

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

Congrès français de chirurgie. *Procès-verbaux, mémoires et discussions.* publiés sous la direction de MM. S. Pozzi, secrétaire général, et PICQUÉ, secrétaire général adjoint. (7 volumes parus.)

1 ^{re} session. Paris. avril 1885. 4 vol. in-8, avec figures. . .	14 fr.
2 ^e session. Paris. octobre 1886. 1 vol. in-8, avec figures. . .	14 fr.
3 ^e session. Paris, avril 1888. 4 vol. in-8, avec figures. . .	14 fr.
4 ^e session. Paris, octobre 1889. 4 vol. in-8 avec figures . . .	16 fr.
5 ^e session. Paris, avril 1891. 1 vol. in-8 avec figures. . . .	14 fr.
6 ^e session. Paris, mars 1892. 1 vol. in-8 avec figures	16 fr.
7 ^e session, Paris, avril 1893. 1 vol. in-8 avec figures	18 fr.

Coulommiers. — Imprimerie PAUL BRODARD.

10-39 A 1/2

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 26 AOUT 1893

SEPTIÈME CONGRÈS

DE

CHIRURGIE

PARIS, 1893

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. S. POZZI

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

*Publiés sous la direction
de M. le Dr L. PICQUÉ, Secrétaire général adjoint.*

Avec 38 figures dans le texte.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1893

Tous droits réservés.



encore, la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle, et que la plupart des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

1033531

Tumeur hétérogène du corps thyroïde. Enchondro-sarcome. Succès opératoire. Mort par suite de tétanie le 28^e jour,

Par le D^r LENTZ, Chirurgien des hôpitaux de Metz.

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter m'a paru doublement intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. C'est surtout l'anatomie pathologique qui a attiré plus spécialement mon attention. Jugez-en plutôt.

Femme de cantonnier, cinquante-six ans, née de parents bien portants, réglée à l'âge de quinze ans, a toujours joui d'une bonne santé. Menstrues régulières, ménopause à quarante-huit ans, jamais de grossesse. A l'âge de quinze ans elle se rappelle avoir consulté un médecin pour une grosse gorge. Le praticien prescrivit une pommade qui demeura sans effet apparent. Cependant la tumeur, qui pouvait avoir eu à ce moment le volume d'une pomme d'api, n'augmentait point de volume et n'occasionnait aucune gêne dans la suite, elle paraissait extraordinairement dure, était absolument indolente.

Au mois d'octobre 1891, elle augmentait sensiblement de volume au point de gêner peu à peu la respiration. Un médecin consulté vers la fin de décembre constate des accès de suffocation, et m'adresse la malade dans le but de lui faire l'extirpation d'un goître énorme qui lui paraissait en voie de dégénérescence maligne.

Voici l'état de la malade à son entrée à la maison de santé des diaconesses de notre ville, le 29 décembre 1891. Femme de constitution moyenne, portant une tumeur du volume d'une tête de fœtus à la partie médio-latérale gauche du cou. Cette tumeur s'étend de l'apophyse mastoïde à la clavicule, mesure dans son plus grand diamètre environ 15 centimètres, est excessivement dure au toucher, mobile. Elle comprime fortement la trachée et produit ainsi du cornage et des accès de suffocation réellement inquiétants. Le paquet vasculo-nerveux est refoulé en dehors, on sent manifestement les battements de la carotide derrière et en dehors du sterno-mastoïdien situé latéralement de la tumeur.

Le diagnostic paraît incertain, cependant l'idée de carcinome me parut devoir être écartée d'emblée, en raison de la mobilité de la tumeur. L'hypothèse d'un néoplasme d'origine sarcomateuse s'imposait alors, eu égard au développement rapide de la tumeur. L'opération justifiée par les troubles fonctionnels de la tumeur est exécutée le lendemain de l'entrée de la malade à la maison de santé. Elle ne présente aucune

