumeur.

Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, siégeant vers la partie inférieure du cartilage thyroïde, très mobile, élastique, non fluctuante, suit les mouvements du larynx. Le traitement médical (carbonate de fer ioduré) reste inefficace. La malade réclame l'opération.

Opération le 29 mai 1889. Éthérisation.

Incision suivant l'axe de la tumeur, les muscles sont intacts, section du peusier et du sterno-hyoïdien. Rien de spécial à noter pendant l'opération, quelques adhérences assez fortes par places, cependant l'énucléation a été complète.

Le soir, on refait la partie supérieure du pansement dérangé; pas de douleur à la déglutition, voix normale.

Mai 30. — Etat parfait.

Mai 31. — Le drain est supprimé.

Juin 1<sup>er</sup>. — Les sutures sont enlevées.

Juin 2. — La malade quitte la clinique.

Juin 12. — Elle est complètement guérie.

Revue en septembre 1889, la malade est en parfaite santé, la cicatrice à peine visible.

### Observation VIII

*Adénômes multiples.* — L. V., 44 ans, mariée, de Saint-Pierre-d'Albigny, demeurant à Turin.

Goitre chez plusieurs membres de sa famille.

Étant jeune fille, elle avait une petite grosseur sur la ligne médiane du cou, qui paraissait être un petit goitre. Traitement médical sans effet. Depuis sa troisième couche, à vingt-cinq ans, l'augmentation de cette grosseur a été manifeste. En 1887, au commencement de l'année, à la suite d'une toux durant déjà depuis près d'une année, accroissance brusque de la tumeur dans l'espace de quelques jours. La tumeur se développe surtout sur la partie latérale gauche du cou. Cet accroissement n'est accompagné d'aucune douleur, mais donne lieu à des sensations de tiraillements, et la tumeur augmente toujours. Le cou est plus gros avant et après les règles, et plus dur pendant ces moments. Gêne de respiration pendant la marche et en montant. Très gênée pour dormir dans toutes les positions.

Tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, occupant le lobe gauche de la thyroïde. Ovale. Elle remonte jusqu'à l'angle de la mâchoire, dépasse le sterno-mastoïdien en arrière, qui est étalé à sa surface. Mobile surtout latéralement; elle suit bien les mouvements du larynx. Le larynx est refoulé à un travers de doigt à droite. Au palper, la surface n'est pas absolument régulière, elle est élastique, assez molle. Carotide refoulée en arrière, et surtout perceptible en haut. En bas, sur la ligne médiane, on trouve une autre petite tumeur du volume d'une petite noix plus dure, élastique; à droite, pas de tumeur, mais plusieurs grosses veines sous-cutanées dilatées.

Santé générale bonne. Tempérament nerveux.

Opération 26 août 1889. Ethérisation.

Incision latérale sur le bord du sterno-mastoïdien. Muscles profonds bien conservés. L'omoplate-hyoïdien bride la tumeur en haut. On l'entame pour donner du jour. L'enveloppe de la tumeur est épaisse. Énucléation assez facile avec le doigt. Hémorrhagie abondante, on saisit le fond de la poche. Ligatures nombreuses au catgut. On énuclée de même la petite tumeur. On aperçoit à la partie interne de la capsule de la grosse tumeur deux nodules du volume de petites noisettes qui sont facilement énuclées. Un drain dans la grande loge, un dans la petite. Rien autre de spécial. Soir, état bon, pas de gêne de déglutition. T. A. 39°2.

Août 27. — Pansement traversé par du sang est changé. Etat bon. La malade a eu le soir et la nuit, malgré la quinine, un accès de fièvre sans frisson mais avec transpiration. Quinine 0,40. T. A. 37°8. Soir, accès moins fort. T. A. 38°8.

Août 28. — T. A. 37°9. Etat bon, pas de gêne de déglutition, un peu de trachéite. La malade se lève. Soir, T. A. 38°2.

Août 29. — Pansement. On ôte le gros drain. Le petit a disparu sous la ligne de réunion. Etat local parfait, bords de la plaie un peu ecchymosés. T. A. matin 37°6. Soir 38°3.

Août 30. — Etat bon, T. A. 37°2. Soir 38°.

Août 31. — Pansement; on ôte les sutures et le petit

drain. Réunion complète, bandelettes collodionnées. Les règles sont venues hier, on a suspendu la quinine. La malade sort dans le jardin. Soir, T. A. 38°3.

Septembre 1<sup>er</sup> et 2. — Rien de spécial, un peu de mouvement fébrile le soir.

Septembre 4 et 6. — On change le pansement, il n'y a plus qu'une croûte au niveau du drain. Guérison complète.

La malade quitte la clinique et part pour Turin, le 8 septembre, en parfait état.

*Examen du mois de juin 1894*

M<sup>me</sup> V., habitant actuellement Turin, a répondu par écrit aux questions posées; nous transcrivons fidèlement ses réponses :

1<sup>o</sup> Sa santé générale serait moins bonne qu'avant l'opération, car jusque-là elle était excellente (?) à part les accidents provenant du cou.

2<sup>o</sup> Cinq ou six mois lui ont suffi pour se remettre dans l'état où elle se trouve actuellement, et pour reprendre ses occupations.

3<sup>o</sup> a) Gonflement aux pieds peu après l'opération et jusqu'aux premiers froids. Cela se renouvelle chaque été, mais plus particulièrement cette année.

b) Fatigue du bras droit et de la main. Espèce de douleur intermittente dans le bras et d'engourdissement ou de quasi-insensibilité dans la main qui furent longs à se dissiper.

c) Plus sensible au froid et cette sensibilité persiste.

f) Transpiration toujours difficile comme avant l'opération.

g) Les cheveux sont tombés, mais je crois l'opération étrangère à ce fait, il est arrivé la même chose pour tous les membres de ma famille.

4<sup>o</sup> Pas de changement sensible pour moi sur ce point.

5<sup>o</sup> Voix claire et assez bonne.

6<sup>o</sup> Visible, simple cicatrice, assez étroite pour ne pas en laisser deviner la grave cause, blanche, non douloureuse.

7° Forme passable. Il serait un peu déprimé du côté opéré et gros. Petit enfoncement (très petit) au haut de la marque.

9° *b*) Avait augmenté au commencement de l'hiver qui suivit l'opération ; je pris alors les pilules ordonnées pour ce cas (pilules de iodoforme), il y eut résolution sensible mais amaigrissement. Nouvelle augmentation du côté non opéré vers le début de ce dernier hiver, mais amélioration obtenue par des onctions d'iodure de potassium. Cette grosseur s'est portée un peu sur le devant, de façon à être visible. Cette grosseur s'accroît à certaines époques sans qu'elle soit gênante.

10° L'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

11° Menstruation irrégulière, mais M<sup>me</sup> V. approche de la ménopause. A ce moment, elle éprouve une fatigue à la nuque et au cou. Elle ne nous dit pas si la tumeur augmente de volume pendant ses époques.

#### Observation IX<sup>1</sup>

*Goître adénomateux.* — M<sup>lle</sup> F. M., 47 ans, Annecy.

Oncle paternel mort d'un goître suffocant.

Le goître apparut à trente-huit ans, augmentation d'abord progressive, plus rapide depuis deux ans. La tumeur, dans ces derniers temps, est devenue plus tendue. Extinction de voix dans le courant de l'été, à plusieurs reprises (trois ou quatre fois), elle est alors obligée de faire effort pour parler, cette extinction de voix s'est produite pour la dernière fois le 23 octobre 1889, avant les règles. Actuellement, voix normale, l'examen laryngoscopique ne montre rien d'anormal. Depuis cet été, elle se sent oppressée en montant et marchant vite. Si elle parle vite, essoufflement et léger cornage. Pas d'accès de suffocation. Déglutition au repos normale, mais quand elle avale sa salive, elle est obligée de faire effort et il lui semble que le liquide fait un grand contour pour descendre. Les règles, régulières, ne paraissent pas avoir de l'influence sur la tumeur. Cette malade est anémique et nerveuse. Par moments, digestion diffi-

1 Voir les suites de cette opération (accidents tardifs) à l'obs. XVI.

cile, aigreurs et gonflement, accompagnées de migraines. Rien autre de particulier à noter.

Tumeur du volume d'un œuf de dinde, occupant le côté droit du cou et s'arrêtant en haut à deux travers de doigt de la mâchoire, en bas un léger sillon la sépare du sternum. Forme ovoïde, à grand axe oblique en bas et en dedans, et empiétant en bas sur la ligne médiane. Lisse, assez égale, en bas un peu plus dure, comme si la paroi était plus épaisse, élastique, fluctuante. Mobile latéralement et de haut en bas. Carotide refoulée en dehors.

Différents traitements sans aucun effet.

Opération le 12 septembre 1889. Ethérisation.

Incision oblique en bas et en dedans; couche musculaire bien conservée, incision de cette couche. Couche corticale de la tumeur très mince en avant. Enucléation assez facile avec le doigt, pas de difficultés. Hémorrhagie abondante. On saisit le fond de la poche avec les pinces. Une vingtaine de ligatures. Drainage. Les deux drains sortent au bas de la plaie. Pansement. Naphtol  $\beta$ . Réveil facile, les mucosités bronchiques, abondantes pendant l'éthérisation, cessent. Pas de vomissements. Voix normale. Soir, apyrexie. Douleurs médiocres en avalant. Etat général bon.

Septembre 13. — Pouls rapide. T. A. 37°4. Etat bon. Voix normale. Soir 39°; sans causer, dans l'après-midi, la voix s'enroue, il survient de l'embarras dans le larynx, un peu de toux. Le soir, la respiration est bruyante, laryngée sans dyspnée marquée, un peu d'agitation, tête lourde. Potion calmante.

