

larynx pendant la déglutition. Lorsque le goître a pris un grand volume, ou bien que des tumeurs étrangères au corps thyroïde ont contracté des adhérences avec le larynx, le caractère précédent peut faire défaut. Le goître vasculaire, qui s'est porté vers le sternum et qui s'accompagne de battements et de bruit de souffle, en a imposé pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique ou de la crosse de l'aorte.

Le pronostic découle suffisamment du tableau de la maladie.

Traitement. Il est médical et chirurgical.

Par cela seul que le goître est *endémique* dans certaines localités, le meilleur moyen d'en prévenir la formation ou d'en arrêter le développement est de conseiller le changement de climat. On prescrit l'habitation dans un lieu sec et aéré, des bains froids, les eaux minérales de Challes, Wildeg et Heilbrunn. Si le goître appartient à la variété *vasculaire*, on emploie, au début, les émissions sanguines locales et même générales, les applications réfrigérantes. Des frictions sèches sur la glande sont utiles pour en activer la circulation. Plus tard, et cette médication s'applique aussi aux autres formes de la maladie, on prescrit l'usage de topiques fondants et résolutifs : des onctions mercurielles, un emplâtre de Vigo, un liniment ammoniacal camphré. On a vanté l'application de l'éponge sèche pulvérisée, de cendres de fougère, du collier de Morand, qui est composé d'un mélange de chlorhydrate d'ammoniaque, de chlorure de sodium décrépité, d'éponge calcinée et non lavée. Mais, de tous les agents médicamenteux, le plus efficace est l'iode, préconisé par Coindet, et qu'on administre à l'intérieur sous forme de teinture, sur la tumeur sous forme de pommade à l'iodure de potassium. Les vésicatoires volants ont été conseillés par Bell. L'électricité n'a pas été employée assez souvent pour qu'on soit en droit de se prononcer sur la valeur de ce moyen.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. La *compression*, conseillée par Heister, et qui est un si puissant résolutif pour certaines tumeurs, est inapplicable dans la région où le goître se développe. La *ligature des artères thyroïdiennes*, proposée par Lange et Jones, a été pratiquée pour la première fois par Blizard; elle a réussi à Walther, D.-J. Larrey, H. Couate; elle n'a pas donné de résultats favorables à Chélius et à Brodie. Elle a été suivie de mort dans les cas appartenant à Zang et à Fritze. Le *séton* ne peut convenir qu'au traitement des kystes du corps thyroïde (voy. plus loin). La destruction de la tumeur par les *caustiques* est longue, très-douloureuse et expose à une suppuration abondante. La *ligature* de la masse morbide, tentée par Moreau en 1779, plus tard par Mayor et Malle, est passible des mêmes reproches. L'*extirpation partielle* ou *totale* de la glande est proscrite, en raison des hémorragies graves, même mortelles, que l'opération entraîne.

L'art est donc le plus souvent impuissant contre les goîtres volumineux, mais il peut intervenir pour remédier aux accidents de suffocation auxquels donne lieu la compression exercée par la tumeur sur la trachée. Si la tumeur est fortement bridée par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, on opère la *section de ces muscles* par la méthode sous-cutanée, près de leur

insertion sterno-claviculaire (Bonnet). Si la tumeur s'est logée entre le sternum et la trachée, et qu'elle ait conservé assez de mobilité pour être déplacée, on la relève et on la fixe à cette nouvelle place, soit avec un appareil compresseur, soit en provoquant par la cautérisation à la pâte de Canquoin une adhérence solide entre les parties.

KYSTES DU CORPS THYROÏDE. On les a aussi appelés *goître aqueux*, ou *séreux*, *bronchocèle aqueux*, *hydrocèle du cou*, *tumeurs cystiques*. En raison de la nature du produit qu'ils renferment, on a distingué des kystes *hydatiques*, *séreux*, *hématiques*, *purulents*. Ces derniers sont les abcès dont il a été question précédemment. Les kystes *hydatiques* sont très-rares; on cite quelques observations appartenant à Bach, Rullier et A. Nélaton. Tout ce qui va suivre se rapportera exclusivement aux kystes *séreux* et *hématiques*.

