

l'autre côté de la perte de substance. Le lambeau transplanté joue alors le même rôle que dans le cas précédent : en intercalant dans la cicatrice un lambeau de peau saine, on la divise en deux parties, et on l'allonge en même temps, ce qui fait que la tête n'est plus attirée vers la poitrine.

CHAPITRE IV

MALADIES DU CORPS THYROÏDE.

Tandis que la physiologie du corps thyroïde est encore à faire — et Dieu sait quand elle sera faite — la chirurgie de cette glande remonte à l'antiquité. Chez les Grecs, le goître était connu sous le nom de βρογχόκλις. Les Romains connaissaient sa distribution géographique, et Juvénal pouvait dire :

Quis tumidum guttur miratur in Alpibus? aut quis

In Meroe crasso majorem infante mamellam?

Celse décrit deux méthodes de traitement opératoire des nodules et des kystes strumeux. L'époque moderne est marquée par de grands progrès accomplis dans le traitement opératoire de cette affection.

Considérations anatomiques. — A l'état normal, le corps thyroïde recouvre par son isthme les 2^e, 3^e et 4^e anneaux de la trachée ; ses lobes latéraux cachent une partie du cartilage thyroïde, descendent au-dessous des 5^e et 6^e anneaux de la trachée et recouvrent le bord interne de la carotide, les parties latérales de l'œsophage et les muscles profonds du cou. Ses attaches à la trachée et au larynx sont très importantes à connaître au point de vue diagnostique. Un ligament moyen le fixe à la face antérieure du cartilage thyroïde et cricoïde ; deux ligaments latéraux l'unissent au cartilage cricoïde et aux trois premiers anneaux de la trachée. Dans ces conditions, la glande thyroïde suit les mouvements du larynx, remonte et descend avec lui pendant la déglutition, et ce fait constitue un signe diagnostique très important pour les tumeurs thyroïdiennes. Le ligament médian est encore important au point de vue opératoire, car si pendant la trachéotomie on veut repousser l'isthme en bas, il faut diviser auparavant ce ligament.

§ 1. — *Goître.*

Comparées avec le goître, les autres affections de la glande thyroïde sont très rares. C'est donc le goître que nous étudierons en premier lieu.

Le nom actuel de *struma* s'appliquait autrefois à toutes les tuméfactions des ganglions lymphatiques, de sorte qu'on parlait non seulement des strumes du cou, mais aussi de celles des aines, de l'aisselle, du méésentère. Ce n'est qu'au commencement de notre siècle que le mot strume fut réservé au goître. En France, la strume est désignée sous le nom de goître, en Italie sous celui de gozzo ou bocio.

Répartition géographique. Étiologie. — Le goître existe dans toutes les parties du monde, principalement dans les pays à hautes montagnes (les Alpes, l'Himalaya, les Andes), et là de préférence dans les vallées profondes ; les plaines et les bords de la mer sont presque indemnes¹. La distribution géographique de cette affection a fait admettre un grand nombre de causes étiologiques et on a accusé la structure géologique du sol, l'humidité de l'air, la composition de l'eau très riche en sels de chaux et de magnésie. Mais jusqu'à présent on ne sait rien de bien positif sur ce sujet ; il en est de même du rôle étiologique des micro-organismes. Ce qui jette un peu de jour sur cette affection, c'est la coexistence du goître avec certaines maladies d'autres organes. Naguère encore, un certain nombre de physiologistes admettaient que la glande thyroïde était un organe régulateur de la circulation intra-crânienne, une sorte de réservoir sanguin.

Il est très singulier de voir le goître se combiner si souvent avec le crétinisme ou la surdi-mutité. On fut encore plus frappé lorsqu'on apprit que l'extirpation du goître, pratiquée assez souvent depuis quelques années, était suivie de troubles fonctionnels du côté du cerveau, troubles dont il sera question plus loin. Mon élève Schranz, qui a étudié les relations entre le goître et les états morbides du cœur, est arrivé à la conclusion que, tout comme la maladie de Basedow, le goître est dû à une simple névrose. Tous ces faits ne constituent que les jalons d'une théorie encore à établir².

