

3° TUMEURS DU COU.

Lorsqu'un sujet se présente avec une tumeur du cou (et presque toujours elle occupe la face antéro-latérale), votre premier soin est d'en déterminer le siège exact : occupe-t-elle la région sus-hyoïdienne latérale ou médiane, la région sous-hyoïdienne latérale ou médiane, le creux sus-claviculaire ? Le siège vous fournira déjà des présomptions sur le point de départ du produit morbide : les tumeurs latérales sont le plus souvent d'origine ganglionnaire, tandis qu'une tumeur médiane aura sans doute des connexions intimes avec le larynx, la trachée et surtout le corps thyroïde.

Dans le cas de tumeur médiane ou médio-latérale, faites avaler le malade et suivez des yeux le mouvement qui se produit au niveau de la tumeur. Si celle-ci s'élève brusquement en même temps que le cartilage thyroïde, au second temps de la déglutition, c'est que le néoplasme est en continuité avec le conduit laryngo-trachéal, et suivant la hauteur du cou qu'il occupe vous lui assignerez comme point de départ probable : le larynx, le corps thyroïde ou la trachée artère.

Préoccupez-vous alors de la consistance : la tumeur est-elle solide, liquide ou gazeuse, apportez le plus grand soin à cette exploration, car l'absence d'un point d'appui résistant la rend plus difficile que dans la plupart des autres régions du corps. La tumeur gazeuse ou *trachéocèle* est plutôt une curiosité pathologique, aussi ne ferai-je que la mentionner ; j'en dirai autant du *goître aérien*.

La véritable division clinique des tumeurs du cou est donc celle-ci : *tumeurs solides, tumeurs liquides*.

Les tumeurs solides du cou ont le plus souvent pour point de départ les ganglions lymphatiques si nombreux de cette région, ce sont les tumeurs ganglionnaires. Elles peuvent aussi siéger dans la glande sous-maxillaire, dans le corps thyroïde ou dans le larynx. Enfin on peut observer au cou les tumeurs communes à toutes les régions, et en particulier : le lipome et le fibrome.

Les tumeurs liquides (je laisse de côté les abcès froids dont je me suis occupé plus haut) sont des kystes avec toutes leurs variétés ou des anévrysmes.

Je suivrai cet ordre dans ma description.

A. Tumeurs solides du cou.

a. *Tumeurs ganglionnaires*. — Les ganglions lymphatiques occupent principalement l'angle de la mâchoire, la bifurcation de la carotide primitive, et c'est en effet à ce niveau qu'elles se développent le plus souvent. Cependant il existe des ganglions disséminés sur tous les points du cou, en sorte que l'on peut trouver partout ce genre de tumeur. Je signale en particulier ceux qui siègent au devant du conduit laryngo-trachéal sur la ligne médiane et qui pourraient être confondus avec l'isthme du corps thyroïde.

Il est en général facile de reconnaître une tumeur ganglionnaire : ordinairement inégale, irrégulière, mobile, de consistance élastique et constituée par l'agglomération d'un certain nombre de ganglions voisins, elle est indolente et se développe parfois rapidement. Lorsqu'un seul ganglion est envahi, la tumeur est lisse, régulièrement arrondie, mobile sur la peau et sur les parties profondes tant qu'il ne s'est pas développé de phénomènes inflammatoires. On pourrait alors très bien la confondre avec un fibrome ou un adénome, car les signes objectifs sont identiques, mais le lymphome est bien rarement unique, on trouve d'autres ganglions engorgés soit au voisinage, soit du côté opposé du cou. De plus, le développement du lymphome est plus rapide, sans parler de la constitution du sujet et de diverses autres lésions de même origine sur les yeux, le nez, etc., qui viennent éclairer le diagnostic.

S'il est aisé de reconnaître qu'une tumeur du cou est développée aux dépens des ganglions lymphatiques, il ne l'est pas toujours autant d'en reconnaître la nature intime. Plusieurs circonstances en effet peuvent produire l'engorgement ganglionnaire, par exemple : une lésion de voisinage, un eczéma du nez, des oreilles, de la face ; un chancre des lèvres ; un épithélioma des lèvres, de la cavité buccale, de l'œsophage ; le ganglion peut être simplement hypertrophié (lymphadénome) ; il peut être envahi par du tissu sarcomateux (lympho-sarcome), par du tubercule.