Anatomie pathologique. Le kyste est composé d'une seule ou de plusieurs loges; celles-ci sont indépendantes ou communiquent ensemble. La paroi du kyste est formée de tissu cellulaire doublé d'une lamelle de tissu fibreux; la face interne est tapissée d'une couche d'épithélium. De nombreux vaisseaux rampent dans la tunique celluleuse de la poche. Celle-ci est d'abord mince et plus tard augmente d'épaisseur et de consistance, au point de simuler une transformation cartilagineuse ou même osseuse. Cette dernière consiste le plus souvent en *dépôts phosphatiques*, quelquefois en véritable production de tissu osseux (Bach). Le liquide contenu dans le kyste est quelquefois limpide; le plus souvent il offre une coloration foncée, chocolat, café au lait; parfois il est sanguin. De là une distinction des kystes de la thyroïde en *séreux* et *hématiques*. Ces derniers sont la conséquence du mélange avec le liquide séreux, primitivement contenu dans le kyste, d'une certaine quantité de sang. Il arrive parfois que la ponction d'un de ces kystes laisse échapper du sang rutilant; cela résulte probablement de ce que, sous l'influence de la diminution de pression exercée sur la face interne de la poche, après l'écoulement du contenu, les *dilatations kysteuses* des artères qui rampent dans l'épaisseur des parois de la poche se rompent (C. Houël). Il y a aussi de ces kystes qui contiennent un liquide mélangé de flocons albumineux; on y rencontre parfois des cristaux de cholestérine.

Causes. Les kystes de la glande thyroïde se rencontrent surtout chez des sujets compris entre l'âge de vingt et trente ans, avec un degré égal de fréquence dans les deux sexes. On a signalé comme circonstances prédisposantes des efforts violents, le travail de la première menstruation, qui produisent une congestion de la glande.

Le mode de formation du kyste est variable: il se peut que des noyaux apoplectiques épanchés dans le parenchyme glandulaire, sous l'influence d'une cause traumatique, d'une congestion, en soient le point de départ; que le kyste résulte d'une hypertrophie des vésicules normales de la glande; qu'il naisse de toutes pièces aux dépens d'un blastème d'exsudation ou d'inflammation.

Symptômes. Les kystes du corps thyroïde se présentent avec des caractères

tères variables aux diverses périodes de l'affection. Au début, la tumeur est bien circonscrite, arrondie, aplatie de dehors en dedans, rénitente ou d'une consistance assez forte pour simuler un produit solide, indolente, sans changement de couleur de la peau, accompagnant le larynx dans les mouvements d'ascension de cet organe pendant la déglutition. Plus tard, la tumeur devient fusiforme, pyriforme ou bilobée, atteint un grand volume et se porte vers la région sushyoïdienne ou en bas du côté du sternum, derrière lequel elle s'engage parfois pour pénétrer dans la poitrine. Alors aussi le kyste étant souvent moins tendu, la fluctuation y est plus sensible, à moins que les parois ne soient devenues épaisses et dures. Il est rare, même dans les kystes parvenus à un grand volume, qu'on puisse constater la transparence de la tumeur, ce qui tient à ce que le liquide renfermé dans la poche est trouble.

Tant que la tumeur est petite, elle n'occasionne pas de troubles fonctionnels; mais quand elle a pris un grand accroissement, elle exerce une compression sur les parties voisines, d'où résultent une gêne dans la circulation des vaisseaux du cou, une difficulté de respirer, la raucité ou la perte de la voix, des troubles de la déglutition. Dans quelques cas, la compression que la tumeur exerce sur la trachée est telle, que les malades sont menacés d'asphyxie. On a signalé la possibilité de la rupture de la poche dans la trachée ou l'œsophage.

Diagnostic. Les kystes du corps thyroïde peuvent être confondus avec une adénite cervicale, un abcès froid, des kystes développés au voisinage de la glande, une tumeur graisseuse. Tant que le kyste thyroïdien n'a qu'un petit volume, il diffère des tumeurs précédentes, en ce que, faisant corps avec la glande, il se meut avec le larynx pendant la déglutition, ce qui n'arrive pas pour les autres tumeurs, à moins que celles-ci n'aient contracté des adhérences avec le larynx. Lorsque le kyste a pris de grandes proportions, il est moins facile d'en constater l'ascension avec le larynx. Il arrive aussi parfois qu'un kyste du corps thyroïde reposant sur la carotide, donne au doigt qui l'explore des battements qui font croire à un anévrysme; dans ce cas, il faut s'assurer que ce sont des battements *communiqués* et non des battements *propres* à la tumeur, en éloignant celle-ci du vaisseau subjacent, soit en faisant fléchir la tête (Boyer), soit en attirant la tumeur directement en avant (Voillemier).

