

les cris, les pulsations isochrones au pouls, la réductibilité permettront de reconnaître cette origine.

## CHAPITRE V

### MALADIES DU CORPS THYROÏDE

#### § 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques

**Bibliographie.** — HORTELOUP, Thèse d'agr., Paris, 1866. — LEBERT, *Krankh. d. Schilddrüse*, Breslau, 1862. — FISCHER, in *Deutsche Chir.* de Billroth et Lucke, Lief. 34 (Bibliogr.).

L'histoire des plaies du corps thyroïde est assez mal connue; cela tient sans doute à ce que la lésion de cet organe coïncide presque constamment avec celle de la trachée et des gros vaisseaux de la région. Quelquefois le chirurgien incise l'isthme pour pratiquer la trachéotomie; ailleurs on a vu le thyroïde intéressé par le rasoir dans les tentatives de suicide; enfin les projectiles traversent accidentellement l'un des lobes de la glande et même peuvent s'arrêter dans son épaisseur. Signalons aussi les contusions consécutives à des tentatives d'étranglement, à des coups de poing, à des chutes.

Un seul symptôme caractérise ces plaies, l'hémorragie primitive remarquable par son abondance, sa persistance, la multiplicité des orifices par où le sang s'écoule. Elle peut être assez considérable pour entraîner le mort. Cette vascularité de l'organe explique aussi la fréquence des hémorragies secondaires. A la suite des traumatismes, le corps thyroïde se tuméfie et l'inflammation envahit plus ou moins le parenchyme. Tantôt une couche de bourgeons charnus recouvre la solution de continuité et la comble peu à peu, tantôt la suppuration envahit le lobe correspondant; le pus peut encore fuser dans le médiastin antérieur.

Les plaies par instruments tranchants semblent être plus sérieuses que les plaies contuses et les plaies par armes à feu. Le pronostic offre toujours une certaine gravité. Le seul traitement convenable en pareil cas consiste à arrêter l'hémorragie au moyen de pinces hémostatiques, de ligatures, de liquides astringents, du thermo-cautère, et ensuite à appliquer un pansement antiseptique.

#### § 2. — Lésions inflammatoires

##### 1<sup>o</sup> CONGESTION DU CORPS THYROÏDE

**Bibliographie.** — BACH, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIX. — VIRCHOW, *Pathol. des tumeurs*, t. III, p. 215. — GUYON, in *Arch. de physiol.*, 1868. — 1870. — OLLIVIER,

*Arch. gén. de méd.*, 1873. — JENKS, *Amer. J. of Obstetr.*, 1882. — WOLFGANG FREUND, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, p. 215, t. XVIII, 1883.

La congestion du corps thyroïde n'est pas à proprement parler une maladie spéciale; elle consiste dans un gonflement fluxionnaire analogue à celui des autres glandes vasculaires sanguines.

**Étiologie.** — L'influence de l'établissement des règles sur la congestion du corps thyroïde est aujourd'hui bien connue, et chez certaines femmes, à chaque période menstruelle, le gonflement se reproduit, mais cette congestion devient surtout manifeste pendant la grossesse. En dehors de ces causes d'ordre physiologique, l'affection a été observée dans le cours de diverses maladies; BIEBUYCK, GRECO l'ont signalée dans les fièvres palustres. Enfin les recherches de GUYON, de FREUND, tendent à démontrer que les efforts brusques et l'occlusion prolongée de la glotte s'accompagnent quelquefois de la congestion de l'organe. Tels sont l'extension forcée du cou, la constriction lente par des liens, les efforts de la parturition, les effets d'une chute, etc.

Les seuls caractères de cette congestion sont: le gonflement uniforme, total, indolent et intermittent de l'organe. Dès que la cause qui la produit vient à cesser, les symptômes disparaissent sans laisser de traces appréciables, à moins qu'il ne s'agisse de congestions successives fréquentes, qui contribuent au développement du goître hypertrophique. C'est surtout en pareille circonstance qu'on voit survenir les hémorragies interstitielles sur lesquelles nous reviendrons.

Une semblable affection ne doit être traitée qu'autant qu'elle est liée à un état général spécial, la malaria par exemple; les bons effets du sulfate de quinine ont alors été notés.

##### 2<sup>o</sup> THYROÏDITE AIGÜE

SYNONYMES. — Goître aigu. — Goître inflammatoire.