Deux maladies constitutionnelles, la leucocythémie et l'adénie, se traduisent souvent à l'extérieur par un engorgement ganglionnaire du cou d'un volume souvent très considérable. Dans les deux cas, ce sont des lymphadénomes, avec cette différence que la leucocythémie s'accompagne d'une augmentation considérable du

nombre des globules blancs du sang, tandis que dans l'adénie le rapport reste le même entre les globules rouges et les globules blancs.

Il suffit en général d'un peu d'attention pour reconnaître que la tumeur ganglionnaire est *secondaire* et produite par une éruption quelconque, par la syphilis ou le cancer. Mais, lorsque la tumeur est *primitive*, l'embarras est plus grand. Toutefois le sarcome ou le carcinome primitifs des ganglions sont des affections rares et souvent le microscope seul peut décider la question.

Cependant, lorsqu'une tumeur du cou de la région sus-hyoïdienne latérale, par exemple, est dure, inégale, bosselée, adhérente aux parties profondes, très douloureuse; lorsqu'elle s'est développée rapidement, il est très probable que vous êtes en présence d'un cancer primitif des ganglions.

Est-il possible de reconnaître un lymphadénome simple, c'est-à-dire une hypertrophie locale du tissu ganglionnaire du lymphadénome qui se développe au cours de la leucocythémie ou de l'adénie? Ce diagnostic présente un haut intérêt pratique, puisque l'ablation d'un lymphadénome simple est à la rigueur rationnelle, tandis qu'il serait absurde d'enlever les ganglions dans les deux autres circonstances.

En s'en rapportant aux phénomènes locaux seuls, le diagnostic est impossible, car la tumeur se présente avec les mêmes caractères dans les trois cas : c'est-à-dire qu'elle est lisse, régulière, mobile et indolente. C'est dans l'état général qu'il faudra rechercher les éléments du diagnostic. Et d'abord, lorsqu'un sujet ayant dépassé la trentaine, dont la santé jusqu'alors a été bonne, n'ayant jamais présenté aucun engorgement ganglionnaire, est atteint d'un lymphadénome du cou, il faut songer à la leucocythémie ou à l'adénie, car l'engorgement simple est plutôt une affection de la jeunesse. Recherchez alors s'il n'existe pas des tumeurs de même nature de l'autre côté du cou, sous les aisselles, dans les aines, dans le mésentère, etc., vérifiez l'état de la rate, celui de la peau, etc.; si vous constatez que ces diverses régions sont affectées de tumeurs semblables, ce n'est pas un lymphadénome simple. Examinez alors le sang : s'il y a augmentation des globules blancs, concluez à la leucocythémie (Virchow); si vous n'en trouvez pas, c'est de l'adénie (Trousseau).

Un autre point du diagnostic présente encore de sérieuses difficultés.

L'engorgement primitif des ganglions du cou est très souvent, le plus souvent, lié à la tuberculose, dont il n'est qu'une manifestation, et d'autre part il n'est pas douteux qu'il existe des lymphadénomes simples, non tuberculeux. Peut-on les distinguer en clinique? D'après les signes physiques, je ne le crois pas; on ne peut que soupçonner le diagnostic en se basant sur l'état général du sujet, lorsqu'il se rencontre d'autres signes de tuberculose.

Le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou est médical et chirurgical. La plupart des chirurgiens, et je suis du nombre, se sont jusqu'à ce jour contentés du premier : frictions iodurées, applications de teinture d'iode, médication interne reconstituante. D'autres ont conseillé l'ablation de ces tumeurs, mais le traitement chirurgical repose évidemment sur un diagnostic exact de la nature de la lésion, et nous venons de voir que ce diagnostic est loin d'être facile.