Septembre 14. — T. A. 38°2. Pouls rapide. Voix meilleure mais enrouée. Soif, peu de douleur dans le cou. Pansement, état local parfait, ni gonflement, ni rougeur, on enlève les deux drains. Soir 39°2. Etat bon, voix moins prise, aucune douleur dans le cou.

Septembre 15. — Apyrexie. Etat bon. Voix presque normale, déglutition facile.

Septembre 16. — Apyrexie. Pansement, état local parfait. On supprime les sutures. Déglutition meilleure qu'avant l'opération. La malade reste debout dans la journée.

Septembre 17, 18, 19. — Rien de particulier.

Septembre 20. — Pansement, il reste une petite croûte sèche au niveau du trou du drain. La ligne de réunion est linéaire.

La malade quitte la clinique.

Quinze jours plus tard, on reçoit de ses nouvelles. Santé bonne.

### Observation X<sup>1</sup>

*Goître kystique.* — J. R., 23 ans, du Valais.

Pas de goître dans sa famille, mais dans son pays le goître est endémique.

Apparition de la tumeur à l'âge de quatorze ans, à la ligne médiane du cou. Augmentation progressive sans douleur. Plus tard douleurs névralgiques de temps à autre. A seize ans, au moment d'une époque menstruelle, la malade, qui avait un travail pénible à faire, voit sa tumeur augmenter tout d'un coup. Les règles ont cessé pendant cinq mois. Depuis cette époque, la tumeur a encore augmenté, mais peu. Gêne plus grande au cou au moment des époques. A vingt ans, grossesse, nouvelle augmentation de la tumeur. Pas de dysphagie. Fréquents accès de suffocation, deux accès plus violents pendant l'été. Dyspnée en montant les escaliers. Voix normale. L'examen des différents systèmes ne révèle rien de spécial. Santé générale bonne. Tumeur du volume d'un œuf, saillante, arrondie, avec des limites nettes, occupant la partie antérieure du cou. La peau est saine, surface arrondie, lisse, ne présente qu'un léger sillon vertical. Au palper, pas de bosselures, molle, élastique, fluctuante. Elle suit les mouvements du larynx, ce dernier légèrement dévié à droite. Rien autre de particulier. La malade, après divers traitements sans succès, se décide à se faire opérer. Opération le 22 novembre 1889. Ethérisation.

Incision verticale sur la partie gauche de la tumeur ; on arrive couche par couche sur la capsule. Enucléa-

<sup>1</sup> Opération faite par M. J.-L. Reverdin à l'Hôpital cantonal. Résumé de l'observation prise par M. le Dr Dupraz, interne.

tion facile. Hémorrhagie insignifiante. Le reste de l'opération n'offre rien de spécial. Durée 30 minutes. Au réveil quelques vomissements. Soir, T. normale.

Novembre 23. — Le pansement est traversé. On le change et on enlève le petit drain inférieur. Etat général satisfaisant. T. A. matin 37°2. Soir 38°.

Novembre 24. — Matin et soir, T. A. 38°1.

Novembre 25. — Matin et soir, T. A. 38°4.

Novembre 26. — Pansement. On enlève les sutures et on les remplace par des bandelettes collodionnées. T. A. matin 38°. Soir 38°3.

Novembre 27. — T. A. 38°. Les règles de la malade sont revenues aujourd'hui. La période précédente avait débuté le 11 novembre et avait duré six jours. Soir, T. A. 39°.

Novembre 28. — Apyrexie. Ecoulement sanguin des règles plus abondant qu'hier. Soir T. A. 37°9. Etat très satisfaisant.

Novembre 29. — Matin apyrexie. La journée a été bonne. La malade a eu hier dans l'après-midi et aujourd'hui une sorte d'accès fébrile avec frisson, chaleur et sueur. Sulfate quinine 0,25. Soir 38°1. Flux catamenial presque disparu.

Novembre 30. — Pansement. Un peu de gonflement de la région. Apyrexie. Etat excellent.

Décembre 4. — La plaie des drains est guérie. La malade se lève depuis le 30 novembre et sort au jardin.

Décembre 7. — Quitte l'hôpital complètement guérie. Nous sommes allé voir cette malade à Bouveret.

*Examen du mois de juillet 1894*

1° Santé générale meilleure.

2° A repris ses forces et ses occupations 40 jours après l'opération.

3° d) La mémoire serait devenue plus faible : « J'étais déjà, nous dit-elle, oublieuse avant l'opération, mais je le suis encore plus maintenant, c'est peut-être que j'ai plus de soucis. »

4° Respiration meilleure qu'avant.

5° Voix bonne quand elle cause, mais elle prétend

que quand elle essaie de chanter la voix est vite fatiguée et qu'elle a des palpitations au cœur.

6° Cicatrice légèrement visible, blanche, souple, d'ordinaire non douloureuse, mais quelquefois elle y éprouve des « picotements ».

7° Cou forme normale, à part une saillie à droite, peu visible d'ailleurs à la vue.

9° a) Côté opéré rien.

b) On constate à la partie latérale droite du cou, dans la moitié inférieure, une tumeur, peu visible à la vue, au palper elle est du volume d'un petit œuf. Le chef sternal du sterno-mastoidien comprime la tumeur. Consistance dure, élastique; nous ne pouvons pas nous rendre compte si elle est fluctuante. La peau est saine. On sent la carotide un peu en dessous de cette tumeur. Le larynx n'est pas dévié. La tumeur, très mobile, suit parfaitement bien les mouvements du larynx. La tumeur ne gêne la malade d'aucune façon. A la pression, la malade accuse une légère sensation d'oppression. Ce serait depuis une année que cette tumeur a paru.

Au moment des époques, elle grossit souvent davantage, et quelquefois en dehors d'elles, mais en prenant une seule pilule (pilules qu'elle nous montre et que nous supposons être de l'iode), cela suffirait pour la faire diminuer; mais en tous cas elle conserverait le volume que nous constatons au moment de l'examen.

Menstruation plus régulière.

### Observation XI<sup>1</sup>

*Goître mixte (parenchymateux en grande partie, avec trois kystes).* — P. C., 26 ans, cultivateur, de Mieussy (Haute-Savoie).

Goître chez plusieurs membres de sa famille.

Apparition de la tumeur à l'âge de dix-sept ans, dans la région latérale droite du cou. Augmentation progressive, sans douleur. Depuis l'âge de vingt-et-un ans, la tumeur a fait des progrès beaucoup plus rapides et le

<sup>1</sup> Opération faite par M. J.-L. Reverdin, à l'Hôpital cantonal. Résumé de l'observation prise par M. le Dr Jaccard, interne.

gène, ce qui le décide à se faire opérer. Essoufflement quand il monte les escaliers, gêne dans son travail. Pas d'accès de suffocation, voix normale. Maux de tête. Traitement iodé pendant dix-huit mois sans aucun effet. L'examen des différents systèmes ne donne rien de particulier. Santé générale bonne.

Dans la région sous-hyoïdienne droite, tumeur saillante, arrondie, du volume d'une petite pomme. La peau est saine. Au palper, limites nettes, légèrement bosselée, molle, élastique et fluctuante. Elle est mobile et suit bien les mouvements du larynx.

A gauche, dans le triangle limité par le bord antérieur du trapèze, le sterno-mastoïdien et la clavicule, une deuxième tumeur, dont le malade ne s'est jamais aperçu. Limites plus nettes à la palpation qu'à la vue, et plus étendues. On sent que la tumeur dépasse en dedans le sterno-mastoïdien, et arrivé jusqu'à la ligne médiane, consistance molle, élastique, non fluctuante. Le malade éprouve une certaine gêne à tourner la tête à gauche. Larynx dévié à gauche de 1 1/2 centimètre.

Opération le 17 décembre 1889. Ethérisation.

Incision verticale, longue de 7 centimètres. Enucléation assez facile du lobe droit. Hémorrhagie insignifiante. Hémostase parfaite. Durée de l'opération 25 minutes.

Journée bonne, quelques vomissements. Soir T. A. 37°2.

Décembre 18. — Le malade n'a pas dormi, pas d'agitation, pas de douleur, le soir T. A. 38°. Antipyrine 0,50.

Décembre 19. — Apyrexie. Le malade demande à manger.

Décembre 20. — Pansement. On enlève le drain. Plaie en bon état. Léger gonflement.

Décembre 21. — Rien de particulier. Apyrexie. Le malade se lève.

Décembre 22. — Idem.

Décembre 23. — Pansement. Réunion complète. On enlève les sutures. Le gonflement a diminué.

Décembre 27. — L'orifice du drain est presque entièrement cicatrisé.

Décembre 28. — Quitte l'hôpital en très bon état.

*Examen du mois de juillet 1894*

Nous sommes allés voir ce malade à Mieussy (Haute-Savoie).

1° Santé générale pas meilleure qu'avant ; il souffre de douleurs au genou. Il aurait eu même du gonflement alternativement dans les deux genoux, ce depuis l'opération.

2° Il a repris son travail quinze jours après, mais ses forces pas complètement. Cependant il peut se livrer à un travail de douze heures par jour et qui exige une dépense de force assez considérable.

4° Respiration meilleure.

5° Voix bonne.

6° Cicatrice blanche, souple, peu visible, non douloureuse, légèrement large en bas.

7° Forme du cou normale, à part une saillie bien visible du côté droit.