difficulté. Après avoir pris les précautions aseptiques d'usage, je pratique une incision partant de l'apophyse mastoïde pour aboutir à 4 centimètre environ du tiers moyen de la clavicle. Cette incision côtoie le bord interne du sterno-mastoidien qui est récliné à l'aide de crochets mousses. Une deuxième incision partant du niveau de la pomme d'Adam vient rejoindre la première et forme avec celle-ci un angle obtus. L'énucléation ne présente absolument aucune difficulté, c'est à peine si je jette une demi-douzaine de ligatures à la soie stérilisée sur les thyroïdiennes et sur quelques musculaires. La tumeur principale enlevée, j'examine le lobe droit du corps thyroïde qui me paraît également dégénéré. Je l'extirpe à contre-cœur, de crainte d'exposer mon opérée aux suites de la cachexie strumiprive. L'examen histologique est d'ailleurs venu confirmer mon diagnostic. Pendant les trois premiers jours, les suites de l'opération furent des plus simples. La plaie restée aseptique est complètement réunie, sans drainage, les épingles sont enlevées, le troisième jour, l'appétit est bon, l'état général aussi satisfaisant que possible. Malheureusement cela ne devait pas durer. Le quatrième jour, en effet, la malade se plaint de crampes dans les mains et les pieds ainsi que de trismus, la température monte à 38°, alors qu'elle n'avait jamais dépassé 37.3 les jours précédents. Depuis ce jour jusqu'à la mort, survenue le vingt-huitième jour de l'opération, l'opérée a eu régulièrement deux accès par jour. Ces accès se présentaient sous forme de crampes toniques affectant constamment les mêmes groupes musculaires, les fléchisseurs des extrémités supérieures et inférieures, ainsi que les masséters et les muscles de la face, à laquelle ils donnaient la conformation particulière du rire sardonique. Leur durée était d'une régularité mathématique et s'étendait de neuf heures du matin à dix heures et demie, le soir de quatre heures environ à cinq heures et demie. Les douleurs étaient atroces, et n'étaient calmées que par des piqûres de morphine. Le chloral, les opiacés à l'intérieur ne m'ont pas paru exercer un effet quelconque ni sur la durée, ni sur l'intensité des crampes.

Dans l'intervalle des accès la malade reposait quelques heures, prenait quelque nourriture.

En comprimant le sciatique, le paquet vasculo-nerveux du triangle de Scarpa, le cubital, etc., on provoquait régulièrement un accès, dont la durée était moins longue que pour l'accès idiopathique. Les muscles du tronc et de la poitrine n'ont jamais été affectés. Ajouterai-je encore que la main prenait une conformation toute particulière, telle la main de l'accoucheur qui s'apprêterait à pénétrer dans le canal génital (syndrome décrit par Trousseau), et mon diagnostic sera suffisamment motivé. Il s'agissait bien de tétanie à la suite d'extirpation complète d'une tumeur du corps thyroïde.

Quant à la tumeur elle-même, voici un extrait d'un compte rendu très détaillé qu'a bien voulu me communiquer M. de Recklinghausen, de l'université de Strasbourg. Je n'insisterai point d'une façon particulière sur les détails histologiques, qui seront l'objet d'un travail spécial de ce savant.

« La tumeur que vous avez bien voulu m'adresser constitue un cas unique dans son genre, c'est en enchondrosarcome du corps thyroïde.

Peut-être a-t-il quelque analogie avec le cas de Zahn (v. Chondronsteoioid sarcome der Schilddrüse). On reconnaît macroscopiquement la nature du tissu cartilagineux qui s'est développé dans la charpente fibreuse du corps thyroïde même.

En dehors du tissu enchondromateux, on trouve des cellules sarcomateuses fusiformes et les éléments du corps thyroïde. La tumeur appendiculaire, soit le lobe droit du corps thyroïde, se révèle également comme en voie de dégénérescence sarcomateuse. On n'y trouve cependant point de tissu cartilagineux. »