Vous commettriez une grosse faute en enlevant un lymphadénome symptomatique d'une leucocythémie ou d'une adénie. Devez-vous enlever un lymphadénome simple? Je n'y vois pas en général un grand avantage. La tumeur est rarement unique et il est très possible qu'après son ablation une autre se développe à côté ou du côté opposé.

Il est sans doute indiqué d'extirper un lympho-sarcome, mais comment le distinguer cliniquement d'un lymphadénome?

Faut-il enlever les ganglions tuberculeux? Un certain nombre de médecins professent aujourd'hui que la tuberculose est une affection primitivement locale; que le bacille introduit on ne sait comment dans l'économie se cantonne d'abord dans un organe, un ganglion lymphatique, par exemple, y séjourne un certain temps, et envahit ensuite d'autres parties du corps. Pour ceux qui professent cette doctrine, la réponse n'est pas douteuse, mais il faut reconnaître que ce n'est encore qu'une hypothèse.

Au résumé, lorsqu'une tumeur ganglionnaire du cou est *unique*, lorsqu'elle s'est développée depuis un certain temps et a résisté au traitement médical, je pense qu'on en peut pratiquer l'ablation, quelle qu'en soit la nature. Hors ce cas, qui d'ailleurs est très rare, je conseille l'abstention.

L'extirpation de ces tumeurs n'est pas sans présenter quelques dangers, surtout vers la bifurcation des carotides ou bien au-dessous du sterno-mastoidien : elles reposent en effet directement

sur les grosses veines du cou et en particulier sur la veine jugulaire interne, avec les parois de laquelle peuvent exister des adhérences.

Lorsque des ganglions tuberculeux, caséux, sont ramollis, le traitement est alors tout indiqué; il convient, comme pour les abcès froids, d'ouvrir la coque ganglionnaire et d'en enlever le contenu avec la cuiller tranchante.

b. *Tumeurs de la glande sous-maxillaire.* — Les tumeurs de la glande sous-maxillaire sont très rares, surtout si on les compare à celles qui se développent si souvent dans la parotide: aussi les signalerai-je rapidement. Il ne faut pas comprendre sous le nom de tumeur la tuméfaction subite de la glande sous-maxillaire qui survient parfois à la suite de l'obstruction du canal de Warthon par un corps étranger; la salive s'accumule alors dans la glande et la distend; c'est une sorte de colique salivaire qui provoque une douleur d'une intensité extrême. Dans un cas où l'accident s'était produit brusquement pendant le repas, les phénomènes disparurent instantanément à la suite du cathétérisme du canal de Warthon que je pratiquai à l'aide d'un stylet fin.

En présence d'une tumeur de la région sous-maxillaire, le praticien doit se poser les deux questions suivantes: Siègent-elle dans la glande sous-maxillaire? Quelle en est la nature?

La loge de la glande sous-maxillaire contient un certain nombre de ganglions lymphatiques; ces ganglions se confondent si intimement avec la glande qu'il est souvent très difficile de distinguer dans une tumeur ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces organes. En voici un exemple: le 4 août 1886, le jour même où j'écrivais ce chapitre, j'opérai à l'Hôtel-Dieu un homme atteint d'épithéliome du plancher de la bouche et je commençai par enlever un ganglion sous-maxillaire assez volumineux. Or je constatai au cours de l'opération et encore mieux après que ce ganglion n'était autre que la glande sous-maxillaire elle-même indurée et dégénérée, complication tellement rare que je n'y avais même pas songé.

Cependant il est un élément important de diagnostic (voir fig. 45): les ganglions lymphatiques sont le plus ordinairement placés *en arrière* de la glande, entre celle-ci et l'angle de la mâchoire, de telle sorte qu'en réalité la tumeur ganglionnaire n'occupe pas exactement le même siège anatomique que la sous-maxillaire. Si

donc une tumeur est située au niveau de la partie moyenne de l'espace compris entre le menton et l'angle de la mâchoire, son point de départ est probablement la glande salivaire. Est-elle, au contraire, plus rapprochée de l'angle de la mâchoire que du menton, son origine est sans doute ganglionnaire. Je me basai sur ce signe, tiré du siège précis du néoplasme, pour diagnostiquer une tumeur de la glande sous-maxillaire que j'opérai à l'Hôtel-Dieu en mai 1886, et l'événement me donna raison.