8° Du côté opéré, tumeur du volume d'une grosse pomme, ovalaire, s'étendant de l'angle thyroïdien à la clavicule qu'elle ne dépasse pas. La peau est saine. Au palper, elle est élastique, dure, elle ne paraît pas fluctuante ; mobile de haut en bas et latéralement. Elle suit bien les mouvements du larynx. Le chef sternal du sterno-mastoïdien est repoussé en dehors. On sent la carotide battre à la partie supérieure de la tumeur, mais on ne peut pas la suivre derrière la tumeur. L'ancienne cicatrice empiète un peu sur la tumeur.

Le malade nous dit qu'une année après l'opération il s'est aperçu que le cou grossissait de nouveau « parce qu'il ne pouvait plus boutonner sa chemise ». Il nous dit en plus que la tumeur énucléée en 1889 était située plus haut. La tumeur actuelle ne le gêne d'aucune façon.

9° b) Côté non opéré, rien.

**Observation XII**

*Kyste.* — M<sup>me</sup> M. F., 38 ans, Saint-Amour (Jura).

Pas de goitre dans sa famille.

Tumeur depuis 1885, ayant progressivement grossi, marche plus rapide depuis une année, poussées aiguës pendant la menstruation.

Au côté gauche du cou, tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, aspect régulier, ovoïde, à grand axe oblique, dirigé en bas et en dedans, et s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde, au sternum. Le sterno-mastoïdien est refoulé en arrière, recouvre le bord externe de la tumeur. Carotide facile à sentir. Angle thyroïdien dévié à 2 centimètres à droite de la ligne médiane. On ne peut pas sentir la trachée. Peau normale, sauf quelques veines dilatées à sa surface.

Au palper, la tumeur est lisse, égale, non bosselée, insensible, tendue, élastique et fluctuante. Elle suit les mouvements du larynx.

Opération le 18 juin 1890. Ethérisation.

Incision oblique de 8 à 10 centimètres, suivant l'axe de la tumeur. Section du peaucier, sterno-hyoïdien et en partie de l'omoplate-hyoïdien. L'opération n'a pas présenté de sérieuses difficultés, l'énucléation a été complète. L'hémostase a été assez longue. Le soir, le pansement trouvé traversé est doublé d'ouate. Etat général parfait, ni douleurs, ni difficultés de déglutition. Voix normale.

Jun 19. — Rien de particulier.

Jun 20. — La malade descend à la salle d'opération, on supprime le drain, la plaie n'offre qu'une légère rougeur sur un point limité.

Jun 21. — La malade se promène au jardin, état parfait.

Jun 22. — Les fils sont enlevés.

Cette malade reste à la clinique jusqu'au 24 ; on refait le pansement le 25 pour la dernière fois. Elle n'a jamais souffert de la déglutition.

### Observation XIII

*Goître parenchymateux, avec petite cavité kystique.* —  
M<sup>lle</sup> H. W., 36 ans.

Pas de goître dans sa famille.

En 1887, cette malade va, comme d'habitude, séjourner au bord de la mer, dans le nord de l'Angleterre, près de Liverpool. Pendant ce séjour, il y a donc trois ans,

elle sent en se touchant le cou « quelque chose » de gros en bas et à gauche, mais plus haut qu'actuellement. Elle ignore si le goître est endémique dans ce pays, mais elle a vu une personne qui y aurait pris le goître (un goître volumineux). La grosseur s'accroît rapidement, devient visible et est très douloureuse. La douleur est presque constante, mais subit des exacerbations très violentes procédant par crises. On lui fait faire des pulvérisations de cocaïne dans la gorge. En 1887, après différents traitements sans effet, on lui conseille de quitter le pays. Elle va à la campagne, où une certaine amélioration se manifeste. Cependant la tumeur persiste, et, en 1889, devient le siège de gonflements brusques, très douloureux, qui se manifestent jusqu'à deux fois par jour et durent d'une heure et demie à deux heures. Le gonflement de la tumeur serait brusque et disparaîtrait lentement. La douleur vive paraît plutôt soulagée quand le gonflement est complet. La malade prétend qu'une fois ce gonflement a fait sauter le bouton de son col. Les règles ne paraissent avoir aucune influence ni sur ces crises ni sur les changements de volume du goître. Les crises, qui persistent toujours, seraient cependant moins fortes depuis que la malade a pris de l'eau de Challes, à Aix-les-Bains. Depuis une année, la malade est sujette à des crises d'asthme avec sifflement dans la poitrine. Le D<sup>r</sup> Casalis (Aix), qui nous adresse la malade en octobre 1890, a constaté le matin des râles sibilants qui disparaissent dans la journée. Elle a un peu de dysphagie. La voix est normale. La malade a toujours été un peu délicate. Elle a eu, en 1883, une longue attaque de rhumatismes qui l'a beaucoup affaiblie. Depuis, sa santé générale est assez satisfaisante ; on ne constate rien autre de particulier.

A la partie inférieure du cou, à gauche, sous le sterno-mastoïdien, on constate une petite tumeur ne paraissant pas plus grosse qu'un œuf de pigeon ; le cou est gros, mais la tumeur fait une saillie très peu prononcée. On ne peut sentir que le pôle supérieur de la tumeur, et lorsqu'on fait faire un mouvement de déglutition à la malade, on voit que la tumeur se prolonge sous le sternum et la clavicule, et son pôle inférieur arrive à

peine à se dégager. La peau est saine. Au palper, la tumeur paraît dure, assez régulière, ovoïde. La moindre pression est vivement sentie. La pression sur la tumeur paraît gêner la respiration. On ne sent pas la trachée recouverte par un isthme assez développé mais sain. On ne sent pas non plus la carotide. Les muscles ont conservé leur position et il faut chercher la tumeur sous le tendon du sterno-mastoïdien pour la sentir. Il s'agit probablement d'un goître retro-sternal, de nature bénigne. On ne trouve des ganglions nulle part. Cependant la dysphagie, les douleurs, la dureté de la tumeur, ces symptômes font faire quelques réserves. La malade part pour Montreux. On lui prescrit des pilules d'iodoforme de 0,05, trois fois par jour. Peu de temps après, elle écrit en disant que les crises de gonflement ont beaucoup diminué, mais que par contre elle a eu trois fois dans la nuit des crises angoissantes avec gêne de respiration, comme si on lui pressait sur le cou; elle est alors obligée de s'asseoir pour reprendre son souffle. On fait revenir la malade; la tumeur est la même que lors du premier examen; il semble cependant qu'il y ait une légère submatité à gauche, sous la clavicule, vers le sternum. Elle entre à la clinique et l'infirmière assiste un jour à une crise diurne. Elle reconnaît la parfaite ressemblance avec les crises du goître suffocant d'une autre malade.

Opération le 13 novembre 1890. Éthérisation.

Longue incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, du niveau du cartilage thyroïde jusque sur le sternum. Peaucier incisé, sterno-mastoïdien libéré. On incise le sterno-hyoïdien de haut en bas, puis transversalement en haut, dans une étendue de 2 centimètres pour pouvoir l'écarter. On traverse le sterno-thyroïdien et on arrive sur la tumeur. Tous ces muscles sont fermes et sains, ni écartés, ni étalés. On incise la capsule, qui est mince, et l'énucléation est faite assez facilement. L'hémorrhagie est insignifiante, une dizaine de ligatures. Rien autre de spécial.

Soir T. A. 38°. Etat bon. Voix normale; légère gêne à la déglutition. Un peu d'agitation.

Novembre 14. — T. A. 37°4. Nuit bonne. Fascies bon. Pas de douleur. Soir T. A. 37°8.

Novembre 15. — Pansement, très peu de sang. Plaie un peu humide, mais en bon état. On ôte les drains. Un peu de toux trachéale. Voix normale. Déglutition facile. T. A. du matin 37°6. Soir T. A. 38°1. Elle s'est levée dans la journée. Etat bon. Les règles ont commencé aujourd'hui, huit jours en avance.

Novembre 16. — Etat parfait. T. A. normale.

Novembre 17. — Pansement, un peu d'érythème à distance de la plaie. On enlève la plupart des sutures. Bandelettes au collodion. La malade se lève. Apyrexie.

Novembre 18. — Un peu de toux. Apyrexie.

Novembre 19. — On enlève le reste des sutures. Encore un peu de rougeur.

Novembre 20. — La malade se lève l'après-midi. L'état est toujours excellent.

Novembre 21. — Pansement, quelques petites croûtes. Un peu de mal de gorge. T. normale.

Novembre 22. — Rien de particulier.

Novembre 23. — Pansement avec compresses bori-quées pour faire tomber les croûtes (pas trace de suppuration). Il n'y a plus de rougeur. Etat général bon.

Novembre 25. — La cicatrisation est absolument complète. La cicatrice est nette, linéaire. L'état général excellent. La malade sort faire une promenade en voiture.

Décembre 6. — La malade quitte la clinique. Son état est bon, cependant elle a parfois de l'insomnie (nous faisons remarquer que cette malade a toujours été nerveuse), des vomissements. La cicatrice est le siège de sensation de piqûre, qu'une pommade laudanisée calme. Elle a un peu d'asthme en partant.

Dimanche 10. — Avance de cinq ou six jours pour les règles. Elles s'accompagnent, comme à l'ordinaire, de vomissements, mais sont normales.

Décembre 15. — La cicatrice est devenue plus douloureuse, malgré des applications calmantes. Elle devient chéloïdienne, surtout à sa partie inférieure, lisse, dure, saillante comme une ficelle, mais ne fait pas de relief.

Décembre 21. — A la suite d'un refroidissement, légèrè fièvre catarrhale.