(1) Dans son beau livre sur les affections de la glande thyroïde, le professeur Lücke soutient que le goître était connu au moyen âge, mais que les descriptions et les indications des auteurs n'étaient pas très claires. Je tiens à défendre l'honneur des chirurgiens du moyen âge. Rolando connaissait très bien le goître, qu'il a étudié sous le nom de *botium gulæ* ; il décrit les opérations et communique même plusieurs formules magiques. — Lanfranc dit : « *de botio... Aliquando per rheumatismum descendit a capite ad gulam propter aquæ grossitiam, quæ bibitur, quare in terris multiplicatur pluribus, sicut in confinibus Alpium et planitium Lombardiæ. Hæc apostema in sua materia diversificatur ; nam est sicut caseus, alia sicut fæx olei, etc.* ». De même le passage suivant de Guy de Chauliac : « *Botium ægritudo regionalis et hereditaria apud multos reputatur* ».

Les chirurgiens du moyen âge opéraient le goître de diverses façons. Roger par exemple enfonçait dans la masse deux pointes de feu à angle droit ; d'autres extirpaient les nodules, et connaissaient très bien les dangers de cette opération. Je ne puis dire si les miracles de guérisons attribués aux rois de France à partir de Clovis I^{er} (ils mettaient la main sur le malade et disaient : « Le roi te touche, et Dieu te guérit ») se rapportent à des goîtres ou à des adénopathies cervicales.

(2) Un fait étiologique à mettre en évidence est la prédominance du goître dans le sexe féminin et le rôle, comme causes occasionnelles tout au moins, des poussées de congestion thyroïdienne aux périodes menstruelles, pendant la grossesse.

(A. B.)

Variétés. — L'anatomie pathologique admet plusieurs formes de goître, qu'on peut également retrouver en clinique et dont le diagnostic différentiel ne présente pas de difficultés. Nous considérons aux goîtres cinq formes différentes.

Le goître parenchymateux, qui est une simple hyperplasie de la glande thyroïde. Les anatomistes ne sont pas d'accord pour dire s'il existe ou non dans ces cas une néoformation des éléments glandulaires. Virchow admet que les follicules préexistants se tuméfient, se distendent et peuvent par places être étouffés par le tissu conjonctif interstitiel proliféré. D'une façon générale, une telle glande thyroïde présente une structure à gros grains uniformes, des follicules partout hyperplasiés.

Le goître colloïde provient de la forme précédente quand le contenu des follicules, augmenté de quantité, subit la transformation colloïde. La présence seule de substance colloïde ne suffit pas pour caractériser le goître colloïde, car cette substance existe normalement dans les follicules du corps thyroïde ; pour qu'on puisse parler de goître colloïde, il faut que cette substance se trouve en quantité plus grande qu'à l'état normal. Ce que nous ne savons pas, c'est la façon dont cette masse colloïde augmente. La glande thyroïde se présente alors sous forme d'une tumeur à lobules plus ou moins volumineux, remplis d'un contenu mou, muqueux. La dégénérescence colloïde peut occuper toute la glande ou se localiser seulement dans un ou plusieurs lobules. Les nodules isolés sont toujours entourés d'une couche de parenchyme normal, lui formant une sorte de capsule glandulaire, tellement mince par place, que ce n'est que sous le microscope qu'on peut retrouver la structure caractéristique des follicules.

Cette forme peut se transformer à son tour en *goître kystique*. Par l'augmentation progressive et la liquéfaction de la masse colloïde, chaque follicule se transforme en un petit kyste ; mais dans la majorité des cas, la cavité kystique résulte de la fusion de plusieurs follicules après la disparition des cloisons intermédiaires. La cavité, d'abord irrégulière et traversée par des travées et des brides, peut se régulariser, s'arrondir et faire saillie à l'extérieur sous forme d'une tumeur ronde, presque sphérique.

