

Lorsque les kystes sont enflammés ou suppurés, c'est l'hémorragie secondaire qui est à craindre; il arrive que de grosses veines parcourant les parois des kystes et oblitérées par la thrombose se rompent sous l'influence de la diminution de pression. Il en résulte des hémorragies abondantes et répétées et l'infection veineuse est à peu près fatale.

Pour résumer cette question du traitement des goîtres, il faut convenir, dans l'impossibilité où nous sommes de distinguer ceux qui sont susceptibles de rester stationnaires de ceux qui, à un moment donné, peuvent s'accompagner d'accidents, que l'intervention chirurgicale doit être conseillée toutes les fois que la tumeur grossit et que le traitement médical a échoué. Elle sera ainsi d'autant plus bénigne qu'elle aura été plus hâtive, et on évitera de se trouver aux prises avec ces volumineuses tumeurs partout adhérentes dont le pronostic opératoire reste encore aujourd'hui grave. Il est bien entendu, en dépit des bienfaits de la médication thyroïdienne, qu'on rejettera absolument les thyroïdectomies totales. On respectera, suivant les conseils de Wölfler et d'Eiselberg, au moins un quart de la glande.

Les statistiques des opérateurs d'aujourd'hui deviennent de plus en plus brillantes, la mortalité suivant les opérateurs varie entre 10 p. 100 et 1 p. 100, mais il est inutile de les citer, car peu de goîtres sont comparables entre eux.

2° CANCER.

Nous décrirons dans ce chapitre aussi bien les différentes variétés d'épithélioma connues sous le nom d'*adénomes malins* et de *goîtres métastatiques*, que les *carcinomes* proprement dits, en nous rapportant, pour spécifier le cancer, uniquement aux caractères cliniques de la malignité, c'est-à-dire à la propriété de récidiver sur place et de créer des métastases; car, comme nous le verrons, l'histologie seule ne peut pas nous fournir un critérium suffisant entre les goîtres bénins et les goîtres malins, l'aspect des coupes étant parfois identique.

Étiologie. — Ainsi qu'on l'observe d'ordinaire dans les autres régions, le cancer thyroïdien se rencontre le plus fréquemment entre quarante-cinq et soixante ans. Cependant, il n'est pas absolument rare d'en observer sur des sujets moins âgés. Bruns, Billroth, Wölfler en ont vu chez des jeunes filles de vingt-sept, vingt-cinq et vingt-trois ans. Demme en a signalé un cas chez l'enfant.

Une particularité étiologique qu'il importe de faire ressortir, c'est que dans un très grand nombre des cas le cancer se développe sur une thyroïde déjà atteinte de goitre, et c'est ainsi qu'il est considérablement plus fréquent dans les pays à goitre, que la femme est

plus souvent atteinte, et que, comme c'est le cas pour le goitre, les lésions prédominent dans le lobe droit.

Il est inutile d'insister sur les faits de cancer thyroïdien secondaire à un cancer d'un organe voisin. L'envahissement se fait alors par contiguïté. Ce sont le larynx, l'œsophage qui représentent les points de départ les plus fréquents. Lebert a vu dégénérer en cancer le goitre d'une malade atteinte de cancer du sein.

Le cancer peut envahir d'emblée la glande tout entière ou rester assez longtemps limité à un lobe. Berger (1) a publié un cas unique d'épithélioma thyroïdien aberrant sans connexions avec la glande thyroïde développé le long de la gaine des vaisseaux probablement aux dépens d'une thyroïde accessoire et reconnaissable à la structure toute spéciale de l'épithélium thyroïdien.

Anatomie pathologique. — L'aspect macroscopique du cancer est très variable, ce qui tient en partie aux différentes formes histologiques du néoplasme, à son ancienneté, aux lésions goitreuses sur lesquelles il s'est greffé. Dans un certain nombre de cas, on se trouve en présence de noyaux volumineux, blanchâtres, mous, donnant du suc au raclage comme le carcinome d'autres organes; dans d'autres, les lésions sont diffuses, l'aspect est uniforme, et rien ne permet de dire qu'on se trouve en présence d'un carcinome plutôt que d'un goitre fibreux. On observe aussi l'association des kystes à contenu muqueux ou hématique (cysto-carcinome). Enfin, il faut bien connaître un fait sur lequel Billroth a insisté, c'est qu'il peut exister des cancers de la thyroïde sans tumeur apparente. Eiselberg, Kramer, Friedland, Letulle et Meslay ont publié des cas semblables.