**Bibliographie.** — BAUCHET, *Gaz. hebdom.*, t. IV, p. 49. — KOCHER, in *Deutsch. Zeitschr.* t. IV et X, et *Berlin klin. Wochens.*, 1878. — GASCOYEN, *Brit. Med. J.*, 1876. — BOEGEHOLD, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1880, n<sup>o</sup> 12. — LIOUVILLE, *Soc. de biologie*, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 91. — REVILLIOUT, *Gaz. des Hôp.*, 1877. — WÖLFIER, *Arch. de Langenbeck*, 1883, t. XXIX (Bibliogr.).  
Thèses de Paris. — 1861, MARTINACHE. — 1877, ROELLINGER. — 1879, DÉTRIEUX. — 1880, SIMON. — 1881, GALTIER, LARDILEY, PINCHAUD.

Il existe encore une certaine confusion au sujet des inflammations du corps thyroïde; les uns ne distinguent pas l'inflammation de l'organe primitivement sain (*thyroïdite simple*) de celle du corps thyroïde malade, hypertrophié (*goître enflammé* ou *strumite*); cette distinction doit nécessairement être faite. Ceci posé nous n'aurons en vue ici que la thyroïdite aiguë, car il nous semble impossible de séparer l'histoire de la thyroïdite chronique de celle du goître fibreux,

**Étiologie.** — La thyroïdite aiguë, bien étudiée aujourd'hui, n'est pas une



affection banale; elle paraît être à peu près exclusivement l'apanage du sexe féminin, puisque sur onze cas GALTIER compte sept femmes; de même, la jeunesse y serait exposée plus que tout autre âge et de vingt à trente ans la thyroïdite est plus fréquente. C'est aussi l'époque du maximum de fréquence de la fièvre typhoïde, et maintes fois la thyroïdite aiguë apparaît dans le déclin de cette maladie, ainsi que LEBERT, KOCHER, LIEBERMEISTER, PINCHAUD l'ont observé. Dans un certain nombre de cas il faudrait admettre l'origine rhumatismale de l'affection, le refroidissement; une malade de LAURE (1873) succomba à une thyroïdite aiguë d'origine puerpérale. L'impression qui reste quand on parcourt les observations, c'est que le corps thyroïde est loin d'être indifférent aux influences microbiques et qu'il réagit parfois avec une intensité très grande; les recherches de WÖFLER ont démontré la vérité de cette proposition.

**Anatomie pathologique.** — Tout ce que l'on sait sur les lésions de la thyroïdite aiguë se réduit à fort peu de chose. D. MOLLIÈRE a pu constater ce que VIRCHOW avait déjà avancé, que le pus prend naissance dans le tissu interstitiel et reste infiltré un certain temps avant de se collecter.

D'autres observateurs ont trouvé à l'autopsie des lésions prononcées, la destruction gangréneuse de l'organe, la perforation ou un rétrécissement considérable de la trachée (LAURE). WÖFLER a mis en évidence les foyers microbiques.

**Symptômes.** — L'affection débute d'ordinaire par une vive douleur dans la région sous-hyoïdienne, irradiée quelquefois à la poitrine et à la nuque. Les moindres mouvements, la déglutition, l'extension du cou, la pression d'un vêtement, provoquent des exacerbations pénibles. Aussi les malades portent-ils la tête penchée en avant pour relâcher tous les muscles. Au bout de douze à vingt-quatre heures, en même temps que la fièvre et les symptômes généraux apparaissent, on constate un gonflement de la région antéro-inférieure du cou, presque toujours borné à un seul lobe. La tumeur soulève les muscles sous-hyoïdiens, efface la gouttière carotidienne; dans un cas de RICHTER la trachée était déplacée latéralement. Peu à peu la peau devient chaude, tendue; néanmoins à chaque mouvement de déglutition la tumeur monte et descend, signe pathognomonique des affections du corps thyroïde.

Au bout du premier septénaire, la thyroïdite se termine par résolution ou par suppuration. Dans le premier cas, le plus commun, les symptômes au lieu de progresser diminuent insensiblement, mais lentement, l'induration persiste très longtemps. Au contraire, une augmentation de tous les symptômes, des douleurs pulsatives, des frissons, un ramollissement de la masse indiquent la suppuration. La glande acquiert le volume du poing; la peau, luisante, parfois violacée, devient de plus en plus adhérente; la dyspnée, les troubles fonctionnels présentent alors une intensité remarquable. Après l'ouverture de la poche il s'écoule un pus fétide, souvent roussâtre, quelquefois mélangé à des gaz. Rarement l'affection se termine par gangrène; GASCOYEN en a publié un exemple suivi de guérison.