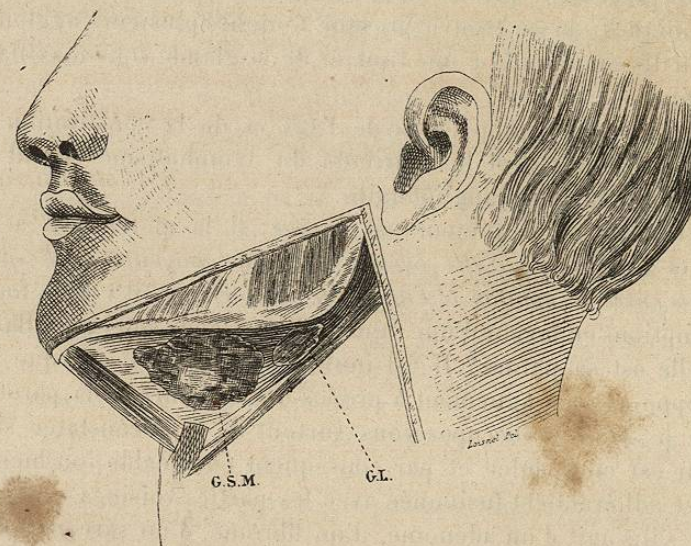


Fig. 45. — Figure destinée à montrer le rapport respectif de la glande sous-maxillaire et des ganglions lymphatiques.

G.L., ganglion lymphatique.
G.S.M., glande sous-maxillaire.

Un signe important devrait *à priori* résulter de l'examen du canal de Warthon. En effet, s'il ne s'écoule pas du tout de salive par le conduit du côté correspondant, on en peut conclure au siège glandulaire et à la dégénérescence de la glande: mais le plus souvent le parenchyme, n'étant pas détruit, est seulement refoulé et continue à sécréter de la salive.

Une autre présomption est tirée de la marche de la maladie. La tumeur ganglionnaire se développe en général rapidement; en quelques jours même elle atteint parfois un volume assez considérable; de plus, elle reste rarement stationnaire pendant des an-

nées : elle régresse, ou bien s'enflamme et suppure. — La tumeur primitive de la glande sous-maxillaire (je laisse de côté le cancer) se développe lentement, graduellement, comme celles de la parotide ou de la mamelle; après des mois ou des années, elle parviendrait seulement au volume qu'un ganglion peut acquérir en quelques semaines; de plus, elle n'offre pas dans son volume les oscillations si fréquentes de la tumeur ganglionnaire.

Il est un dernier caractère également important. J'ai dit, au chapitre précédent, que les tumeurs ganglionnaires étaient rarement uniques, on en trouve presque toujours plusieurs agglomérées ou disséminées : or une tumeur de la glande sous-maxillaire est unique.

Vous tiendrez compte enfin de l'âge et de la constitution du sujet : la jeunesse et les attributs du lymphatisme seront en faveur d'une tumeur ganglionnaire.

Au résumé, si la tumeur est *unique*, si la marche en a été lente et graduelle, *si elle occupe la partie moyenne de l'espace compris entre le menton et l'angle de la mâchoire*, il y a de fortes présomptions en faveur d'une tumeur de la glande sous-maxillaire.

Quelle est sa nature? Il est inutile de répéter ici ce que j'ai développé assez longuement à propos des tumeurs de la parotide (voyez p. 288). Préoccupez-vous surtout de bien constater si la tumeur est encapsulée et par conséquent énucléable, ou bien si elle est adhérente et fusionnée avec les parties voisines. Quant à savoir s'il s'agit d'un adénome, d'un fibrome, d'un sarcome, d'un myxome, etc., c'est le plus souvent affaire de laboratoire et non de clinique.