Janvier 2, 1891. — L'état est bon, cependant elle a encore quelques atteintes d'asthme vrai, sibilances. Expectoration abondante. La cicatrice toujours un peu douloureuse paraît devenir plus souple, elle est en meilleur état que lors de l'examen du 15 décembre.

Janvier 5. — Les douleurs dans la cicatrice se sont beaucoup atténuées. Toujours quelques crises d'asthme. La voix est bonne, elle peut très bien chanter. Les époques sont très rapprochées. Revue en avril 1891. Pertes blanches. Cicatrice toujours un peu douloureuse. La malade est toujours nerveuse. C'est d'ailleurs son tempérament.

*Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale la même. L'asthme persiste, mais moins.

2° Longue.

3° *d*) Mémoire moins bonne, commence à revenir, mais pas complètement.

*g*) La malade dit que ses cheveux ont changé de couleur, ils seraient devenus plus foncés.

4° Respiration bonne.

5° Voix très bonne. Cette malade ne pouvait plus chanter avant l'opération, actuellement elle chante très bien.

6° Cicatrice visible, largeur maximum de 1 centimètre environ, douloureuse aux changements de température, souple, blanche.

7° Cou normal.

11° La menstruation n'est plus irrégulière.

**Observation XIV**

*Goître kystique suppuré (suite d'influenza).* — M<sup>me</sup> J. T., 47 ans, de Létra (Rhône).

Une sœur avec hypertrophie bilatérale de la thyroïde.

Pendant sa première grossesse, il y a environ vingt-trois ans, elle vit se former au cou, à gauche et en bas, une grosseur qui lui occasionnait des douleurs

assez vives. Cette grosseur a augmenté graduellement, surtout après sa deuxième grossesse, et elle a fini par acquérir à peu près le volume du poing. Cette tumeur ne gênait ni la déglutition ni la respiration. La malade n'a remarqué aucune modification au moment des règles, celles-ci sont encore régulières. Au mois de février 1890, à peine délivrée de l'influenza, la malade remarque, sans cause appréciable, que la tumeur augmente rapidement de volume, surtout vers le haut, où elle a peu à peu poussé un prolongement qui atteint le niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Depuis le mois de mars, la tumeur était déjà le siège de douleurs, mais le volume restait stationnaire. Ces douleurs ont continué et sont devenues de plus en plus vives; la malade les compare actuellement à des élancements violents. Depuis trois semaines, la peau a rougi, sur la partie la plus saillante du prolongement supérieur. La douleur, qui n'apparaissait au début que le soir, est maintenant constante. La malade ne croit pas avoir eu ni fièvre ni frisson, elle n'a pas de diarrhée, pas de transpiration.

La santé générale laisse un peu à désirer; digestions difficiles. Rien autre de spécial.

Le côté gauche du cou est occupé par une tumeur presque aussi grosse que la tête de la malade. La forme est irrégulière; elle forme en bas une grande convexité qui déborde à droite, recouvre la trachée et la partie inférieure du larynx, surplombe en bas le sternum et la clavicule gauche, s'étend très à gauche dans toute la largeur du cou, et remonte sous le menton et la mâchoire, jusqu'à son angle gauche. La peau présente quelques veines dilatées, et sur sa surface latérale externe, au-dessus de la partie moyenne, on remarque une large saillie, dont la peau est d'un rouge vif; il semble que la tumeur soit prête à s'ouvrir à ce niveau. La peau est chaude, surtout au niveau de la rougeur, tout autour il y a de l'œdème inflammatoire assez étendu. Le sterno-mastoïdien gauche est fortement refoulé en arrière. Cette tumeur est élastique, un peu molle, fluctuante dans toutes ses parties; on sent en bas deux nodules paraissant faire partie de la tumeur.

Le larynx est un peu refoulé, sa ligne médiane correspond à la canine. La carotide est refoulée en arrière et bat tout à fait sur le bord externe de la tumeur. La tumeur est mobile sur les parties profondes.

Inefficacité de divers traitements. Augmentation progressive, apparition de symptômes alarmants.

Opération le 13 février 1891. Elhérisation.

Incision sur la partie rouge ; issue d'une petite quantité de pus épais. La tumeur ne s'affaisse pas, on pénètre avec le doigt et on entre dans un tissu friable, mais pas dans la grande cavité. On agrandit alors l'incision jusqu'au sternum, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Les muscles prétrachéaux sont étalés, incision de ces muscles, mise à nu de la tumeur, on introduit le trocart qui donne issue à du pus différent de celui d'en haut. Incision de la capsule, énucléation avec le doigt assez laborieuse, adhérences assez fortes entre les deux couches. En haut, la paroi du kyste donne, tout d'un coup, du pus par une petite rupture. Peut-être serait-ce par là que l'inflammation s'était propagée en haut du côté de la peau. Hémorrhagie insignifiante. En haut, au niveau de la saillie, on trouve une masse grise, comme un œuf, rouge-jaunâtre, infiltrée dans les tissus cellulaire et musculaire ; on détache, au moyen des ciseaux et de la cuiller des fragments, sans arriver à tout enlever. Cette masse se prolonge vers la partie supérieure de la loge kystique, sans qu'on y trouve une communication positive. Ce tissu ne saigne pas. Irrigation phéniquée. On suture la partie moyenne de la plaie, on tamponne la loge kystique par en bas et par en haut avec de la gaze iodoformée, la loge de l'abcès est isolée. Pansement.

Soir. — Apyrexie. Etat général bon. Elle souffre un peu en avalant, voix un peu rauque.

Février 14. — La voix est redevenue claire. Déglutition presque normale. Etat général excellent. Apyrexie.

Février 15. — Déglutition normale. Pansement, rien de particulier sur la plaie. Etat général excellent. Apyrexie.

Février 16. — Etat excellent. La malade s'est levée pendant la journée.

Février 17. — Etat excellent. Pansement, l'ancien pansement est un peu traversé de sérosité sanguinolente. On retire une partie du tampon, mais il est encore un peu adhérent.

Février 18. — Rien de spécial.

Février 19. — Le tout est en excellent état. On retire encore une partie du tampon.

Février, du 20 au 22. — Rien. La malade sort au jardin. Son état est excellent.

Février 25. — Pansement, un peu de suppuration. Il reste encore une petite partie du tampon tout en bas. En haut, la loge où existait le tissu jaunâtre infiltré est en pleine granulation.

Février 28. — On enlève les sutures. La suppuration est insignifiante. Il reste encore une petite partie du tampon. La malade quitte la clinique.

Mars 2. — La malade vient se faire panser. On enlève le restant du tampon. Peu de suppuration, belles granulations. On met un petit drain à la partie inférieure de la plaie. Etat général très bon.

Mars 7. — Encore un peu de suppuration. On raccourcit le drain.

Mars 14. — Le drain est enlevé. La cicatrisation est presque achevée ; en haut, on sent une masse indurée.

Mars 20. — Plaie minime en bas et en haut. La masse dure du haut a beaucoup diminué.

Mars 24. — Elle part pour son pays.

A la fin d'août, on reçoit de ses nouvelles. La santé générale est bonne. La voix serait un peu faible et parfois elle lui manque complètement.

#### *Examen du mois de juin 1894*

M<sup>me</sup> T. habitant Létra, a répondu par lettre aux questions posées :

1<sup>o</sup> Digestion difficile, maux d'estomac.

2<sup>o</sup> Les forces ne sont pas complètement revenues, j'ai cependant repris de petites occupations au bout de trois mois, mais je suis obligée de me ménager.

3<sup>o</sup> b) Un peu de maladresse des mains, mais je ne m'en aperçois plus.

c) La parole plus lente que d'habitude, pendant six mois, et un peu de peine à parler.

e) Je crains beaucoup le froid.

4° Un peu faible, ma respiration.

5° Voix toujours enrouée, surtout s'il fait la moindre fraîcheur.

6° Cicatrice peu visible, blanche, me fait un peu mal.

7° Il y a un petit enfoncement au cou, où se trouve la marque.

### Observation XV

*Adénôme.* — L. T., 38 ans, maréchal, Collonges.

Pas de goitre dans sa famille.

A dix-sept ans, a eu au bas du cou et sur la ligne médiane, une grosseur du volume d'une noix, qui disparaît rapidement à la suite de remèdes internes et frictions. Elle réapparaît en 1879 et acquiert le volume d'une petite pomme en 1880. Elle continue à s'accroître peu à peu sans douleur. Augmentation plus rapide depuis une année. Gêne croissante dans son travail, surtout quand il est obligé de se baisser; rien autre de particulier.

A la partie inférieure du cou, et exactement sur la ligne médiane, tumeur du volume d'une grosse pomme, saillante, ovalaire, à grand diamètre vertical recouvrant le cricoïde et la trachée, suivant les mouvements du larynx. La peau est normale. La tumeur est mobile. Au palper, consistance par places dure, par places molle, fluctuante.

Opération 2 mars 1892. Ethérisation.

Incision verticale de 7 centimètres. sur la ligne médiane. Aucun muscle n'est intéressé. Enucléation complète, hémorrhagie insignifiante. Soir, état excellent. Le malade est levé. Une légère douleur en avalant. Apyrexie.

Mars 3. — Déglutition modérément gênée, état général parfait, le malade reste debout.

Mars 4. — Etat excellent. Pansement, suppression du drain. Le malade quitte la clinique.

Mars 5. — Revu chez lui. Plus de gêne à la déglutition. Pansement.

Mars 7. — Réunion acquise. On enlève les sutures, bandelettes collodionnées.

