

blié des exemples; il s'agit dans ce cas de goîtres parenchymateux colloïdes qui s'accompagnent de foyers secondaires dans d'autres organes et souvent dans les os (WÖLFLE). CONHEIM trouva dans les foyers métastatiques de beaux follicules clos elliptiques, entourés d'une couche unique d'épithélium cylindrique et remplis d'une masse gélatineuse hyaline. Cette forme ne semble pas être moins redoutable que le carcinome ou le sarcome de la glande.

Le pronostic des tumeurs malignes est essentiellement grave, en raison de leur marche rapide, fatale, de la fréquence des accidents compressifs et aussi de l'inefficacité de la thérapeutique. On en jugera par les résultats suivants empruntés à BRAUN. Sur trente-quatre malades opérés, vingt-deux sont morts des suites de l'opération, soit 64, 7 p. 100, douze ont guéri, 35 p. 100; mais sur ce chiffre, six ont eu des récidives et les six autres ne paraissent pas avoir retiré un grand bénéfice de l'opération. Sur les vingt-deux succès opératoires, quatre fois la mort est survenue dans les vingt-quatre heures, sept fois du deuxième au quatrième jour, cinq fois du quatrième au neuvième, etc. Les opérations palliatives ne seraient pas beaucoup plus avantageuses, puisque sur dix-sept cas où il a fallu recourir à la trachéotomie, une fois le patient mourut avant la fin de l'opération, deux fois après l'introduction de la canule; six malades succombèrent dans les vingt-quatre heures, cinq du premier au quatrième jour et un seul eut douze jours de survie.

5° DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

Le diagnostic des tumeurs du corps thyroïde comporte la solution de plusieurs questions. Le premier soin du chirurgien en présence d'une tumeur qui occupe les parties antéro-inférieures du cou sera de s'assurer de la participation du corps thyroïde; en un mot il doit commencer par poser le diagnostic anatomique.

En second lieu, le siège étant reconnu, quelle est la nature de la tumeur? avec DUPLAY, KRISHABER, nous examinerons les goîtres à deux points de vue différents, suivant qu'il y a ou non des accidents de suffocation.

1° *Diagnostic anatomique.* — Il est un certain nombre de circonstances étiologiques qui portent tout naturellement le chirurgien à admettre une affection du corps thyroïde plutôt qu'une autre tumeur des parties inférieures du cou. Ainsi dans un pays à goître, dans une famille où cette affection est héréditaire, la première idée sera de penser à l'existence d'une hypertrophie du thyroïde. De même encore, certains états physiologiques comme la grossesse, ou pathologiques, l'effort habituel, attireront de prime abord l'attention sur un gonflement de la glande. Mais en dehors de ces considérations assez vagues, les tumeurs thyroïdiennes, quelle que soit leur nature, présentent généralement un certain nombre de caractères propres. D'abord elles siègent dans la région où se trouve normalement le corps thyroïde, et conservent sa forme bilobée; la masse, sous-aponévrotique, n'a aucune adhérence à la peau. Vient-on à porter la tête en arrière, les muscles sous-hyoïdiens et sterno-mastoïdiens tendus forment un relief sur la tumeur immobile. Au contraire, dans

la flexion le goître jouit d'une certaine mobilité latérale; on peut le déplacer et reconnaître qu'il a des attaches profondes. Le signe le plus important est le déplacement du néoplasme qui monte avec la trachée et le larynx dans les mouvements de la déglutition. Un petit nombre d'exceptions n'ôtent rien de sa valeur à ce signe en quelque sorte pathognomonique. Qu'on ajoute à cela l'unité, l'accroissement lent, l'indolence de la production morbide, et l'on aura une idée générale des tumeurs les plus communes du corps thyroïde. Il faudra se rappeler qu'il existe parfois des thyroïdes accessoires, aberrantes; dans les cas litigieux le chirurgien devra en tenir compte.