On observe cependant dans la glande sous-maxillaire une tumeur d'une nature toute spéciale et à laquelle il faut songer : c'est celle qui résulte de la présence de calculs dans son intérieur. Elle est alors dure, inégale, bosselée, et pourrait être confondue avec un chondrome. Il serait utile dans ce cas de pratiquer le cathétérisme du canal de Warthon, qui permettrait peut-être de sentir un corps dur. La suppression de la sécrétion salivaire résulte parfois de l'oblitération du canal excréteur, et les malades éprouvent alors de vives douleurs.

L'ablation des tumeurs de la glande sous-maxillaire est une opération très simple, surtout quand la tumeur est encapsulée; une incision parallèle au bord de la mâchoire en permet une rapide énucléation et le malade est guéri après quelques jours.

L'artère faciale est le seul organe susceptible d'être rencontré sous le bistouri. Il en serait autrement, si la tumeur était adhérente : la dissection devient alors minutieuse et doit être faite à petits coups; cependant l'opération reste relativement facile et exempte de dangers.

c. Tumeurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien. — On pourra vous présenter (rarement, il est vrai) un enfant nouveau-né portant sur le trajet du sterno-cléido-mastoïdien une tumeur dure, du volume d'une noisette ou d'une noix, fusionnée avec le muscle. L'opinion courante est qu'il s'agit d'un hématome développé pendant le travail de l'accouchement. Ces tumeurs disparaissent peu à peu d'elles-mêmes sans traitement spécial.

Le sterno-mastoïdien est un siège d'élection pour les gommés. Le diagnostic en est très simple et il suffit en général d'y songer pour éviter toute erreur. Une tumeur diffuse, sans limite bien appréciable, incorporée aux fibres musculaires, développée rapidement en quelques semaines, sans traumatisme et indolente, ne peut être que de nature gommeuse. Évoluant d'ailleurs à l'instar des gommés, elle ne tarde pas à se ramollir, à s'ulcérer, et prend alors l'aspect tout à fait caractéristique propre à ce genre de tumeurs (bords décollés, taillés à pic, etc.).

Le traitement spécifique en a rapidement raison.

d. Tumeurs solides du corps thyroïde. — Les tumeurs solides du corps thyroïde (les tumeurs liquides seront étudiées plus loin), restées jusqu'à notre époque dans le domaine à peu près exclusif de l'anatomie pathologique, occupent une large place dans la clinique depuis qu'on en pratique couramment l'ablation.

Il convient tout d'abord d'établir une distinction sur laquelle on n'insiste pas suffisamment et dont l'importance est grande, ainsi que je le montrerai dans un instant.

La tumeur du corps thyroïde n'est souvent qu'une hypertrophie partielle ou totale de la glande, c'est un *goître* proprement dit. Tantôt l'hypertrophie porte également sur tous les éléments de la glande, goître simple, ou plus spécialement sur l'un de ces éléments, les vaisseaux, par exemple, goître vasculaire, anévrysmatique. Ce n'est donc pas en réalité une tumeur dans le sens où nous comprenons ce mot en pathologie.

D'autres fois il se développe dans l'épaisseur du corps thyroïde, comme dans la parotide, la glande mammaire, etc., un produit de nouvelle formation, un néoplasme, présentant une nature variable : le plus souvent, c'est du sarcome ou du cancer. Ce produit refoule peu à peu le tissu normal, l'atrophie plus ou moins complètement. Voilà la véritable tumeur du corps thyroïde.

Lors donc qu'on s'est assuré, en faisant exécuter au malade un mouvement de déglutition, que la tumeur du cou siège bien dans le corps thyroïde, il faut résoudre cette seconde question.

S'agit-il d'une hypertrophie partielle ou totale de la glande? Est-ce un néoplasme?

La solution est ordinairement facile.

Dans l'hypertrophie, la glande a souvent conservé sa forme normale; on distingue les deux lobes et l'isthme. La maladie date d'un grand nombre d'années, s'est développée lentement, progressivement. Elle constitue sans doute une difformité considérable, mais le plus souvent ne cause pas de douleurs, n'entrave pas la fonction des organes voisins : la déglutition et la respiration se font bien. C'est en somme un organe quintuplé, décuplé de volume, si l'on veut, mais gênant seulement par son poids, comme on le voit si communément dans les pays où le goître est endémique.