Cette transformation s'effectue rarement sans hémorragies intrakystiques concomitantes, de sorte que, dans la majorité des cas, le contenu de ces kystes est rouge-brun, rouge-foncé, couleur de teinture d'iode ; une teinte verdâtre indique souvent la présence de cholestérine. Un contenu jaune-clair, couleur de vin blanc est aussi rare que les goîtres kystiques lisses. Dans les poches kystiques anciennes, la paroi est très épaisse et limite très nettement la production ; souvent il

se fait dans les parois un dépôt de sels calcaires, de sorte qu'à la palpation on a l'impression de véritables plaques osseuses. Les kystes récents sont très nettement délimités du parenchyme glandulaire. Après l'incision de la couche de parenchyme qui entoure ordinairement le kyste, la paroi de ce dernier frappe l'œil par sa coloration bleuâtre.

A l'examen microscopique, on ne trouve ordinairement que des dépôts calcaires, mais Lücke a signalé dans les parois de ces kystes la possibilité de véritables formations osseuses avec cellules osseuses et espaces médullaires. Telles sont les trois formes qui dérivent l'une de l'autre. Il n'en est pas de même des deux autres qu'il nous reste à étudier.

Le *goître fibreux* est caractérisé par la prolifération du tissu conjonctif inter-folliculaire. Le tissu se présente dans ces cas sous forme de brides dures, blanc-bleuâtres, qui tantôt se dirigent dans toutes les directions entre les follicules, tantôt se réunissent par places de façon à former de véritables nodules fibreux. A côté de ces nodules fibreux, on trouve ordinairement une prolifération de follicules à la périphérie de la glande.

Le *goître vasculaire* est caractérisé par la dilatation considérable de tous les vaisseaux de la glande. Non seulement la dilatation porte sur les veines, ce qui existe dans toutes les formes de goître, mais les capillaires et les artères sont également dilatés, et à tel point que la masse des vaisseaux l'emporte sur les autres parties du goître. Le nom de goître *anévrismal* n'est justifié qu'en tant qu'anévrysme par anastomose (angiome artériel rameux). Les goîtres vasculaires changent de volume sous diverses influences, sont compressibles et présentent des pulsations et des bruits vasculaires.

Le fait que les trois premières variétés peuvent provenir l'une de l'autre, fait déjà comprendre que dans un certain nombre de glandes thyroïdes on peut trouver côte à côte des lésions particulières à chacune de ces formes. Si l'on ajoute à cela que dans les goîtres anciens volumineux on peut encore trouver des productions fibreuses et osseuses, on voit que le tableau peut varier dans des limites très larges.

Wœlfler a publié dernièrement une étude critique sur l'anatomie pathologique du goître.

Sous le nom d'*hypertrophie de la glande thyroïde*, Wœlfler désigne l'augmentation du volume de l'organe due à l'augmentation du contenu des vésicules ou à l'accroissement et à l'augmentation de ces dernières dans le sens de l'accroissement normal. L'accroissement de la glande normale est dû d'une part à la dilatation des vésicules glandulaires qui existent au moment de la naissance, et d'autre part au développement de nouvelles vésicules aux dépens de cellules glandulaires ; les deux processus se combinent ordinairement. Mais il peut arriver qu'un des processus devienne prédominant, et si c'est la néoformation des

vésicules et des amas glandulaires, on aura une hypertrophie parenchymateuse dans la glande ; dans le cas contraire, quand il y a principalement dilatation des vésicules par sécrétion de substance colloïde, la glande devient le siège d'une hypertrophie colloïde.

Sous le nom d'*adénome de la glande thyroïde*, Wœlfler désigne les néoplasmes épithéliaux qui proviennent des productions glandulaires embryonnaires à vascularisation atypique et persistent comme telles ou se transforment en productions d'aspect normal.

Comme adénomes fœtaux, il faut comprendre les tumeurs constituées exclusivement par des matériaux cellulaires embryonnaires non organisés qui pendant le développement de la tumeur subissent la série des modifications par lesquelles passe la glande thyroïde depuis l'état embryonnaire jusqu'à son entier développement.

L'adénome colloïde (goître colloïde) est considéré comme un adénome à cause de la néoformation atypique des tissus qu'il présente ; à part cela, il est le même que le goître colloïde dans le sens que lui donne Virchow ; le goître kystique et l'adénome kystique doivent être considérés comme des formes spéciales.