Si maintenant nous passons en revue les principales affections qui peuvent être confondues avec les tumeurs du corps thyroïde, nous trouvons de précieux éléments pour le diagnostic différentiel. Les quatre lésions pathologiques qui s'en rapprochent davantage sont les adénopathies, les kystes du cou, les goîtres aériens, et les anévrysmes.

En général les adénopathies sont situées plus en dehors que les goîtres, qu'il s'agisse de tubercule, de lymphadénome ou de cancer. On constate habituellement l'existence d'une chaîne ganglionnaire unilatérale. D'ailleurs l'état de la santé, la marche de l'affection, l'immobilité des tumeurs pendant les mouvements de déglutition permettront d'établir une distinction avec les tumeurs thyroïdiennes. Enfin le cancer des ganglions, presque toujours secondaire, est douloureux.

Les kystes du cou occupent les parties latérales; la plupart sont simples, congénitaux, séreux, transparents, et siègent de préférence à gauche; de plus, la fluctuation y est franche. Tout autre est l'aspect des goîtres; en admettant qu'ils soient kystiques, la transparence y est exceptionnelle en raison de l'épaisseur de la paroi et souvent aussi de la couleur foncée du contenu; en outre la tuméfaction des goîtres est plus diffuse. L'hésitation serait possible avec certains kystes bilatéraux multiloculaires; il est évident que si ces derniers remontent jusque sous la langue, l'origine kystique ne saurait être douteuse. De ces kystes composés nous rapprocherons les tumeurs congénitales à contenu muqueux liées à la trachée. La sonorité à la percussion et la réductibilité feront reconnaître les goîtres aériens; l'intégrité du pouls radial ou temporal permettra d'écarter l'idée d'un anévrysme. Cependant certains goîtres plongeants en contact avec la crosse de l'aorte sont d'un diagnostic difficile.

2° *Quelle est la nature de la tumeur thyroïdienne?* — A la période initiale, alors qu'il n'existe pas d'accidents, les néoplasmes du corps thyroïde n'ont aucun caractère qui permette de les reconnaître d'une façon certaine. Ce n'est que si l'affection développée chez un homme âgé, en dehors d'un pays à goître, devient douloureuse, s'accroît vite, envahit les ganglions et les organes voisins, détermine des phénomènes de compression, que l'idée d'une tumeur maligne aura sa raison d'être.

Si le goître plus volumineux, indifférent, ne signale sa présence par aucun symptôme subjectif, le chirurgien devra chercher à établir un diagnostic d'après les symptômes objectifs. A cet égard, la division de ces tumeurs suivant qu'elles sont solides ou liquides offre des avantages réels.

Les goîtres kystiques, un peu moins réguliers que les goîtres solides, présentent des bosselures latérales piriformes; la tumeur unilobée ou bilobée est fluctuante, très rarement transparente; elle a en général apparu au niveau d'un goître parenchymateux antérieur. Tous ces signes ne sont déjà plus aussi nets lorsqu'il s'agit de kystes multiloculaires; la fluctuation devient moins franche et n'est facilement perçue que dans les cas où l'on peut faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre. Certains kystes hématiques offrent une grande analogie avec ces goîtres kystiques; cependant, dans le premier cas, les bosselures fluctuantes se sont développées rapidement à l'occasion d'un traumatisme, d'un effort, d'une grossesse. Néanmoins le diagnostic exact est souvent fort difficile et des chirurgiens habiles ont méconnu des kystes volumineux. DELPECH ne reconnut qu'après la ponction une de ces poches qui contenait deux kilogrammes de liquide.

Dès que le kyste occupe un siège un peu insolite, l'hésitation reparaît; CHENET a publié (*Arch. de méd.*, 1875, p. 233) l'histoire d'un malade de PROUST, qui avait un kyste sanguin thyroïdien en apparence indépendant de la glande; la tumeur présentait une fausse réductibilité et avait été prise pour un abcès, une hernie du poumon; l'issue de sang pur par le trocart leva les doutes.