La tumeur proprement dite occupe soit l'un des lobes, soit l'isthme, ou bien ces trois points à la fois, mais elle constitue une saillie nettement limitée et ne rappelle en rien la forme normale du corps thyroïde. Souvent régulière et lisse, quelquefois inégale et bosselée, elle s'est, en tout cas, développée assez rapidement et provoque généralement des troubles physiologiques graves.

Poursuivons le diagnostic. Nous avons reconnu qu'il s'agissait du corps thyroïde et d'une tumeur développée dans son épaisseur. Quel genre de tumeur? L'anatomie pathologique a démontré qu'on rencontrait le plus souvent du sarcome ou du cancer : pouvons-nous le reconnaître en clinique? Non d'une manière absolue, surtout au début, alors qu'une intervention chirurgicale est possible. Ce n'est, d'ailleurs, pas très nécessaire. Ce qu'il importe par-dessus tout de savoir, le voici : la tumeur jouit-elle d'un certain degré de mobilité sur les parties profondes, est-elle encapsulée? La tumeur, au contraire, fait-elle corps avec les organes sous-jacents, est-elle privée de toute mobilité propre?

Cette constatation est si importante qu'elle devra vous décider à intervenir ou à repousser toute opération. Elle présente sans doute

quelques difficultés, mais on parvient en général à l'établir, même pour les tumeurs occupant toute la région antéro-latérale du cou. Employez dans ce but la manœuvre suivante : le sujet étant assis devant vous, la tête étendue et appuyée, imprimez avec le pouce, à la partie inférieure de la tumeur, un petit mouvement brusque de bas en haut; si la tumeur se déplace, et le déplacement est évidemment très léger lorsqu'il s'agit d'une grosse tumeur, c'est qu'elle n'adhère pas ou du moins qu'elle n'est pas fusionnée avec les parties sous-jacentes, celles-ci étant fixes dans la position donnée à la tête. La même exploration, pratiquée dans le sens transversal du cou, ne fournirait aucune indication, car les organes sont mobiles dans ce sens et la tumeur pourrait se mouvoir avec eux.

Une tumeur du corps thyroïde provoque des troubles physiologiques variés qui sont loin d'être en proportion de son volume. J'opérai à la même époque deux malades : un jeune homme de vingt-cinq ans et une femme de soixante ans. La tumeur du jeune homme occupait toute la hauteur et la largeur de la région antéro-latérale du cou (fig. 46) et ne provoquait pas d'accidents; la tumeur de la femme avait à peine le volume d'un œuf de poule et donnait lieu à des accès de dyspnée d'une intensité telle que la vie était à chaque instant menacée. Les accès disparurent aussitôt après l'opération pratiquée sans chloroforme et supportée avec une admirable énergie.

La dyspnée résulte certainement de la pression exercée par la tumeur sur la trachée-artère, mais aussi de la pression sur le pneumogastrique et le récurrent, car elle n'est pas en rapport avec le degré de déformation de la trachée. J'ai vu ce conduit, aplati comme un fourreau de sabre, provoquer une dyspnée beaucoup moindre que celle qu'éprouvait la femme citée plus haut et dont la trachée était à peine comprimée. Dans ce cas, il est vrai, la tumeur était médiane et située au-dessus de la fourchette sternale, sans cependant être rétro-sternale.

Les tumeurs du corps thyroïde donnent parfois naissance à un ensemble de signes ressemblant beaucoup à ceux que détermine la *maladie de Basedow*, appelée encore *goître exophtalmique*. C'est un point intéressant sur lequel je désire attirer un instant l'attention du lecteur.