Toutes ces formes sont à séparer des carcinomes et des sarcomes de la glande thyroïde.

Le *diagnostic différentiel* de ces diverses formes ne présente aucune difficulté. Le goître parenchymateux se distingue par sa structure homogène à gros noyaux ; dans le goître colloïde on trouve de gros noyaux isolés, non fluctuants. Le goître kystique est caractérisé par sa forme sphérique et la fluctuation ; le goître fibreux renferme des masses dures, fibreuses ; le goître vasculaire est réductible par la pression, pulsatile et on y entend des souffles.

Troubles fonctionnels. — L'accroissement du goître provoque des modifications dans les organes voisins s'accompagnant de troubles fonctionnels quelquefois mortels. Jamais la tumeur ne contracte d'adhérences avec les organes voisins. Une tumeur de la glande qui envahirait les tissus voisins est toujours un néoplasme de mauvaise nature, et ne doit plus être considérée comme un goître, mais bien comme un sarcome ou un carcinome. Les modifications des organes voisins consistent ici en leur déplacement, compression, inflexion, etc., autrement dit, en modifications d'ordre mécanique.

Il faut établir une distinction entre les goîtres *pédiculés* et les goîtres *sessiles*. Les goîtres pédiculés, qui pendent au-devant du cou et arrivent jusqu'à la poitrine, provoquent des modifications et des troubles peu marqués ; par contre, les goîtres qui se portent en dedans, c'est-à-dire en arrière et en bas, derrière le sternum, sont très graves. Si, pour prendre un exemple, on considère un goître occupant une position moyenne entre les deux que nous venons de citer, autrement dit, si l'on considère un goître qui tient toute la largeur du cou, on trouve que ce sont en premier lieu les vaisseaux qui seront atteints à cause

de leur grande mobilité. D'abord, les veines de la glande même se dilatent, et souvent on les trouve sous forme de bandes aplaties sur la convexité de la tumeur; et à mesure que le goître s'accroît, il exerce une traction continue sur les troncs dans lesquels se rendent les veines thyroïdiennes dilatées. Cette traction s'exerce principalement sur les veines jugulaires internes, et quelquefois elle est si forte qu'elle les fait passer en dedans des carotides. De leur côté, les carotides fuient au-devant de la tumeur et parviennent dans certains cas jusqu'au bord postérieur des sterno-mastoïdiens, et même encore plus en arrière, de sorte que dans les goîtres volumineux on les sent quelquefois et on les voit pour ainsi dire sous la peau. Après les vaisseaux, c'est la tra-

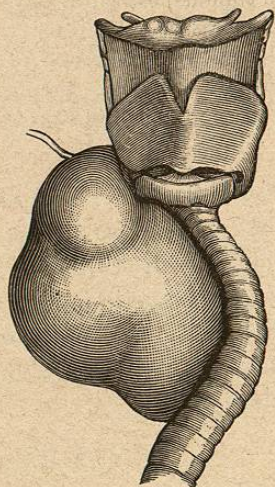


Fig. 111. — Goître unilatéral déviant et comprimant la trachée.

chée qui se déplace pour se mettre à l'abri de la compression. Elle peut se déplacer latéralement et assez loin sans se rétrécir, mais à un moment donné le déplacement n'est plus possible et le rétrécissement de la trachée devient inévitable (fig. 111).

Comme la trachée est encore assez résistante, il est possible que la tumeur comprime l'œsophage avant d'arriver à provoquer une sténose de la trachée. Aussi, la dysphagie est souvent un symptôme plus précoce que la dyspnée.

Il faut, bien entendu, compter avec la position du lobe hypertrophié et la direction dans laquelle s'exerce la compression latérale. Aussi n'est-il pas difficile de comprendre que dans les goîtres rétro-sternaux la trachée sera comprimée d'avant en arrière et que sa lumière se transformera en une fente transversale. On comprend encore que la compression de la trachée s'observera de bonne heure dans les goîtres

kystiques qui s'accroissent très rapidement. Cette compression devient particulièrement grave, quand le goître comprime la trachée des deux côtés (fig. 112, face antérieure, et fig. 113, coupe transversale d'une pièce du musée d'anatomie pathologique de Vienne).