Mars 14. — Guérison complète.

Mai 4. — Très bon état. Les lobes latéraux de la thyroïde sont toujours un peu gros comme avant l'opération (pilules d'iodoforme 0,05, 3 *pro die*).

Revu au début de 1893. Santé bonne.

#### *Examen du mois de juin 1894*

1° Santé générale bonne, des troubles gastriques mais qui existaient déjà avant l'opération.

2° Les forces sont immédiatement revenues, huit jours après a repris son travail.

4° Respiration meilleure qu'avant.

6° Cicatrice linéaire, blanche, souple, très peu visible; en bas un peu large, 5 millimètres environ; non douloureuse.

7° Cou évasé un peu en bas. Autrement normal.

9° Les deux lobes latéraux paraissent un peu plus gros, mais ne provoquent aucune gêne.

#### **Observation XVI<sup>1</sup>**

*Adénômes multiples.* — M<sup>lle</sup> F. M., 50 ans, Annecy.

Récidive.

Nous donnons en tête de cette observation l'examen détaillé de la pièce enlevée :

« Il y avait une masse principale et plusieurs lobules isolés de toutes dimensions, depuis une lentille. Le lobule principal, dont la coupe donnait une surface grisâtre, ferme, assez semblable en quelques points à un néoplasme malin, est formé en grande partie de tissus adénomateux sans kyste. Hyperplasie des follicules glandulaires. En plusieurs points, il présente des kystes simples. Quelques parties fibreuses. Dans les lobules isolés et plus petits, il s'agit de goitre kystique au début, c'est-à-dire des follicules dilatés et contenant une ma-

<sup>1</sup> Voir observation IX. Enucléation.

tière muqueuse; quelques gros kystes étaient colloïdes. Un foyer hémorrhagique ancien existe dans la tumeur principale et lui donnait à ce point une couleur brunâtre. En somme, adénôme simple, sans caractère malin; les petits lobules étaient en voie d'accroissement rapide.

M<sup>lle</sup> F. M., opérée le 12 novembre 1889, vient consulter le 16 novembre 1892. Elle dit avoir été très longue à se remettre après son opération. Grande faiblesse, peu d'appétit, pas d'enflure. Elle s'est seulement complètement remise au retour de la chaleur, au mois d'avril; depuis, sa santé générale est bonne. Il y a deux ou trois mois, légère gêne à la déglutition, elle sent passer les aliments. Depuis, cette sensation n'a pas augmenté. Depuis cinq ou six jours, elle a senti au cou, à droite, une grosseur. On trouve en effet, à la hauteur du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, à droite, une grosseur allongée, présentant deux ou trois bosselures très dures par places, moins d'autres. Du volume total d'une petite noix, cette tumeur suit les mouvements du larynx, mobile latéralement et de haut en bas. La malade dit éprouver des lancées dans l'oreille et autour d'elle, quelques légères douleurs à la nuque. Santé générale bonne. La gêne de déglutition et les douleurs faisant faire quelques réserves sur la nature du néoplasme, on propose l'opération.

Opération le 24 novembre 1892. Éthérisation.

On excise une étroite bande de peau, comprenant une partie de la cicatrice, car l'incision est moins longue que celle de la première opération. L'énucléation se fait en grande partie avec les doigts, en quelques points à coups de ciseaux. La tumeur enlevée, on trouve encore un petit adénôme à peu près libre et un autre plus gros du volume d'un haricot et enfoui dans la capsule glandulaire, d'où on l'extrait. Hémostase facile, hémorrhagie insignifiante.

Pansement. Soir T. A. 37°, pouls 84. Elle avale sans trop de difficultés. Elle se plaint d'avoir dans le cou beaucoup plus de douleurs que lors de sa première opération.

Novembre 25. — Pouls rapide. Nuit bonne, un peu

de toux et mucosités trachéales ; elle prend facilement de la nourriture liquide. Etat général bon. Apyrexie.

Novembre 26. — Pansement, très légère douleur. On enlève le drain. Apyrexie. Soir T. A. 38°8. Le matin, peu de temps après le pansement, la malade a été prise d'un enrouement très accusé qui persiste ce soir et s'accompagne d'un peu de râle trachéal. Potion kermétisée, qui amène de l'expectoration et la calme.

Novembre 27. — Nuit bonne. Pouls rapide. Voix normale. Apyrexie ; la malade dit que lors de sa première opération, il en avait été de même. Soir T. A. 38°1.

Novembre 28. — Voix claire, journée bonne. Apyrexie.

Novembre 29. — Pansement, les fils sont enlevés et remplacés par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention, complète. La malade éprouve quelques douleurs du côté de l'oreille droite. Reste debout dans la journée. Apyrexie.

Novembre 30. — Toujours des douleurs, et qui paraissent être névralgiques. Cachets de quinine. La malade sort et se promène dans la journée. Apyrexie.

La malade part pour Annecy. On a constaté hier, en enlevant les bandelettes, qu'au niveau de l'opération il y avait une légère saillie, et au palper on sentait une induration du volume d'une grosse noisette, très peu douloureuse.

Décembre 16. — La malade écrit : Il s'est formé, dit-elle, sur la cicatrice, deux petits furoncles, et elle y éprouve des élancements assez vifs par moments. On lui conseille des compresses boriquées.

#### *Examen du mois de juin 1894*

Nous sommes allé voir cette malade à Annecy ; voici le résultat de notre examen. Cet examen se rapporte à la deuxième énucléation subie par M<sup>me</sup> M. (voir également obs. IX et XVI) :

1° Pendant quelque temps plus faible qu'avant son opération (deuxième), actuellement sa santé générale est meilleure.

2° Elle a repris ses forces et ses occupations un mois

après avoir quitté la clinique, où elle est restée douze jours.

3° c) Quelques maladresses inusitées avant son opération (les objets lui échappent des mains sans le vouloir). Cette maladresse, qui a duré pendant l'année 1893, n'existe plus actuellement.

d) La malade prétend avoir perdu la mémoire : « Je ne me rappelle plus, nous dit-elle, ce que je fais du jour au lendemain. » Cette perte de mémoire est, dit-elle, intermittente, « par époques seulement ».

f) Elle ne transpire plus autant qu'avant, elle se sent plutôt brûlante.

g) Depuis la dernière opération, elle aurait perdu ses cheveux presque tout d'un coup et ils ne sont plus revenus.

4° Elle se sent vite essouffée et elle est obligée d'aller chercher son souffle bien loin.

5° Le voix devient vite enrouée quand elle parle trop ou qu'elle lit à haute voix, et il lui faut faire un effort pour continuer à causer, le manque de voix survient subitement.

6° Cicatrice linéaire, peu visible, large de 7 millimètres en bas, mais sur un point limité de 2-3 centimètres environ, souple en haut, légèrement tendue en bas, blanche et non douloureuse.

7° Cou forme normale, aucune dépression, légère saillie peu visible à la vue, à l'extrémité supérieure de la cicatrice, la cicatrice empiète un peu sur cette saillie.

8° Légère saillie, peu appréciable à la vue, du côté opéré à la hauteur de l'angle thyroïdien.

9° a) Du côté opéré on constate une petite tumeur. Cette tumeur peu visible est à la palpation grosse comme une petite noix, mobile sous la peau, mais assez adhérente aux parties profondes. La peau est saine. La cicatrice empiète un peu sur la tumeur. La consistance est dure. Elle est, suivant la malade, quelque fois douloureuse. Elle se trouve à la hauteur à peu près de l'angle thyroïdien et sur la face latérale du thyroïde. Le larynx n'est pas déplacé. On sent bien les carotides. Cette tumeur ne gêne pas la malade. Elle suit bien les mouvements du larynx.

Voici encore ce que nous dit M<sup>me</sup> M. :

Au-dessous de cette grosseur, il s'en trouvait une seconde plus petite, ayant fait son apparition à la même époque que la première. Cette seconde tumeur aurait disparu à la suite d'applications de compresses froides et d'une cravate de flanelle, traitement conseillé par M. le professeur Zahn, que la malade a eu l'occasion de voir le 21 novembre 1893, en compagnie d'une de ses amies qui venait consulter le professeur. La malade prétend que M. Zahn lui aurait dit que ces deux petites tumeurs n'étaient pas de même nature que celles enlevées. Elle nous raconte en plus qu'au moment de son départ de la clinique, après sa deuxième opération, le professeur J.-L. Reverdin avait constaté une petite saillie du côté opéré et l'avait engagée à rester encore quelques jours à la clinique; la malade ne pouvant plus rester est partie chez elle. Trois semaines après son départ, elle a écrit à M. J.-L. Reverdin que sur la partie supérieure de la cicatrice, trois points seraient devenus le point de départ de trois furoncles, qui, selon la malade, auraient donné naissance à la petite tumeur que l'on constate actuellement.

b) Le lobe gauche est normal.

10° L'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

11° Depuis six mois, les règles ne sont plus régulières, la malade est au moment de la ménopause.

### Observation XVII

*Goître kystique.* — M<sup>me</sup> L. D., 24 ans, de Collonges.  
Goître dans la famille.