En général, il n'en est pas ainsi; après être resté un certain temps confiné dans l'intérieur de la capsule, le cancer, là comme ailleurs, franchit les limites de la glande. L'adhérence aux régions voisines devient alors particulièrement intime, la peau est prise tardivement, mais il n'en est pas de même des organes profonds: la trachée fait bientôt corps avec la tumeur, et parfois une dissection minutieuse ne parvient pas à la ménager. On a vu aussi un bourgeon cancéreux pénétrer dans son intérieur. L'envahissement est précoce également du côté de l'œsophage et des récurrents.

Les lymphatiques sont dans certaines formes très longtemps respectés; mais, le plus souvent, on assiste à une tuméfaction énorme de la chaîne carotidienne et sus-claviculaire qui fait corps avec la tumeur. Les veines elles-mêmes ont une tendance particulière à être envahies par l'élément néoplasique, des bourgeons les pénètrent, et Péan a vu la jugulaire interne et le tronc brachio-céphalique oblitérés sur toute leur longueur par des masses encéphaloïdes.

Dans quelques cas il existe une dilatation remarquable de tout le

(1) BERGER, *Congrès franç. de chir.*, 1897.

système vasculaire thyroïdien; c'est le carcinome télangiectasique de Rindfleisch.

Les difficultés dans la détermination histologique sont considérables, car il est impossible de se fonder sur la conception habituellement admise de l'épithélioma glandulaire. En général, celui-ci est bien caractérisé dans une glande lorsque l'on constate la prolifération diffuse des cellules épithéliales hors de la paroi acineuse. Mais cet aspect fondamental de l'épithélioma perd ici toute sa valeur. N'avons-nous pas déjà vu que les adénomes interacineux, quelque bénins qu'ils soient, ont précisément pour caractère la diffusion de l'épithélium glandulaire dans les espaces interacineux? Aussi la distinction histologique est impossible à faire dans un certain nombre de cas. C'est seulement en examinant de nombreux points de la pièce que ce caractère général de diffusion permet, par sa prédominance même, de conclure au cancer. Ajoutons encore que certains cysto-adénomes peuvent se comporter comme des tumeurs malignes.

Ces formes de cancer méritent bien le nom d'*adénomes malins* sous lequel les décrit Wölfler. Le même auteur distingue encore plusieurs types anatomiques de cancer.

a. CARCINOME ALVÉOLAIRE. — La prolifération des éléments épithéliaux s'y montre sous la forme de vésicules glandulaires complètement remplies de cellules, et de tubes glandulaires par endroits tellement serrés les uns contre les autres que l'on n'aperçoit plus qu'une masse uniforme de cellules traversée par de minces trainées conjonctives. A ce degré, on reconnaît bien le cancer, toute ordination glandulaire a disparu. On rencontre cet aspect soit sous la forme diffuse, avec une quantité variable de tissu conjonctif, soit sous forme de noyaux mous.

b. CARCINOME A CELLULES CYLINDRIQUES. — Nous rappellerons que Wölfler a trouvé de l'épithélium cylindrique dans plusieurs thyroïdes normales, et que nous avons déjà signalé l'existence d'adénomes cylindro-cellulaires de la glande. De même, le cancer cylindro-cellulaire a été décrit par W. Müller, Lücke, Cornil, Kaufmann, Wölfler. La tumeur est fréquemment formée de kystes, dans l'intérieur desquels on peut trouver de nombreuses végétations dendritiques tapissées d'épithélium cylindrique et rappelant l'aspect des cancers vilieux.

c. EPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX. — On trouve dans certaines observations la description de carcinomes thyroïdiens formés d'épithélium pavimenteux lobulé (Förster, Eppinger, Kaufmann, Braun). Il est assez difficile d'interpréter la présence de cet épithélium dans la glande, à moins d'admettre quelque inclusion branchiale, et de les assimiler aux carcinomes branchiogènes de Volkmann que l'on observe également au cou.

Les adénomes malins et les carcinomes alvéolaires sont susceptibles de se généraliser sous forme de métastases dans le poumon,

les os, et ici il importe de signaler une particularité curieuse qui est propre aux carcinomes thyroïdiens: c'est que la tumeur métastatique est souvent formée de tissu thyroïdien normal alors que la thyroïde elle-même est entièrement transformée en tumeur maligne.