Le maximum de compression se rencontre dans les cas où le goître pénètre entre l'œsophage et la trachée.

La trachée comprimée subit à la longue des modifications de structure. Une partie de la trachée se rétracte, une autre s'épaissit; plus tard il s'y fait même des dépôts de sels calcaires. Mais le fait le plus curieux, c'est l'existence d'une dilatation au-dessous du rétrécissement.

Le déplacement et la déformation mécaniques des organes voisins s'accompagnent de troubles fonctionnels qui peuvent se combiner de différentes façons. Les *troubles respiratoires* viennent en première ligne. La circulation s'effectue toujours d'une façon plus ou moins

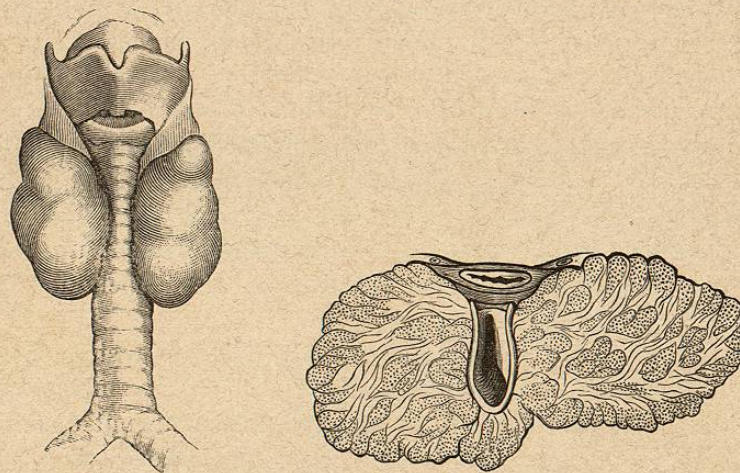


Fig. 112 et 113. — Goître bilatéral aplatissant la trachée.

normale, car partout on trouve des anastomoses entre les vaisseaux et des voies de circulation collatérale; mais il n'existe qu'une seule trachée, et lorsqu'elle est rétrécie il n'y a pas de compensation possible. Tout le monde connaît la respiration lourde et difficile des goitreux.

L'inspiration prolongée et pénible, le stridor trachéal sonore qu'on entend à distance, la parole précipitée pour utiliser le répit fourni par l'expiration, la voix chevrotante, la toux pénible, tels sont les symptômes bien connus du goître, que nous ne mentionnons que pour être complet. L'augmentation progressive des troubles et l'accoutumance étonnante de l'individu à son goître font qu'on ne s'occupe pas beaucoup de cette affection. Et en effet ce sont des complications intercur-

rentes qui amènent le malade à prendre au sérieux son affection et à aller chercher les conseils du médecin.

C'est principalement la tuméfaction catarrhale de la muqueuse laryngée et trachéale qui donne lieu à une dyspnée considérable dans le cours d'un goître jusqu'alors bien supporté. Les catarrhes se répètent par le fait des troubles circulatoires et l'état devient sérieux. D'un autre côté, la sténose peut être exagérée par une hyperhémie passagère de la glande thyroïde comme on en observe chez les femmes pendant les époques menstruelles. Avec le temps, la dyspnée devient pour ainsi dire permanente, le malade ne peut plus faire impunément le moindre mouvement rapide ; même quand il parle, il doit à chaque moment faire de profondes inspirations sonores. Peu à peu, cet état retentit sur les poumons et le cœur.

Chez les goîtreux, on rencontre ordinairement un certain degré d'*emphysème pulmonaire*, qui s'explique par la tension élevée sous laquelle l'air se trouve au-dessous du point rétréci. Mais on connaît des cas dans lesquels il y avait au contraire une réplétion incomplète des poumons, par le fait de la contraction de leurs éléments rétractiles ; dans quelques cas — on a trouvé de la dilatation bronchique. Les conséquences de cet état (catarrhe, hyperémie, œdème, etc.) se comprennent d'elles-mêmes.

Dans certains cas, les conséquences du goître revêtent une forme particulièrement grave, pour laquelle Rose a créé l'appellation typique de *mort goîtreuse*.