C'est en effet à la ponction qu'il conviendra de s'adresser dans les cas litigieux; néanmoins, comme elle expose à l'inflammation, à la suppuration et aux hémorragies, le chirurgien ne doit y recourir qu'avec prudence. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel des goîtres kystiques avec les abcès froids de la glande et les kystes hydatiques; ces affections exceptionnelles ne se révèlent par aucun signe spécial et tout au plus peut-on en soupçonner l'existence.

Quant aux tumeurs solides du corps thyroïde, leur diagnostic est moins difficile. La consistance solide, uniforme, de l'organe hypertrophié, surtout dans les pays à goître, est un excellent signe; mais tandis que le goître simple est ferme, lisse, unilobulé, le goître fibreux a une consistance inégale, plus dure; les doigts perçoivent des masses fibreuses très résistantes s'enfonçant dans la tumeur et qui, dans quelques cas, ont la dureté de la pierre (*goître osseux, calcaire*). Il y a là toute une série de transitions sur lesquelles nous n'insisterons pas davantage. Tout autre est la consistance du goître colloïde gélatineux; au lieu de nodosités résistantes, la palpation permet de reconnaître çà et là des points où la consistance est moins ferme. La plupart des goîtres ramollis appartiennent à cette forme. Enfin le mouvement d'expansion, la turgescence de la tumeur par l'effort, le bruit de souffle analogue au souffle utérin, le développement vasculaire anormal caractérisent les goîtres vasculaires. Ils ne pourraient simuler un anévrysme que s'ils étaient rétro-sternaux; dans tous les cas l'intégrité du pouls périphérique, l'unilatéralité de la tumeur, son début par la partie supérieure de l'organe, constituent d'excellents signes différentiels. On trouve cité partout le fait de NÉLATON qui guérit un goître vasculaire par l'administration d'iode, la tumeur avait été prise pour un anévrysme.

Quelques formes exceptionnelles de goître sont très difficiles à reconnaître; MADELUNG a montré que le diagnostic des thyroïdes accessoires était presque impossible; il n'y a pas d'ascension de la tumeur dans les mouvements de dé-

glutition, son siège est incertain; enfin ces organes ressemblent à des ganglions ou à des kystes. Cet auteur signale, comme particularités qui pourraient être utilisées en pareil cas, leur développement lent, leur lieu d'élection du côté droit du cou et la prédisposition du sexe féminin. Mentionnons seulement le goître exophtalmique caractérisé par ses trois symptômes aisément reconnaissables, le gonflement souvent peu prononcé du thyroïde, l'exorbitisme et les palpitations cardiaques.

Tout ce qui précède concerne exclusivement les tumeurs indolentes, indifférentes du corps thyroïde. Nous allons étudier maintenant le diagnostic différentiel des lésions de cet organe qui déterminent des accidents, provoquent des troubles fonctionnels. Avec DUPLAY, nous rangerons dans deux groupes distincts ces diverses affections selon que leur marche est aiguë ou lente.

1° Tumeurs à marche aiguë. — Au nombre des lésions qui leur donnent naissance il faut ranger les congestions fluxionnaires physiologiques ou pathologiques, les inflammations aiguës de l'organe qui apparaissent dans deux conditions différentes, suivant qu'il existait ou non une affection antérieure. La thyroïdite aiguë n'a pas été nécessairement précédée d'une tumeur, tandis que la strumite n'est autre chose que l'inflammation d'un goître préexistant. Or tous ces états pathologiques s'accompagnent d'un gonflement rapide, douloureux et de troubles fonctionnels locaux et généraux, élancements, dyspnée, fièvre. L'apparition de la maladie dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la variole, dans l'état puerpéral, fera penser à une inflammation aiguë. Il y a là des éléments précieux pour le diagnostic de ces tumeurs qu'on ne peut guère confondre avec d'autres; les phlegmons ganglionnaires siègent sur les parties latérales du cou; le phlegmon rétro-pharyngien très profond ne détermine pas une tuméfaction sus-hyoïdienne aussi prononcée.