Métastases. — L'épithélium thyroïdien, même évoluant en carcinome, conserve une tendance particulière à former des vésicules glandulaires d'apparence normale. Dans la glande carcinomateuse elle-même, ces vésicules néoformées sont difficiles à distinguer des anciennes, mais, dans les métastases, il arrive que l'on trouve la masse néoplasique entièrement formée de tissu thyroïdien normal, dans certaines parties du moins. Lüke, Müller, Eberth ont observé le fait dans le poumon. Wölfler a étudié une tumeur métastatique du frontal qui avait tous les caractères d'un adénome interacineux. Middeldorpf a observé un adénome métastatique dans les os, dans les veines et dans le poumon ayant exactement la structure de la tumeur thyroïdienne primitive, qui était du volume d'un œuf de pigeon et avait passé inaperçue. Un fait analogue a été publié par Martin Durr (1).

Une observation encore plus curieuse d'Eiselberg (2) tendrait à établir qu'une métastase cancéreuse peut non seulement revêtir la structure de la thyroïde, mais encore fonctionner comme elle, et suppléer la glande extirpée. Chez une malade devenue cachectique à la suite d'une extirpation totale pour un adénome colloïde, il vit disparaître les symptômes d'insuffisance lorsqu'apparut une métastase dans le sternum, et l'ablation de celle-ci fut suivie du retour des accidents sous la forme tétanique. La tumeur sternale était un carcinome cylindrique qui, il est vrai, n'était pas construit sur le type thyroïdien, mais dont certaines cellules contenaient des gouttelettes colloïdes.

Symptômes. — Le cancer thyroïdien débute comme un goitre. Seules, la rapidité du développement et l'âge du malade peuvent mettre quelquefois en éveil. Il faut concevoir des craintes aussi, lorsque l'on voit chez un sujet ayant dépassé quarante ans un petit goitre remontant à de longues années prendre un accroissement subit. Bientôt, la malignité de la tumeur se caractérise par son augmentation progressive, les divers troubles fonctionnels, qui ne surviennent qu'éventuellement dans les goitres simples, ne tardent pas à apparaître et à se montrer inquiétants.

Du côté de la tumeur, rien ne diffère, au début, d'un goitre bénin;

(1) EISELBERG, Ueber Knochenmetastasen des Schilddrüsenkrebses (*Arch. für klin. Chir.*, Bd 46, Heft 2. — KRAMER, Beitrag zur Kenntniss der Struma maligna (*Arch. für klin. Chir.*, Bd 36, Heft 2). — LETULLE et MESLAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 331. — F. FRIEDLAND, Ueber einen Fall von Schilddrüsenkrebs ohne Vergrößerung des Organs (*Prager med. Wochenschr.*, 1896, n° 10). — MARTIN DURR, *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, n° 241. — BRINDEL et LIARAS, Trois cas de cancer du corps thyroïde (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 septembre 1895).

(2) A. F. EISELBERG, Ueber physiologische Function einer in Sternum zur Entwicklung gekommenen krebssiger Schilddrüsenmetastase (*Arch. für klin. Chir.*, Bd XLVIII, 1894, p. 488-501).

c'est seulement très tardivement que des bosselures fluctuantes et l'adhérence à la peau peuvent apparaître. L'adénopathie est le symptôme pathognomonique, mais elle est parfois très tardive. La chaîne ganglionnaire carotidienne se prend en chapelet, puis se fusionne avec le goitre et entoure le cou d'un vaste collier. A ce degré, il existe fréquemment des irradiations douloureuses extrêmement intenses sur le trajet des nerfs de la région, les récurrents sont pris, les phénomènes de sténose trachéale sont ordinairement très prononcés, et la mort survient souvent par asphyxie. La marche du cancer thyroïdien est d'ordinaire très rapide, 8 à 12 mois. Gosselin a vu un goitre cancéreux suffocant se développer chez une jeune fille et amener la mort en l'espace de trois mois.