Parmi les complications observées, signalons l'asphyxie qui peut être due aux déformations et aux perforations de la trachée; l'aphonie et les vomissements par suite de la compression du pneumogastrique et des récurrents,

comme dans un cas de HARDY; la péri-thyroïdite diffuse, dont WERNHER a publié un exemple et qui tend à se propager aux médiastins. Bien que RIBERI ait cité trois exemples d'ouverture de la collection purulente dans la trachée suivis de guérison, la mort n'est pas moins à craindre, c'est de cette façon que succomba un malade de BAILLIE.

**Diagnostic.** — Le gonflement du corps thyroïde accompagné de fièvre doit faire présumer la thyroïdite; l'évolution de la maladie, la fluctuation qu'on ne perçoit bien qu'après avoir fixé l'organe, lèvent tous les doutes; les frissons, l'élévation de la température, l'œdème superficiel sont de précieux indices pour déceler la présence du pus.

**Pronostic.** — Il est différent suivant que l'affection se termine par résolution ou par suppuration, car dans ce dernier cas les dangers sont assez grands et la mort en a été plus d'une fois la conséquence.

**Traitement.** — Après avoir essayé pendant les premiers jours de faire résoudre la tumeur par les applications de sangsues, les purgatifs, on recouvrira la région de cataplasmes; DUPLAY recommande les vésicatoires volants. Dès qu'il y a du pus il faut lui donner issue. KOCHER conseille les ponctions suivies de lavages antiseptiques; cependant c'est à l'incision large et au drainage antiseptique que la majorité des chirurgiens donnent la préférence. Si les accidents dyspnéiques présentaient trop d'acuité, la trachéotomie serait parfois indiquée. Enfin les fistules sont susceptibles d'amener la mort par suite de suppurations interminables; le débridement et le curage nous semblent en pareil cas préférables à l'extirpation du foyer.

## § 2. — Tumeurs du corps thyroïde

**Bibliographie.** — BACH, *Mém. de l'Ac. de méd.*, t. XIX, 1855. — BAUCHET, *Gaz. hebdom.*, 1857. — BONNET, *Gaz. méd. de Paris*, 1851. — FLEURY, *Ibid.*, 1856. — VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, t. III. — LUCKE, in *Pitha et Billroth*, Bd. III, 1875. — BOUCHACOURT, *Bull. de therap.*, t. XXVII. — LEBERT, *Traité d'anat. pathol.*, 1862. — DENNE, *Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, p. 819. — LUTON, *Arch. gén. de méd.*, 1867. — BERGER, *Revue de Hayem*, t. XIV, p. 721, et *Arch. gén. de méd.*, 1874. — M. MACKENZIE, *Brit. Med. J.*, 1874. — MICHEL, *Gaz. hebdom.*, 1873. — BRUBERGER, *Deutsch. mil. Zeitschr.*, 1876, p. 447. — BRIÈRE (d'Yverdon), *Du traitement, etc.*, 1877. — CAZALIS, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, t. III, p. 141, 1877. — ROSE, *Corresp. bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1877, n° 17, p. 524. — SUSKIND, *De l'extirpation du goître*, Tubingue, 1877. — KOCHER, in *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1878, t. X. — SCHINZINGER, *Centralbl. f. Chir.*, 1879. — BECKEL, *Soc. de chir.*, 1879. — D. MOLLIÈRE, in *Lyon méd.*, 1879, t. XXXII. — DUPLAY, *Gaz. des Hôp.*, 1879. — KAUFMANN, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1883, p. 255. — MADELUNG, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIV, p. 71. — WÖFLER, *Ibid.*, p. 157, et Bd. XXIX, p. 1 et 754 (Bibliogr.), et *Wien. Med. Wochens.*, 1882. — LIEBRECHT, *Ac. de méd. belge*, 1883. — JULLIARD, *Rev. de chir.*, 1883. — KRONLEIN, in *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1884, p. 93.

Articles GOÏTRE et THYROÏDE des *Dictionnaires*.