Elle fait remonter à seize ans le début du goître. Il y aurait eu alors une petite grosseur à la partie inférieure du cou, à gauche; elle était à peine visible et ne la gênait nullement. Pendant sa grossesse, le goître a notablement augmenté, mais surtout depuis l'accouchement l'augmentation a été rapide. Les règles ne paraissent pas avoir de l'influence. En grandissant, la tumeur, qui n'occupait que la partie inférieure du cou, s'est développée en haut. Depuis une année, respiration gênée,

elle ne peut plus monter les escaliers sans être essouffée. Dans ces derniers mois, il s'est produit des accès de suffocation nocturne, la malade est réveillée par un manque d'air et est obligée, dit-elle, de respirer avec la bouche, de chercher son souffle. Dort indifféremment sur les deux côtés; mais doit avoir la tête basse. Rien autre de particulier. Un peu pâle. Santé générale bonne. Tumeur du volume d'une très grosse orange pour le moins, occupant tout le côté gauche du cou et empiétant en bas sur la ligne médiane, qu'elle dépasse; elle s'étend du sternum et de la clavicule jusqu'à la mâchoire inférieure, mais elle reste au-dessus des os, auxquels elle confine. La forme est ovalaire, à grand axe en bas et à droite. Peau normale. La tumeur suit les mouvements du larynx. Au palper, elle paraît lisse, régulière, molle et semble fluctuante; pas de battements. La carotide gauche bat en arrière de la tumeur. La pression sur le larynx gêne la respiration. Le larynx, au niveau du thyroïde, dévié d'un centimètre à droite. La respiration étant de plus en plus gênée, et la malade ayant fait différents traitements sans résultats, demande l'opération. Le jour de l'opération, on remarque quand la malade fait effort pour s'asseoir, que la tumeur paraît moins régulière et présente un sillon et deux bosselures.

Opération le 17 avril 1893. Ethérisation.

Incision oblique, le long du bord interne du sternomastoïdien, trois travers de doigt au-dessous de la mâchoire, jusque devant le sternum. Incision, dans la même ligne, des muscles prétrachéaux bien conservés. Incision de la tumeur, sur une longueur de 4 centimètres et une profondeur de 3 à 4. Enucléation facile partout sauf en un point en arrière. Après quelques tentatives pour séparer avec le doigt, on saisit avec une pince courbe l'adhérence et on coupe devant. Hémorragie alors abondante, évaluée approximativement à deux bons verres de sang. Face pâle, pouls petit. Le fond de la poche a été saisi avec les pinces et retourné. Hémostase assez facile. Les faces et les bords de la loge sont suturés au catgut par quelques points profonds destinés à effacer la poche et par des points superficiels. Le reste comme d'habitude.

La malade est pâle, le pouls petit, elle a des vomissements jusqu'au soir. La voix est bonne. On lui fait une injection de sérum Chéron. Soir T. A. 38°2.

Avril 18 — T. normale, nuit assez bonne, douleur modérée en avalant. Soir T. A. 39°, pas de malaise bien marqué, mais la voix est faible et enrouée. Une injection Chéron a été faite dans la journée.

Avril 19. — T. A. 38°. Voix faible et enrouée, la malade ne paraît pas souffrante, la déglutition n'est plus douloureuse. Pansement, très peu de sang, gonflement assez marqué, pas de douleur à la pression. Soir T. A. 38°2.

Avril 20. — T. A. 37°8. La malade est debout, mais elle se plaint de douleurs névralgiques avec élancements, dans le côté gauche de la face. Deux cachets de quinine de 0,20. Soir T. A. 38°5.

Avril 21. — T. A. 37°7. Pansement, pas de douleur à la pression; un peu de gonflement général du cou. On enlève le drain, pas de sécrétion, pas d'odeur, sang sans odeur dans le drain. Dans la journée, la malade sort au jardin. Soir T. A. 38°2.

Avril 22. — T. A. 37°4. Etat général bon, la voix est redevenue normale, la malade est encore un peu pâle. Soir T. A. 38°.

Avril 23. — T. normale. On enlève les sutures, bandelettes collodionnées, encore un peu de gonflement du cou, pas de douleur à la pression, avale et parle bien.

Avril 24. — La malade rentre chez elle. On la revoit, changement du pansement; le 26 et le 28, il n'y a plus qu'un point non cicatrisé, au niveau du drain. Elle part pour la campagne le 28.

Mai 13. — Elle est en très bonne santé, elle a repris ses couleurs, la cicatrice est linéaire et ne la gêne nullement. Elle fait son ménage, récuré sa cuisine sans aucune peine.

Mai 27. — Etat général bon. La cicatrice lui donne parfois des sensations de piqûre, elle s'est élargie et forme un cordon dur et sensible à la pression.

Revue en janvier 1894. — Cicatrice élargie, souple. Aucune récurrence. Etat général bon.

*Examen du mois de juin 1894*

- 1° Santé meilleure qu'avant.
- 2° Elle a été un peu longue à reprendre complètement ses forces, cependant elle a déjà repris ses occupations au bout de dix jours.
- 3° *d*) Sa mémoire serait un peu plus faible.
- 4° Respiration meilleure qu'avant.
- 5° Voix bonne.
- 6° Cicatrice large, rosée, 7 millimètres au maximum, souple, non douloureuse.
- 7° Cou normal, légère saillie du lobe droit.
- 9° *b*) Le lobe droit nous paraît normal, mais M<sup>me</sup> D. croit qu'il a légèrement augmenté.

**Observation XVIII**

*Kyste.* — F. R., 21 ans, charpentier, Thiez (Haute-Savoie).

Pas de goitre dans sa famille.

Il a commencé à avoir le cou gros vers quatorze ans, du côté droit. L'augmentation s'est faite d'une façon progressive, sans poussées brusques, sans douleurs. Différents traitements médicaux restent inefficaces.

Depuis 1892, sa tumeur le gêne, gêne de la respiration au moindre effort. Pas de cornage. La nuit aucune douleur, peut indifféremment dormir dans toutes les positions. Santé générale bonne.

Tumeur du côté droit, ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dedans. Elle s'étend du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à la clavicule, mais ne plonge pas au-dessous de cette dernière. Surface régulière, lisse.

Au palper fluctuante, sensation d'une coque résistante et épaisse. Pas de modification de la respiration en pressant sur la tumeur. Carotide droite refoulée en dehors. Angle thyroïdien à un centimètre de la ligne médiane. Le larynx décrit une courbe convexe à gauche.

Opération le 10 mai 1893. Ethérisation.

Incision oblique, le long du bord du sterno-mastoï-

dien droit, section en travers de l'omoplato-hyoïdien très épais. Rien de particulier pendant l'opération. Enucléation complète, presque pas d'hémorrhagie. Au réveil, vomissements abondants. Le pansement est traversé pendant la journée par une légère quantité de sang. Douleurs vives à la déglutition. Voix normale. Apyrexie.

Mai 11. — Nuit bonne, quelques douleurs encore en avalant, qui s'amendent vers le soir. Etat général bon. Apyrexie.

Mai 12. — Pansement, peu de sang. On enlève les drains, pas de rougeur, léger gonflement. Le larynx n'a pas repris sa place. Le malade a passé sa journée debout. Apyrexie.

Mai 13. — Etat excellent, le malade sort au jardin.

#### Observation XIX

*Adénome calcifié et suppuré.* — B. H., 25 ans, couturière, de Saint-Gall.

Mère morte d'un goitre plongeant. Sœurs en bonne santé, mais ayant toutes deux un goitre.

Depuis l'âge de dix ans, elle avait un petit goitre à droite et au bas du cou, grossissant modérément et parfois ayant des tendances à diminuer; elle n'était aucunement gênée et ses règles, toujours régulières, n'avaient aucune influence sur le volume de la tumeur.

En 1891, elle part à Caracas; là son goitre augmente notablement, sans qu'elle s'en trouve cependant incommodée. En 1892, elle contracte à Caracas une « fièvre » et reste alitée pendant quatre semaines. Pendant la troisième semaine de sa maladie, le goitre augmente et se déplace en bas et en avant et provoque pour la première fois des accès de suffocation; il s'y forme bientôt une boule du volume d'une noix, sur laquelle la peau rougit. Cette boule donnait lieu à des sensations douloureuses, à des battements tous les après-midis. Cet état restant stationnaire, elle revient à Saint-Gall.

Il y a dix semaines que la « boule » s'ouvrit spontanément, son ouverture persiste et laisse s'écouler du pus.

Actuellement, à part la fistule pour laquelle elle vient consulter, son état général est bon.

Il existe, à environ 2 millimètres de l'articulation sterno-claviculaire droite et à sa hauteur, une surface rosée, bourgeonnante, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes en argent, avec une ouverture d'où s'écoule du pus homogène, mais assez fluide; les bourgeons n'ont pas l'apparence fongueuse. Au palper, on constate qu'il existe, du côté droit de la trachée, à sa partie inférieure et s'étendant jusqu'au bord du sternum, deux grosseurs formant deux bosselures distinctes et unies l'une à l'autre par un petit pont. La première, grosse comme une noix, est ovalaire à grand axé, oblique en bas et en dedans, et recouvre la partie inférieure de la trachée. La seconde, plus petite, de consistance dure, pierreuse, un peu plus haut et à droite de la première, en est séparée par un sillon complet. Toutes deux suivent les mouvements du larynx. Le stylet introduit par l'ouverture de la surface bourgeonnante, pénètre à environ 2 centimètres dans un trajet fistuleux, qui remonte un peu obliquement à droite; au fond du trajet on arrive sur un corps dur de consistance pierreuse, corps non mobile et semblant répondre par sa situation au lobule droit de la tumeur. Le goître avait donc suppuré à la suite de la fièvre infectieuse dont la nature n'a pu être déterminée.

Opération 14 juin 1893. Ethérisation.