Les kystes du corps thyroïde diffèrent de l'hypertrophie de la glande par la rénitence, parfois la fluctuation qu'offrent les premiers. Une ponction exploratrice est parfois nécessaire pour dissiper l'incertitude.

Traitement. Les moyens médicaux, les topiques de tous genres, sont impuissants pour amener une guérison; celle-ci ne s'obtient que par des procédés chirurgicaux.

La ponction seule est insuffisante. Après avoir évacué le contenu de la poche avec un trocart de petit calibre si le kyste est séreux, d'un gros calibre si le liquide est sanguin, on fait dans le kyste une *injection irritante*, soit avec du gros vin, soit avec de la teinture d'iode additionnée d'eau distillée. Des succès ont été obtenus avec ce dernier liquide par

Bouchacourt, Velpeau, Borelli. Toutefois ce mode de traitement donne lieu le plus souvent à une suppuration de la poche, lorsque celle-ci renferme un liquide séro-sanguin. L'*incision* de la paroi superficielle de la poche avec pansement à plat est toujours suivie de suppuration d'une certaine durée. J'ai observé, dans un cas de ce genre, une hernie d'une petite portion du corps thyroïde à travers les lèvres de la plaie cutanée. L'*incision* doit être proscrite pour les kystes volumineux. Il en est de même de l'*excision partielle* de la paroi du kyste. Le *séton* est applicable aux petits kystes seulement; pour les tumeurs volumineuses de ce genre, il y aurait à craindre des phénomènes d'infection putride. Bonnet (de Lyon) a préconisé l'emploi d'un *séton* formé d'une mince lamelle de caustique de Canquoin. La *cautérisation* de la tumeur est une méthode lente, parce qu'il faut détruire graduellement les diverses couches qui recouvrent et qui forment les parois de la production morbide. L'*ablation* de la tumeur est passible des mêmes objections que l'extirpation de la glande thyroïde.

TUMEURS GAZEUSES DE LA GLANDE THYROÏDE. On les désigne sous le nom de *goîtres aériens*. Elles sont très-rares; les faits de ce genre rapportés par P. Franck, Richter, Schmalz, D.-J. Larrey, Heidenreich, semblent plutôt appartenir à des tumeurs emphysémateuses du cou indépendantes de la glande thyroïde.

CANCER DE LA GLANDE THYROÏDE. C'est une affection rare.

On a rencontré dans la glande thyroïde le cancer squirrheux et l'encéphaloïde. La dégénérescence atteint l'un des lobes ou la glande tout entière; elle existe primitivement dans l'organe ou se développe dans celui-ci consécutivement à un cancer des parties voisines. Le squirrhe forme une tumeur d'un petit volume; l'encéphaloïde atteint de plus grandes proportions. Dans le cas où le cancer débute par la glande, il existe généralement une seule masse augmentant graduellement de volume. Lorsque le cancer est secondaire, il y a d'abord des noyaux de matière cancéreuse bien séparés les uns des autres et qui finissent par se confondre en une masse unique. L'altération ne reste pas bornée à la thyroïde: elle s'étend aux cartilages du larynx; produit, en se propageant aux parties voisines, une perforation de la trachée ou de l'œsophage, une ulcération des gros vaisseaux du cou, notamment de la carotide, ce qui donne lieu à une hémorragie mortelle; envahit les nerfs récurrents, ce qui est suivi de l'abolition de la voix. Indépendamment de ces phénomènes, il en est d'autres qui sont la conséquence de la compression exercée par la tumeur sur les parties voisines, notamment sur les voies aériennes et les vaisseaux, d'où résultent des troubles fonctionnels qui ont été indiqués précédemment (p. 481).

Symptômes. Le cancer de la glande thyroïde se présente sous la forme d'une tumeur de volume variable, en général aplatie d'avant en arrière, dure, sans battements ni fluctuation, peu sensible à la pression, sans changement de couleur de la peau, peu douloureuse au début, devenant plus tard le siège de douleurs lancinantes. Au bout d'un certain temps, les ma-