Thèses de Paris. — 1855, BONNAUD. — 1860, HOUEL (Agrég.). — 1868, PESME (Strasb.) — 1869, CHABOUREAU (Strasbourg). — 1876, JAUPITRE. — 1877, RELLINGER. — 1878, GAGON. — 1879, DÉTRIEUX, MALARD. — 1880, BOURSIER (Agr.) (Bibliogr.), SIMON, DERBEZ. — 1881, LARDILEY, PINCHAUD. — 1883, COULON.



Le nom de goître est un terme générique qui comprend toutes les tumeurs du corps thyroïde. On ne saurait plus se contenter aujourd'hui des données anciennes sur l'anatomie pathologique de ces productions morbides, et depuis quelques années des progrès considérables ont été réalisés. Un travail très important publié par WÖFLER dans les *Archives de Langenbeck* (1883) vient de jeter un jour nouveau sur la question des goîtres. Tout en conservant la division clinique des tumeurs thyroïdiennes suivant qu'elles sont bénignes ou malignes, cet auteur a reconnu différents types qui étaient jusqu'ici confondus sous la dénomination provisoire d'hypertrophies. Néanmoins il nous a été impossible de prendre les divers types admis par WÖFLER comme base de notre division, parce que l'histoire clinique de ces différentes variétés est encore trop incomplète. Aussi nous bornerons-nous à indiquer les principaux types établis par cet auteur. Toutes les affections néoplasiques du thyroïde pourraient être rangées dans trois groupes distincts : 1° les tumeurs hypertrophiques et les adénomes ; 2° les tumeurs carcinomateuses, la plupart malignes ; 3° les tumeurs d'origine conjonctive.

Le premier groupe contient le goître congénital, l'hypertrophie vraie caractérisée par une augmentation de volume qui porte sur les éléments glandulaires, les cavités folliculaires ou sur le contenu de ces cavités ; sous le nom d'adénome, WÖFLER range toutes les néoformations épithéliales constituées par la production d'un tissu glandulaire à vascularisation embryonnaire atypique. Les adénomes forment eux-mêmes un certain nombre de subdivisions qui sont : l'adénome fœtal, ainsi appelé en raison de l'analogie du tissu morbide avec celui de la glande thyroïde embryonnaire, l'adénome vasculaire (lacunaire), acineux, myxomateux, fibreux, angio-caverneux, papillaire. Mentionnons en outre l'adénome gélatineux ou goître-colloïde, les adénomes myxomateux et cylindro-cellulaire. Au second groupe appartiennent les carcinomes alvéolaire et cylindro-cellulaire.

Enfin dans le troisième groupe, un peu moins important que les précédents, WÖFLER étudie les tumeurs conjonctives, c'est-à-dire les fibromes, les sarcomes qui présentent comme principales variétés les sarcomes angio-caverneux, à cellules fusiformes, à cellules géantes et à cellules rondes.

Nous décrirons successivement : 1° l'hypertrophie du corps thyroïde ou goître simple ; 2° les tumeurs malignes. Le goître exophtalmique, ou maladie de Basedow, dans lequel le gonflement de la glande n'est qu'un phénomène accessoire, reconnaît probablement pour cause des lésions du grand sympathique ; il n'en sera pas question ici.

#### 1° HYPERTROPHIE DU CORPS THYROÏDE

SYNONYMES. — Goître simple ; goître hypertrophique. — Bronchocèle.

**Étiologie.** — Eu égard à son origine, le goître est sporadique, endémique ou épidémique ; le premier nous occupera spécialement.

Les travaux de FODÉRÉ, de PROSSER, démontrent que le goître est plus fré-

quent de sept à douze ans qu'à tout autre âge ; maintes fois les accoucheurs ont signalé l'existence de cette affection chez les nouveau-nés. L'influence de l'hérédité, du sexe féminin, est également hors de doute ; quant à celle du tempérament, de la constitution, du climat, des saisons, de l'altitude, elle paraît moins évidente.

A côté de ces causes prédisposantes assez mal définies, il faut placer les causes déterminantes telles que la congestion répétée de l'organe par suite des efforts, des ascensions fatigantes ; HAHN a invoqué la tension du cou en avant chez les dentelières de Luzarches ; on a également incriminé la grossesse, les influences morales, les chagrins. C'est assez dire que l'étiologie du goître sporadique est encore fort obscure.