Injection de chlorure de zinc au 10 % avant l'opération. Incision horizontale légèrement convexe en bas et passant sur la ligne médiane à environ 1,5 centimètre au-dessus du niveau de la fistule, longue environ de 7 centimètres. Les muscles sont modifiés par le fait du voisinage du foyer inflammatoire, ils sont pâles, les faisceaux peu distincts, surtout pour les sterno-thyroïdiens.

Opération laborieuse, fortes adhérences, énucléation successive de plusieurs lobules adénomateux, incision du trajet fistuleux, râclage, résection de la peau péri-fistulaire. Soir, apyrexie. La malade éprouve des douleurs vives chaque fois qu'elle avale sa salive. Léger suintement séro-sanguinolent.

Jun 15. — T. A. 37°6. Nuit bonne. On change le pansement, quantité modérée de sang desséché dans le pansement. Légère rougeur autour de la plaie. Déglutition douloureuse, elle prend cependant du lait. Un peu de toux dans la journée. Soir T. A. 38°4.

Jun 16. — Pouls bon. T. A. 37°8. Pansement. Rien du côté de la plaie, on enlève le petit drain. La malade se lève un moment pendant la journée. La voix depuis hier est enrouée. Soir T. A. 38°8.

Jun 17. — Pansement. T. A. matin et soir 39°. Rien d'autre.

Jun 18. — T. A. 38°4. Etat bon. Elle sort au jardin ; voix plus claire. Soir T. A. 38°6.

Jun 19. — T. A. 38°1. Le pansement est passablement imbibé de liquide séro-sanguinolent sans la moindre odeur. Soir T. A. 38°3.

Jun 20. — Pansement, état général bon. T. A. M. 37°7. S. 38°.

Jun 21. — Suintement sans odeur, occasionné probablement par le drain. On enlève les fils. Bandellettes au collodion. Apyrexie.

Jun 22. — On raccourcit le drain. La réunion paraît tenir. Au niveau du sternum, à la place avoisinant le drain, où la réunion n'existe pas, on remarque des granulations rouges, un peu molles. La rougeur de la peau a disparu. Apyrexie.

Jun 23. — Pansement ; elle rentre chez son frère.

Jun 24. — Pansement chez elle. Sécrétion encore assez abondante, on raccourcit encore le drain.

Jun 26. — Pansement, état bon. Suppuration encore assez abondante, on supprime le drain.

Jun 28. — Pansement, cautérisation au nitrate d'argent. La malade se plaint d'éprouver un peu de difficulté à avaler, il lui semble que les aliments ont de la peine à passer, et elle indique la base du cou, comme le siège de cette sensation. La palpation n'indique rien à ce niveau, il est possible que le travail de cicatrisation en soit la cause.

Jun 30. — Il y a passablement de rougeur de la peau au voisinage de la plaie. Application de compresses boriquées avec un imperméable.

Juillet 2. — Rougeur bien moindre. La cicatrisation fait de rapides progrès. Les douleurs de déglutition ont cessé.

Juillet 6. — Guérison presque achevée, il n'y a plus qu'une petite plaie en surface.

Juillet 11. — La malade se sent tout à fait bien et va partir pour Saint-Gall. Il ne reste plus qu'un tout petit point non cicatrisé. La respiration et la déglutition se font bien. Elle a repris très bonne mine.

*Examen du mois de juillet 1894*

Cette malade a répondu par écrit aux questions posées :

1° Meilleure qu'avant.

2° Elle a repris son travail deux mois après l'opération, mais ses forces six ou sept mois après.

3° b) Encore assez longtemps après l'opération, elle se sentait fatiguée et avait une lourdeur dans les membres.

d) La mémoire est plus faible, « mais je crois que c'est un reste de la maladie que j'ai faite dix mois auparavant ».

e) très frileuse.

f) La peau sèche.

4° La respiration est plus facile qu'avant l'opération.

5° Voix bonne, claire.

6° La marque est très peu visible, elle est rougeâtre et non douloureuse.

7° Le cou a une bonne forme, il est bien rond. Il y a seulement un petit enfoncement à l'endroit de l'opération.

11° Menstruation régulière.

**Observation XX**

*Goître kystique.* — M<sup>me</sup> M. M., 39 ans, de Belley (Ain).  
Pas de goître dans sa famille.

M<sup>me</sup> M. fait remonter le début de son goître à sa première enfance; il occupait le côté droit du cou, il a grossi graduellement mais plus rapidement dans les

trois dernières années ; depuis une année, le tour du cou s'est agrandi de 4 centimètres. Trois couches, dont une fausse couche ; la deuxième à terme a été suivie d'une abondante hémorrhagie ayant nécessité un tamponnement intra-vaginal. Les grossesses auraient contribué à l'agrandissement rapide. Les règles, très irrégulières, auraient également une grande influence sur l'augmentation du volume de la tumeur, mais d'une façon passagère. La malade ne peut dormir que dans le décubitus dorsal. Quelques fois elle a, pendant la nuit, des accès de suffocation qui l'obligent à s'asseoir sur son lit pour reprendre son souffle. Ces accès ont surtout lieu au moment des règles. La voix s'enroue souvent. Depuis le printemps, elle souffre de maux de gorge. Elle est un peu anémique. Elle a eu des coliques néphrétiques, elle rend du sable, elle souffre de la vessie et elle urine en petite quantité ; elle est sujette aux rhumatismes et est d'un tempérament très nerveux. Rien autre de particulier. Tumeur du volume d'un gros œuf, régulière, ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dedans, s'étendant jusqu'à la clavicule et au sternum, et en haut jusqu'à un doigt et demi de la mâchoire. La peau est saine. La tumeur suit bien les mouvements du larynx. On sent battre la carotide en dehors de la tumeur. Du côté de la ligne médiane, la tumeur a refoulé le larynx ; l'échancrure du cartilage thyroïde est à un travers de doigt de la ligne médiane du menton, et plus bas on sent la trachée fortement refoulée à gauche. Au palper, régulière de formes, sans bosselles. Sensation de fluctuation assez nette, mais la surface est résistante et donne l'idée d'une poche kystique à parois épaisses. Mobile. L'opération est jugée nécessaire ; d'ailleurs femme de médecin qui demande l'opération.

Opération le 12 octobre 1893. Éthérisation.

Incision oblique, parallèle au sterno-mastoïdien et un peu en dedans de lui, descendant jusqu'au sternum et mettant à nu en haut la moitié seulement du muscle omo-hyoïdien. On passe en dehors des muscles laryngés et on coupe seulement la moitié de la hauteur de l'omo-hyoïdien. On incise la capsule qui est mince et fibreuse

en avant. Enucléation un peu difficile à cause de nombreuses adhérences ; en arrière, on sépare le kyste d'une masse assez volumineuse de tissu thyroïdien. Ecoulement de sang insignifiant. Rien autre de spécial pour la suite de l'opération. Réveil lent. La malade vomit une fois dans l'après-midi, elle est très agitée. Soir T. normale.

Octobre 13. — T. A. 37°1. Nuit assez bonne. La malade a un peu dormi avec une injection de morphine (ajoutons que cette malade, très nerveuse, souffre de l'insomnie). Toux un peu grasse. Potion au Kermès. La voix est un peu enrouée, il est vrai que malgré la défense faite, la malade parle beaucoup trop. Déglutition un peu douloureuse. Soir T. A. 38°. Journée bonne, calme.

Octobre 14. — T. A. 37°5. Nuit bonne avec une injection de morphine. Déglutition très peu gênée, voix toujours un peu enrouée. Toux grasse assez fréquente avec bruit de mucosités dans la trachée. Potion au Kermès. Pansement, sang desséché assez abondant, tout écoulement est arrêté. On enlève le drain. La région est assez tuméfiée et la palpation fait sentir à ce niveau de l'induration ; c'est évidemment la capsule glandulaire tuméfiée qui en est l'explication. Pansement léger. Soir T. A. 37°6. La malade s'est levée pendant un moment dans l'après-midi.

Octobre 15. — T. normale. Nuit et journée bonnes. Elle prend un peu de nourriture, mais elle ne peut mâcher de la viande ; se lève dans l'après-midi. Voix un peu moins enrouée ; dès le jour de l'opération la malade, malgré toutes les recommandations, a beaucoup parlé, c'est plus fort qu'elle. Soir T. A. 37°9.

Octobre 16. — Nuit bonne. Pansement, il y a toujours assez de gonflement. La malade ne souffre pas. Elle se lève à midi, reçoit une visite et sort sur le balcon. Soir T. A. 38°.

Octobre 17. — T. normale. Déglutition facile, voix toujours enrouée. Soir T. A. 38°. La malade se sent très bien. Elle est sortie dans le jardin.

Octobre 18. — T. normale. Pansement, une petite tache de sang desséché sur la gaze. Le gonflement a beaucoup diminué. Une ecchymose ayant fait son appa-

rition le 16 sur la partie gonflée, s'est étendue à toute la partie supérieure de la poitrine. (On apprend que la malade est sujette à des manifestations de ce genre, souvent elle a des ecchymoses à la poitrine, aux bras, aux cuisses, à l'approche des règles surtout; à l'approche des règles, elle a eu même des hématomésés. Dernière menstruation le 3 octobre; règles toutes les trois semaines, quelquefois plus fréquentes.

Octobre 19. — Etat parfait. Voix presque claire. T. normale, la malade sort au jardin et reçoit des visites.

Octobre 20. — Etat bon. Pansement, encore une tache de sang desséché grande comme une pièce de 4 franc, sorti par le trou du drainage qui n'est pas fermé. Enlevé les sutures, bandelettes collodionnées.