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit des symptômes du cancer à ses premières phases, on voit combien il peut être difficile de faire la distinction avec les goitres bénins. Parfois, même après l'ablation et l'œil sur les préparations histologiques, il est impossible de se prononcer, et de l'apparition de la récurrence seulement découle la conclusion. Certaines *thyroïdites* à forme lente, indurant la peau et la région thyroïdienne, sans fluctuation nette, ont été prises pour des cancers, et, inversement, la rapidité d'évolution de néoplasmes malins a parfois fait croire à une thyroïdite. On se rappellera enfin qu'une thyroïde à peine augmentée de volume peut être le siège d'un cancer susceptible de donner lieu à des noyaux métastatiques.

Pronostic. — Le pronostic du cancer thyroïdien ne saurait être posé d'une façon précise, car il y a des degrés de malignité très divers. Certains récidivent immédiatement après l'ablation ou donnent promptement des métastases; d'autres, les cysto-carcinomes de préférence, paraissent ne donner lieu qu'à des récurrences sur place, et, même après plusieurs opérations successives, on a pu voir quelques guérisons durables (1).

Traitement. — Cette bénignité relative de quelques rares formes doit engager à intervenir lorsque l'on reconnaît la maladie avant qu'elle ait franchi les limites de la capsule thyroïdienne. Le plus souvent, c'est la récurrence après une première intervention partielle qui donnera l'éveil. Dans ces cas, s'il en est encore temps, c'est à la thyroïdectomie totale qu'il faudra avoir recours, sans doute avec la perspective d'accidents d'insuffisance thyroïdienne consécutifs, mais que l'alimentation thyroïdienne pré- et post-opératoire pourra prévenir ou atténuer. En tout cas, ce sont des opérations laborieuses et graves, qui parfois nécessitent la résection de plusieurs anneaux de la trachée, ou du faisceau vasculo-nerveux.

En présence de cancers étendus, il ne saurait plus être question que d'interventions palliatives. La *trachéotomie* est toujours dans ces

(1) PÉAN, Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et d'une portion de la trachée (*Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 52, p. 477).

cas difficile à exécuter, et souvent suivie de broncho-pneumonie chez des malades affaiblis. Poncet, au congrès de chirurgie de 1889, a proposé de faire de grandes incisions circumthyroïdiennes destinées à faire cesser la douleur par section des filets nerveux. Adenot (1) a recommandé également de chercher à *libérer la trachée* en sectionnant au thermocautère la partie médiane de la tumeur ou même en enlevant une portion.

3° TUMEURS CONJONCTIVES

Wölfler rapporte un cas typique de *fibromes* à noyaux multiples, et un cas de *fibro-sarcome*.

Le sarcome a été assez souvent observé dans ses différentes formes, à cellules fusiformes et à cellules rondes, à cellules géantes (Wölfler); Chiari aurait observé un sarcome mélanique; Mayer, Braun, un ostéo-sarcome.

Sa marche est ordinairement très rapide. Il n'est pas rare de lui voir prendre une allure inflammatoire (2), au point que plusieurs fois on s'est cru en présence de thyroïdite. Ces formes ne permettent guère l'intervention; cependant Bœckel (3) a extirpé un volumineux sarcome qui resta trois ans sans récidiver.

IX. — GOITRE EXOPHTALMIQUE.

Jusqu'ici, le goitre exophtalmique n'avait pas pris place dans les Traités de chirurgie. Cependant, son étude doit être rattachée à celles des goitres si l'on tient compte de cette particularité clinique que fréquemment le syndrome basedowien atteint des malades porteurs, depuis plus ou moins longtemps, d'un goitre semblable à ceux que nous avons décrits; d'autre part, la théorie qui considère le goitre exophtalmique comme une affection primitive de la thyroïde semble actuellement acquérir une vraisemblance de plus en plus grande; enfin, les moyens chirurgicaux ont pris une large place dans sa thérapeutique.

Il n'est pas d'affection dont la pathogénie renferme plus d'inconnues et la thérapeutique plus d'incertitude que la maladie de Basedow. Elle attend tout de la physiologie du corps thyroïde encore à peine ébauchée. Aussi, nous donnerons sans parti pris un exposé rapide de

(1) ADENOT, Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde (*Congrès fr. de chir.*, 1896).

(2) GEROLAMO GATTI, Rapide développement du sarcome de la thyroïde à la suite d'infection par le streptocoque pyogène (*Revue de chir.*, 1896, p. 618).

(3) BÖECKEL, *Gazette des hôp.*, 1884, p. 1110.