**Goître endémique.** — C'est un fait connu qu'il existe des pays à goître, et depuis longtemps les médecins ont cherché à déterminer la cause probable de cette endémicité. L'Europe est, plus que tout autre contrée, riche en pays à goître. La plupart des foyers existent dans les régions montagneuses, bien moins sur les plateaux élevés que dans les vallées profondes ; le Valais, les vallées des Alpes ont, à cet égard, une triste réputation. En France le goître endémique est assez commun dans les contrées de l'Est, dans la Savoie, l'Isère, tandis qu'il est rare et même inconnu sur le littoral. En étudiant de plus près les conditions étiologiques du goître endémique, les médecins sont arrivés à reconnaître une influence considérable aux eaux potables. Or il résulte de recherches multiples que ces eaux présenteraient trois sortes d'altérations : 1° insuffisance de certains éléments chimiques ; 2° excès de certaines substances ; 3° présence dans l'eau de principes délétères probablement infectieux et parasitaires.

*a.* A la première catégorie se rapporte la désoxygénation de l'eau qui provient de la fonte des glaciers (BOUSSINGAULT), l'absence d'acide carbonique (IRPHOFEN), l'insuffisance des chlorures (EULEMBERG), et surtout des iodures (CHATIN).

*b.* D'autres ont trouvé dans l'eau des pays à goître un excès de sels magnésiens ; ce fait nous paraît avoir une importance réelle, soit que ces sels exercent une action directe, soit qu'ils favorisent le développement de germes spéciaux. Ajoutons que SAINT-LAGER s'est efforcé de démontrer l'influence des sulfures, MAUMENÉ, celle des fluorures.

*c.* Enfin les idées modernes ont conduit KLEBS à chercher dans les eaux des pays à goître des parasites spéciaux, et il y aurait rencontré des infusoires qu'il considère comme la cause première de l'affection. Quoi qu'il en soit de toutes ces interprétations que nous ne pouvons que résumer brièvement, le goître endémique coexiste fréquemment avec d'autres maladies, la tuberculose, le crétinisme ; beaucoup de crétins sont fils de goitreux.

**Goître épidémique.** — On connaît en France trente-cinq épidémies de goître ; la plupart ont été observées sur des militaires et dans les mêmes garnisons. A vrai dire, il s'agirait plutôt d'une affection endémique exerçant son influence d'une façon très active sur un plus ou moins grand nombre d'individus étrangers au pays. Par conséquent les causes seraient identiques à celles du goître endémique.



**Anatomie pathologique.** — Aucune des nomenclatures anciennes ne répondant aux besoins de l'anatomie pathologique, d'autre part les groupes établis par WÖLFLEER n'étant pas encore bien déterminés cliniquement, nous adopterons la division suivante : 1° le goître hyperplasique simple; 2° le goître hyperplasique folliculaire et colloïde; 3° le goître kystique; 4° le goître vasculaire. Enfin à côté de ces types principaux il convient de placer les goîtres fibreux, calcifiés, ossifiés, qui sont des variétés du goître simple, des dégénéralions de la trame.

A. *Goître hyperplasique simple.* — Il consiste dans une hypertrophie régulière de toutes les parties constituantes de la glande; parfois cette altération intéresse l'organe tout entier, plus souvent elle est limitée à un seul lobe; on y

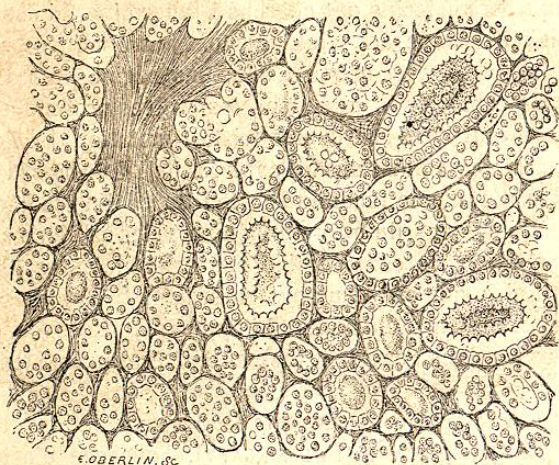


Fig. 174. — Hypertrophie simple du corps thyroïde. Goître simple, d'après WÖLFLEER (Arch. de Langenbeck, t. XXIX.)

retrouve avec leur structure normale les lobules et les vésicules (fig. 174). Ordinairement le goître simple est dur, résistant; rarement on y constate des bosselures. Quelques auteurs, MADELUNG entre autres, ont signalé l'existence de goîtres développés aux dépens de thyroïdes accessoires, aberrantes, qui siègeraient dans des points plus ou moins distants de la trachée et même en arrière d'elle.