2° Tumeurs à marche lente. — Dans ce groupe les troubles fonctionnels sont intimement liés au goître, à son développement progressif, aux prolongements qu'il envoie dans diverses directions, aux compressions, à la constriction et aux déplacements qui en résultent. Or ces accidents qui ont fait donner à ces tumeurs le nom de goître suffocant nous sont connus; citons parmi les principaux: la douleur, la dyspnée, le cornage, le tirage, l'aphonie, la dysphagie, la stase veineuse, la congestion de la face, le catarrhe trachéo-bronchique. S'il est en général facile de rapporter ces phénomènes à un goître préexistant, dans quelques cas le diagnostic précis présente de sérieuses difficultés.

Rien d'étonnant à ce qu'un goître volumineux, colloïde ou kystique, par la compression qu'il exerce, par l'usure et l'aplatissement des arceaux de la trachée, devienne suffocant. L'expectoration subite de liquides ou de matières provenant de la tumeur ouverte dans la trachée, fait signalé par LEBERT, éclairera beaucoup le chirurgien sur la cause et sur la nature des accidents, si la mort n'en est pas la conséquence.

C'est surtout dans les cas où les dimensions du néoplasme ne sont pas en rapport avec l'intensité des symptômes que la détermination de la cause devient problématique. Quand on aura éliminé par une exploration attentive les

angines, les phlegmons pharyngiens, l'œdème de la glotte, qui pourraient coïncider avec un goitre, il faudra penser à l'une des formes suivantes : 1° le goitre fibreux constricteur ; 2° le goitre rétro-sternal ou plongeant. Le premier se révèle de bonne heure par ses nodosités, sa surface rétractile, son adhérence aux organes sous-jacents. Au contraire le goitre rétro-sternal forme une masse qui s'enfonce derrière le sternum à chaque inspiration ; ses dimensions dépassent rarement celles d'un œuf de poule, et l'on peut sentir des prolongements thoraciques. Un signe sur lequel l'attention a été attirée par BONNET est l'amendement des accidents de suffocation en soulevant le goitre et en l'attirant en avant.

Reste maintenant à différencier les tumeurs malignes des goîtres ordinaires ; les premières sont en général remarquables par leur développement rapide, l'accroissement continu de la circonférence du cou, l'adhérence du néoplasme aux parties voisines et aux ganglions eux-mêmes dégénérés. La douleur lancinante, considérée comme un bon signe du carcinome, ne présenterait, suivant ROSE, rien de particulier. Plus tard le carcinome infiltre la peau qui devient rouge œdémateuse ; on pourrait croire à la formation d'un abcès, mais l'âge du sujet, la cachexie, l'adénopathie, ne laissent à cette période aucun doute sur la nature maligne du néoplasme.

6° TRAITEMENT DES TUMEURS THYROÏDIENNES

Indications générales. — La grande majorité des tumeurs du corps thyroïde ne déterminant aucun accident et constituant seulement une affection disgracieuse, la plupart des chirurgiens s'accordent pour n'instituer qu'un traitement interne ou appliquer des topiques. Il y a donc lieu d'étudier le traitement général et le traitement local ; quant aux cas qui réclament l'intervention, nous les rangerons avec BOURSIER, suivant les indications, sous quatre chefs principaux.

1° *Indications tirées de la tumeur.* — Jusqu'à ces dernières années le volume d'un goitre, indépendamment des autres symptômes, n'était pas regardé comme un motif suffisant pour autoriser l'intervention chirurgicale ; à moins de cas où il s'agit de goîtres pédiculés, mieux vaut s'abstenir. La nature du néoplasme n'est pas moins intéressante à considérer ; NÉLATON se montre peu partisan du traitement chirurgical du goitre cancéreux ; cette opinion a été confirmée de nos jours par ROSE, LUCKE ; les résultats relevés par BRAUX sont loin d'être encourageants ; l'abstention est en effet bien préférable à une opération même bénigne qui active la marche de la maladie. L'extirpation précoce ne saurait être plus rationnelle, parce qu'à cette période le diagnostic est jusqu'à présent impossible. Quelques succès douteux obtenus par des chirurgiens allemands dans des cas où la nature du mal fut reconnue après l'opération n'infirmen en rien ces règles générales.