Il peut notamment se développer une atrophie conjonctive des anneaux trachéaux qui fait que leur lumière peut à chaque moment être réduite au minimum. Une trachée normale se tient debout, quand on la met par une de ses extrémités sur une surface horizontale. Mais quand sous l'influence de la compression elle s'est atrophiée et s'est transformée en tissu conjonctif, elle s'affaisse et s'incline du côté de la moindre résistance quand on la met verticalement. C'est dans ce ramollissement de la trachée que Rose voit avec raison le grand danger du goître. Un changement brusque dans la position de la trachée ou du cou peut produire cette incurvation de la trachée et l'occlusion complète de sa lumière.

Plus récemment, on a nié l'existence de ce ramollissement, et Kocher en particulier a soutenu qu'il n'existait que dans le goître de mauvaise nature. Mais cette opinion a contre elle les observations de Baginsky, J. Wolff, Wælfler, Bardeleben et autres. Toutefois, il faut savoir que l'incurvation brusque de la trachée peut aussi s'observer dans les cas où l'organe a conservé toute sa rigidité.

La mort goîtreuse, comme l'a démontré Seitz, peut aussi survenir

par lésion secondaire du récurrent suivie de paralysie des cordes vocales. Dans un cas qui s'est terminé par la mort, Virchow a trouvé de l'œdème de la glotte dû à la compression des veines du cou par le goître. Maas a montré que dans les cas de complication par catarrhe bronchique, les mucosités épaisses qui adhèrent aux points rétrécis de la trachée peuvent occasionner l'asphyxie.

Traitement. — Le traitement *médical* réussit seulement dans les cas où la tumeur est formée par le parenchyme glandulaire, c'est-à-dire dans le goître parenchymateux et au début du goître colloïde. L'*iode* est le spécifique dans ces cas.

On le donne à l'intérieur ou à l'extérieur, ou on l'administre par les deux voies à la fois. A l'intérieur, on donne de l'iodure de potassium, à la dose journalière de 0,50 centigrammes, en commençant par une dose moindre. A l'extérieur, on l'emploie sous forme de pommade d'iodure de potassium ioduré, ou de solution glycinée avec de l'iodure de potassium (100 parties de glycérine pour 1 d'iode et 5 d'iodure de potassium). Cette solution sert pour badigeonner le cou plusieurs fois par jour. Les badigeonnages avec de la teinture d'iode pure ne sont pas recommandables, car la peau, étant très délicate dans cette région, peut souffrir beaucoup de ces badigeonnages. Si l'on emploie l'iode à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, il faut diminuer la dose. Chez les personnes chez lesquelles l'iode provoque du coryza, les badigeonnages ne doivent pas être faits la nuit, car pendant le sommeil le malade aspire les vapeurs d'iode ; tandis que si les badigeonnages sont faits pendant le jour, l'iode s'évapore dans l'air qui circule autour du malade.

Les autres formes de goître ne sont justiciables que d'un traitement *chirurgical*.

Le traitement le plus facile est celui du goître kystique. Ce traitement, connu de l'antiquité, mais oublié depuis, a été remis en honneur par K. J. Beck.

PONCTION SIMPLE. — La ponction simple du kyste est un procédé palliatif ou explorateur, et somme toute elle n'aurait jamais dû être mise en pratique. Le soulagement que procure cette ponction est nul ou de courte durée : car de deux choses l'une, ou bien le liquide se reproduit très rapidement, ou bien une hémorrhagie se fait dans le kyste, et dans les deux cas la situation reste la même qu'avant la ponction, quand elle ne s'aggrave pas. La ponction dite exploratrice n'a pas davantage de raison d'être : ou bien le kyste est petit, et il ne provoque pas de troubles ; ou bien il est volumineux, et alors le diagnostic doit être fait par la palpation. Lorsqu'on ne sent pas de fluctuation, c'est qu'il n'y a pas de goître kystique, et alors il n'y a pas de raison pour traverser le cou du malade avec une aiguille. Si la ponction simple était inoffensive, je ne me serais pas élevé contre elle, mais j'ai vu