Jusqu'à ce jour les auteurs qui ont bien voulu s'occuper spécialement de la pathologie du corps thyroïde ont nié l'existence du goitre chondromateux. Albers, Lebowicz, d'après M. Broca dans son excellent travail du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, auraient parlé de chondrome du corps thyroïde, mais ces faits resteraient douteux. M. Maurice Jeannel, dans son article GOITRE (*Encyclopédie de chirurgie*), nie franchement l'existence de l'enchondrome. Nous assistons cependant au développement hétérogène du tissu cartilagineux dans d'autres systèmes. J'ai moi-même opéré un chondrome de la parotide. M. Pozzi a vu le tissu cartilagineux dans le ganglion situé sur la glande sous-maxillaire. On l'a trouvé dans la glande sous-maxillaire même. Ne serait-il pas permis d'admettre dès lors l'hypothèse d'un développement hétéroctone du tissu cartilagineux dans le corps thyroïde? L'examen histologique pratiqué par le savant professeur d'anatomie pathologique de Strasbourg semble devoir confirmer cette hypothèse et la transformer même en réalité. N'est-on pas en droit d'admettre l'origine congénitale du tissu cartilagineux? Nous avons vu par les antécédents qu'à l'âge de quinze ans, la femme Sch... a été porteur d'une tumeur au cou. Cette tumeur, elle a dû la porter bien antérieurement.

Pendant tout près de quarante ans, la tumeur reste stationnaire, n'occasionne aucune gêne; trois mois avant l'opération seulement elle prend des proportions inquiétantes au point d'affecter le volume d'une tête de fœtus. On y rencontre à l'examen histologique non seulement les éléments du corps thyroïde hyperplasiés, mais surtout du tissu cartilagineux qui s'est développé aux dépens de la charpente connective du corps thyroïde. La transformation aussi rapide du tissu connectif en tissu cartilagineux serait-elle vraiment possible? Je ne le crois pas. Il faudra dès lors admettre d'emblée l'existence congénitale du tissu cartilagineux. La dégénération sarcomateuse n'a commencé qu'avec la croissance et le développement rapide du goitre.

Je ne m'étendrai pas particulièrement sur les suites opératoires. Le traitement de la tétanie strumiprive n'a été que symptomatique dans mon cas, la malade se refusant absolument à l'implantation sous-cutanée de tissu thyroïdien que je m'étais proposé de lui faire : soi-disant par acquit de conscience, les résultats obtenus jusqu'à ce jour me paraissant loin d'être probants. La mort est survenue par suite d'épuisement, il n'y a pas eu de myxœdème, en somme point de cachexie strumiprive proprement dite.

Il ressort clairement et une fois de plus de cette observation que l'extirpation totale du corps thyroïde est une opération grave par les suites qu'elle comporte ; elle ne devra, à mon avis, être tentée que dans les cas de nécessité absolue (compression annulaire par les goitres fibreux, tumeurs malignes manifestes, sujettes à récurrence). J'aurais certainement agi prudemment, si je m'étais borné à l'extirpation simple de la tumeur principale. Tout en reconnaissant la nature pathologique du lobe droit, j'aurais peut-être eu la satisfaction de sauver mon opérée.

Sur la théorie de la compression cérébrale,

Par le D^r W.-J. VAN STOCKUM (de Leyde, Hollande).

Voulant vous communiquer les résultats de quelques expériences sur la théorie de la compression cérébrale, je vous dirai d'abord que j'aurai en vue les symptômes qu'on est convenu d'appeler symptômes généraux. Ces symptômes bien connus sont : la perte de connaissance, la respiration stertoreuse, le ralentissement du pouls, enfin l'arrêt de la respiration et de l'action du cœur, la mort.

Ces symptômes doivent être attribués à la présence d'un corps étranger dans la cavité du crâne, d'une masse qui diminue la place destinée au contenu normal du crâne. Aussi a-t-on pu imiter ces symptômes chez des animaux en introduisant des corps étrangers dans la cavité de leur crâne, et l'on a pu les étudier plus minutieusement que par l'examen clinique, surtout en enregistrant la pression sanguine. Comme exemple, je vous montre ici un tracé de la pression sanguine de la carotide d'un chien chez lequel je diminuai progressivement la capacité du crâne en injectant des deux côtés lentement une solution physiologique de chlorure de sodium entre la dure-mère et la boîte osseuse. Ainsi se formaient