2° *Indications tirées des troubles fonctionnels.* — Les troubles respiratoires tiennent ici, comme nous l'avons vu, la première place ; tantôt lents et progressifs, tantôt paroxystiques, se succédant à des intervalles plus ou moins

rapprochés, ils font toujours courir de grands dangers, et dans les cas aigus se terminent par l'asphyxie et la mort. Aussi l'intervention s'impose-t-elle avec urgence ; il s'agit alors d'une opération de nécessité. La conduite devient déjà moins certaine pour les accidents chroniques et il nous semble prudent de borner toute intervention aux goîtres nettement progressifs. La dysphagie ne saurait nécessiter à elle seule une opération grave ; l'emploi de la sonde à demeure, conseillé par KRISHABER, permet de nourrir le malade en lui évitant les chances d'une opération aléatoire. Quant aux troubles vasculaires et nerveux, ils le cèdent en importance aux précédents avec lesquels ils coexistent.

3° *Indications tirées des modifications accidentelles du néoplasme.* — La plus importante est assurément l'inflammation, la strumite. On conçoit que le chirurgien ne puisse rester spectateur devant des accidents aigus susceptibles de mettre l'existence des malades en danger, de provoquer des troubles fonctionnels graves et même l'asphyxie par suite de l'ouverture d'une collection purulente dans la trachée. KOCHER recommande donc avec raison l'incision hâtive, dès que la présence du pus est constatée. Cette règle s'applique encore aux kystes enflammés et suppurés ; mieux vaut les ouvrir et les traiter antiseptiquement que de les abandonner, car leur ouverture spontanée est souvent suivie d'accidents. HOLMES, dans un fait où un énorme kyste s'était ouvert et entretenait une suppuration fétide, pratiqua l'extirpation de la tumeur, mais son malade mourut le lendemain.

L'apoplexie dans les goîtres parenchymateux ou kystiques est-elle susceptible de modifier l'abstention, règle générale pour tous les goîtres ? A cette question nous répondrons que des accidents urgents autoriseraient seuls une intervention si bénigne qu'elle soit. LESTER, dans un cas d'apoplexie thyroïdienne compliquée de glossite, se borna au traitement ordinaire de cette dernière affection et obvia par l'incision, aux menaces d'asphyxie.

4° *Indications tirées de l'état général.* — Deux ordres de causes contribuent à affaiblir la santé dans les cas de tumeur thyroïdienne ; d'une part les troubles fonctionnels, de l'autre la cachexie, lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes. Dans le premier cas l'intervention serait subordonnée aux troubles fonctionnels, tandis que dans le second la généralisation du néoplasme est une contre-indication formelle. Le traitement radical du goitre exerce-t-il une modification heureuse sur le crétinisme. La réponse à cette question n'aura pendant longtemps qu'un intérêt théorique ; pour être efficace ce traitement devrait être préventif, et les chances opératoires ne sont pas compensées par l'espérance d'un résultat favorable.

Traitement médical. — Nous laisserons de côté la prophylaxie du goitre endémique et épidémique, qui appartient plus spécialement à l'hygiène et à la médecine : le soin apporté dans le choix de l'eau potable, la précaution d'éviter les efforts et les congestions de l'organe, le changement de pays, rendent souvent de grands services.

Comme agent thérapeutique spécial nous signalerons les heureux effets de l'iode à l'intérieur ; son action serait beaucoup plus manifeste dans la forme endémique que contre le goitre sporadique. Pour agir efficacement, ce mé-