Les jours suivants, on continue à trouver dans le pansement une tache de sang noir et desséché, de plus en plus petite, le 23 elle est grande comme une pièce de 50 centimes. La malade est parfaitement bien, elle sort en ville. Elle quitterait déjà la clinique, si son mari, qui a un anthrax suppuré, ne craignait de l'infecter. La tuméfaction du cou a presque disparu. Elle quitte la clinique et rentre chez elle le 27 en parfait état. On reçoit de ses nouvelles à la fin du mois; son état est très bon.

M<sup>me</sup> M. avait trouvé en rentrant chez elle son mari gravement malade d'un anthrax suppuré, auquel, après une amélioration passagère, il a succombé. Le D<sup>r</sup> M. n'avait pas suivi les ménagements que son cas nécessitait, il s'était beaucoup surmené et fatigué. M<sup>me</sup> M. a eu à supporter beaucoup de fatigues; outre la secousse morale, elle eut des syncopes, des faiblesses et trois fois ses règles dans l'espace d'un mois. Elle vient consulter le 2 décembre pour un mal de gorge avec des enrouements passagers. La gorge est à peine rouge. L'examen laryngoscopique difficile et on ne parvient pas à voir toutes les parties; rougeur à l'entrée du larynx. Ces troubles sont en grande partie d'origine nerveuse; malheureusement M<sup>me</sup> M. ne supporte ni bromure ni valériane. Fumigation de mauve avec tannin, gargarisme chloraté. Rien au cœur. Sur le conseil de son médecin, va passer quelques semaines dans le Midi.

*Examen du mois de juin 1894*

Nous nous sommes rendu voir M<sup>me</sup> M., à Belley :

- 1<sup>o</sup> Santé générale médiocre.
- 2<sup>o</sup> Après quatorze jours, rentre chez elle, son mari, malade gravement, ne veut qu'elle pour le soigner, elle passe trois nuits sur un fauteuil.
- 3<sup>o</sup> d) Faiblesse de la mémoire depuis la perte de son mari, mais sa mémoire revient.
- 4<sup>o</sup> Respiration actuellement bonne. Elle a eu quelques accès de suffocation à la suite de crises nerveuses, après la mort de son mari.
- 5<sup>o</sup> Voix enrouée, nasillarde ; M<sup>me</sup> M. nous dit que dans sa famille tout le monde a la voix nasonnée.
- 6<sup>o</sup> Cicatrice linéaire, peu visible, en bas, dans un espace de 2 centimètres environ, large de 5 millimètres. Non douloureuse, mais quelquefois des démangeaisons vers le bas. Souple, blanche.
- 7<sup>o</sup> Cou forme normale.
- 11<sup>o</sup> Menstruation toujours irrégulière.

**Observation XXI**

*Goître colloïde lobulé.* — B., J., 30 ans, de Vegy.

Pas de goître dans sa famille.

C'est vers l'âge de quatorze ou quinze ans qu'elle s'est aperçue qu'il se formait une grosseur du côté droit du cou ; elle ne peut dire quel volume elle avait alors. L'augmentation s'est faite d'une façon graduelle, sans poussées brusques. La malade est légèrement essoufflée, mais pas d'accès de suffocation. Elle est gênée pour tourner le cou à droite. Cette gêne, plus accentuée avant les époques, diminue après. Rien autre de spécial, santé générale bonne. Elle demande l'opération.

Tumeur du volume d'un œuf de dinde, paraissant régulière, occupant le côté droit du cou, ovalaire à grand axe oblique en bas et en dedans, et s'étendant du niveau de l'os hyoïde au sternum. Au palper, on sent deux grosseurs ; l'une, en haut, de beaucoup la plus volumineuse, est ovale, élastique ; l'autre, des

deux tiers plus petite, située en bas et plus en dedans, est franchement dure, elle recouvre en partie la trachée que l'on ne peut pas sentir nettement sur son côté gauche. Enfin, à gauche de la trachée, à la partie inférieure du cou, on sent une troisième grosseur du volume d'une cerise, également dure. Toutes ces tumeurs, dont les deux premières sont intimement unies dans une capsule commune, suivent les mouvements du larynx. La pression sur les tumeurs donne lieu à une sensation d'oppression. Le larynx est légèrement dévié à gauche. La trachée, à quelques millimètres seulement de la ligne médiane. La trachée est difficilement accessible. Après un traitement médical (pilules d'iodoforme, etc.) sans effet, la malade réclame de nouveau l'opération, à cause de l'accroissement et de la gêne que sa tumeur lui occasionne.

Opération le 4 décembre 1893. Ethérisation.

Incision de 6 centimètres, convexe en dehors et en bas. Section du peaucier, on sectionne la partie supérieure du sterno-thyroïdien. La tumeur mise à nu, on constate qu'elle est lobulée. La capsule incisée, l'énucléation se fait d'abord facilement, mais elle devient bientôt difficile, surtout en haut, à cause d'adhérences. Une hémorrhagie veineuse se produit à ce point. On est gêné par la tumeur incomplètement énucléée, qui empêche de bien voir. On saisit les parties qui tiennent encore en haut et surtout vers la ligne médiane, on saisit en travers avec des pinces fortes et on sectionne. La tumeur enlevée, on se rend facilement maître de l'hémorrhagie ; quelques petits fragments sont encore enlevés. On a cru, pendant l'opération, que l'énucléation a été incomplète, car on avait aperçu sur la tumeur une couche blanchâtre, paraissant appartenir à la capsule glandulaire et envoyant des tractus d'apparence fibreuse entre les lobes du néoplasme. Cependant, comme ni la thyroïdienne supérieure ni l'inférieure n'ont été liées, ce fait parle pour une énucléation ; en plus après l'opération, on a nettement suturé une poche formée par la capsule. Rien autre de spécial. Soir T. A. 38°. Pouls rapide. Facies bon. Elle a passablement vomi. Voix non enrouée, mais faible.

Décembre 5. — Pouls très rapide, pouls 120. T. A. 37°8. Facies bon, visage un peu coloré. Voix normale. Douleurs en avalant, pas très fortes. Elle a pris son café avec plaisir. Pansement intact. Soir T. A. 38°8. Le pouls aussi rapide que ce matin. La malade est très énermée. Potion valériane et bromure. Les règles ont apparu ce matin.

Décembre 6. — T. A. 38°7. Pouls très rapide, 120 puls. Pansement, il y a une assez grande quantité de sang desséché sur le pansement. Le cou présente un gonflement modéré. Le drain ne donne plus rien. La déglutition se fait assez facilement avec une douleur très modérée. Toux grasse depuis hier soir. Les règles continuent. Soir T. A. 38°6, même pouls. La journée a été assez bonne; on l'a levée pour faire son lit, et elle est restée une bonne partie de l'après-midi levée. Bromure et valériane.

Décembre 7. — T. A. 37°6. Pouls moins rapide, 100. Elle se sent mieux et a passé une bonne nuit; elle demande la permission de se lever, ce qu'on lui accorde. Soir, pouls à 100; T. A. 38°4. Elle est restée l'après-midi debout. Assez bon appétit; elle a mangé un peu de viande. Déglutition assez facile. Facies excellent.

Décembre 8. — T. A. 37°5. Etat bon. Les règles sont terminées. Pansement, un peu de gonflement et une légère rougeur, elle éprouve chaque après-midi des douleurs assez vives au cou. On laisse encore le drain, quoiqu'il n'y ait dans ce drain qu'un caillot pur. Soir T. A. 38°4. Douleurs depuis 3 heures. Etat bon. Toux bien moindre. Déglutition assez facile, elle a mangé de la viande.

Décembre 9. — T. A. 37°9. On enlève le drain; il y a dans le drain un peu de sang caillé sans aucune odeur. Cou un peu gonflé et légère rougeur de la peau. Soir T. A. 37°8.

Décembre 10. — T. normale, pouls un peu rapide. Soir T. A. 38°, pouls 108.

Décembre 11. — T. normale. La malade se plaint de souffrir un peu du cou. On défait le pansement. La peau est toujours rouge, la rougeur s'est un peu dé-

placée vers la droite. Au même endroit, sensibilité à la pression, une sensation de tension. On enlève les sutures et écarte avec un stylet les bords de la cicatrice en haut ; il sort de la profondeur de 2 centimètres environ une petite quantité de pus très fluide, peu coloré et sans odeur, on place un petit drain. Soir T. normale, pas de douleurs aujourd'hui.

Décembre 12. — Etat bon. Rien de spécial. Apyrexie.

Décembre 13. — Pansement, légère sécrétion dans le pansement. Le gonflement et la rougeur ont presque complètement disparu. On raccourcit le drain, elle rentre chez elle.

Décembre 16. — Elle revient ; elle a été bien et n'a pas souffert. On enlève le petit bout du drain. Plaie en très bon état.

Décembre 23. — Cicatrisation presque complète, sauf à la partie disjointe de la plaie, où les bords s'étaient un peu retroussés. Il y a de plus passablement d'érythème. Pommade à l'oxyde de zinc.

Décembre 27. — Encore un petit point non cicatrisé.

Janvier 6, 1894. — La cicatrisation est complète, mais la cicatrice est un peu enfoncée et visible.

*Examen du mois de juin 1894*

- 1° Santé meilleure qu'avant.
- 2° Un mois environ.
- 4° Respiration meilleure.
- 5° Voix normale.
- 6° Cicatrice visible, un peu pseudo-chéloïdienne à la partie inférieure, rosée, largeur 2 millimètres, non douloureuse.
- 7° Légère saillie du côté gauche, à part cela et la cicatrice, le cou a une forme normale.
- 9° Côté non opéré comme avant.

16773



16773