B. Le *goître hyperplasique, folliculaire et colloïde (goître parenchymateux)*, bien étudié par VIRCHOW, présente les mêmes caractères que le précédent. Ici encore les éléments normaux de la glande thyroïde sont conservés, mais les follicules hyperplasiés refoulent le tissu interstitiel qui leur forme une sorte de coque. On pourrait admettre l'existence d'une cavité à paroi propre et végétante intérieurement; aussi quelques auteurs ont-ils considéré cette altération comme due à une variété de kystes proliférants analogues à ceux de la mamelle (fig. 175).

On sait qu'à l'état normal, surtout chez les vieillards, il n'est pas rare de rencontrer la dégénérescence colloïde ou gélatineuse des follicules. Une altération identique se montre assez fréquemment dans le goître folliculaire et

engendre les goîtres colloïdes ou gélatineux; la matière qu'ils contiennent est analogue à de la colle forte (fig. 176). Ce sont eux qui constituent les énormes tumeurs qu'on a vues exceptionnellement pendre sur la poitrine et même sur les cuisses (WINTERMAYER, HEIDENREICH). Lorsque l'hypertrophie porte plus spécialement sur la trame fibreuse qui cloisonne l'organe, le goître prend une dureté ligneuse, on l'appelle alors *goître fibreux*. Il s'agit là d'un processus toujours lent; quelques auteurs regardent le goître fibreux comme une thyroïdite chronique. Lorsque la prolifération du tissu conjonctif est irrégulière, il en

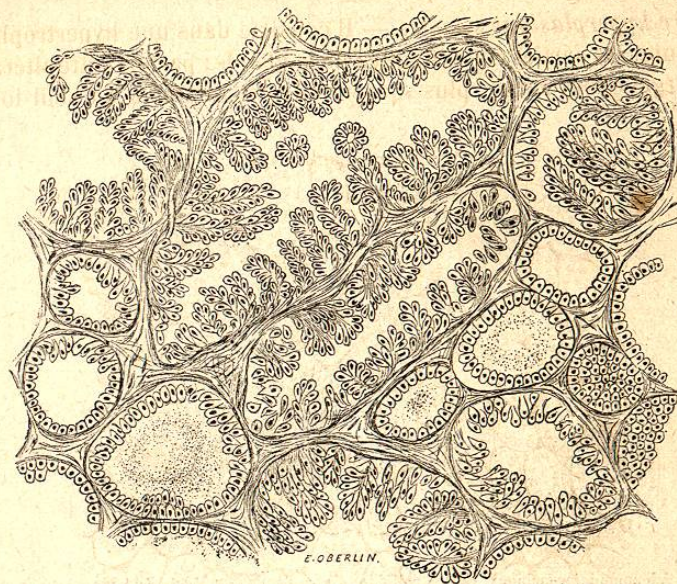


Fig. 175. — Adénome kystique végétant, d'après WÖLFLEER (Arch. de Langenbeck, t. XXIX.)

résulte des nodosités rarement plus grosses qu'une noix ou un œuf, d'un blanc-bleuâtre, d'où partent des cloisons épaisses qui s'enfoncent dans le reste de la glande. On conçoit que le développement des follicules soit en raison inverse de celui de la trame, et de fait on n'en trouve qu'à la périphérie, encore subissent-ils la transformation colloïde ou kystique.

*Goîtres kystiques.* (Hydrocèle du cou). — Ils ont été étudiés par MAUNOIR, FLEURY et MARCHESSEUX, VELPEAU, VIRCHOW, MICHAUX (de Louvain). Nous avons vu que les follicules du goître simple ou folliculaire subissent quelquefois la dégénéralion kystique; les vésicules se réunissent en se fondant ainsi les unes dans les autres et donnent naissance à des cavités plus grandes, assez nombreuses au début. La transformation kystique surviendrait au moment où la masse gélatineuse aurait acquis les dimensions d'une noix, elle débiterait par les cellules de la périphérie et gagnerait ensuite le centre de la masse. Quant à l'accumulation du liquide, elle résulterait d'une sécrétion de la paroi. Le contenu de ces kystes est un liquide albumineux, incolore ou légèrement ambré, filant. NASSE y a signalé des cristaux de cholestérine, HOPE SEYLER, de l'albumine; l'abondance de la cholestérine a pu être assez grande pour trans-