Le goître exophtalmique se présente avec les caractères clini-

ques suivants : saillie des yeux, tuméfaction du corps thyroïde, palpitations violentes. Aux palpitations se joint souvent la dyspnée. Quelle est la nature de ce goître? La plupart des auteurs font jouer un rôle tout à fait secondaire au goître lui-même ; ils le considèrent comme un effet et non comme une cause première de l'affection. Le goître ne serait même pas indispensable pour caractériser la maladie, qui rentre, d'après eux, dans un cadre purement médical. Cette opinion me semble exacte. Il existe, en effet, une maladie spéciale dont le point de départ est sans doute une altération du plexus nerveux cardio-pulmonaire donnant naissance à cet ensemble symptomatique, mais il n'est pas douteux aussi que certaines tumeurs du corps thyroïde provoquent un groupe de signes à peu près identiques. En voici deux exemples frappants :

En 1880 se présentait dans mon service une jeune femme âgée de vingt-sept ans, en proie à de violentes palpitations, à de la dyspnée, et ne voyant plus assez clair pour travailler à l'aiguille ; elle présentait une tumeur du corps thyroïde du volume d'un gros citron. Beaucoup de médecins l'observèrent et chacun prononça le nom de goître exophtalmique. J'hésitais beaucoup à l'opérer, car cette opération n'était pas acceptée en France et aucun chirurgien de notre temps ne l'avait pratiquée (1). Je me décidai cependant et je montrai à l'Académie, quelques semaines plus tard, cette femme complètement débarrassée de tous ses accidents. Elle est restée guérie depuis cette époque.

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

(1) Je tenais de Nélaton et j'avais l'habitude de raconter dans mes cours d'anatomie à Clamart que ce chirurgien, aidé de Denonvilliers et de Demarquay, avait tenté un jour l'ablation d'une tumeur du corps thyroïde ; la malade était morte d'hémorrhagie avant même la fin de l'opération : aussi conseillait-il vivement de ne jamais toucher à ces tumeurs.

tous les accidents disparurent. Dès le lendemain, les yeux étaient rentrés dans l'orbite, ce qu'il traduisait en disant que ses paupières lui paraissaient trop larges.

Les accidents étaient dus évidemment à la compression mécanique exercée par la tumeur sur les vaisseaux et nerfs du cou.

Il existe donc deux variétés de goître exophtalmique : l'une, médicale, est liée à une altération primitive du système nerveux ; au lieu d'être cause de la maladie, le goître en est seulement l'effet au même titre que les palpitations et la projection des yeux en avant. Toute opération doit être évidemment repoussée.

L'autre variété est chirurgicale ; la cause première de l'affection siège dans le corps thyroïde lui-même et l'ablation de la tumeur fait disparaître les accidents.

Peut-on distinguer entre elles ces deux variétés? Les exemples cités plus haut prouvent que ce n'est pas toujours facile.

Cependant, dans la maladie de Basedow, le corps thyroïde ne renferme pas de tumeur, c'est la glande elle-même, plus ou moins hypertrophiée. Elle est souvent molle, dépressible, et peut osciller dans son volume ; quelquefois même elle a conservé son aspect normal et, en tout cas, les troubles nerveux ont précédé l'apparition du goître. Les doigts étendus paraissent éprouver un tremblement spécial et les malades présentent rapidement un état cachectique.

Dans le goître chirurgical, il existe une tumeur proprement dite plus ou moins volumineuse, mais bien isolée. C'est par là qu'a débuté l'affection, les troubles du côté du cœur et des yeux sont apparus plus tard. Il n'y a ni tremblement ni état cachectique.

La marche de la maladie, son mode de développement jouent donc un rôle essentiel dans l'établissement du diagnostic ; de plus, ces deux affections impriment au malade une physionomie si différente qu'un praticien exercé s'y trompera rarement.

Le traitement des tumeurs du corps thyroïde est entré dans une nouvelle phase depuis quelques années. On en pratique en effet aujourd'hui assez souvent l'ablation, et avec succès. Je ne m'arrêterai pas sur le traitement purement médical ; le seul utile, à mon avis, consiste à administrer de la teinture d'iode à l'intérieur en augmentant graduellement jusqu'à une vingtaine de gouttes par jour. On conçoit qu'il n'ait d'efficacité que dans l'hypertrophie simple et non dans les cas de tumeurs.

Toute espèce de friction est absolument illusoire.