

Le volume varie dans des limites considérables, et un point sur lequel il faut immédiatement insister est l'absence de proportion entre le volume de la tumeur et l'intensité des signes de compression : tel goitre énorme pousse au dehors et ne comprime rien, tandis qu'une tumeur intra-thoracique assez petite cause des accidents graves et qu'une petite virole de goitre constricteur devient aisément redoutable.

Un fait évident à l'inspection la plus superficielle est l'existence de veines serpentineuses et très volumineuses sillonnant la peau au-devant du goitre et autour de lui. Si l'on regarde plus attentivement, on voit que la tumeur suit l'ascension du larynx pendant les mouvements de déglutition : c'est là un phénomène d'une importance diagnostique considérable.

Si l'on pratique la palpation, on constate que la peau est mobile sur la tumeur, que d'autre part celle-ci, prise en masse, se laisse mouvoir transversalement, pourvu qu'elle ne soit pas trop volumineuse, tandis qu'elle est immobile dans le sens vertical. Dans ces déplacements transversaux, on remarque que le larynx et la trachée suivent la masse morbide. Lorsque la tumeur n'est pas symétrique, plus encore lorsqu'elle est unilatérale, le tube aérien est refoulé de côté, si bien que l'encoche du cartilage thyroïde peut être chassée sous l'aplomb de l'angle de la mâchoire.

La palpation ne doit pas s'en tenir à ces constatations grossières. Son rôle est encore de déterminer avec précision quelles sont les limites du goitre. Aussi devra-t-on explorer avec soin le creux sus-claviculaire, car il n'est pas rare que la tumeur, engagée sous le sterno-mastoïdien (qu'il faut faire relâcher en inclinant la tête en avant et du côté examiné), vienne y faire saillie. De plus, contre le bord postérieur on cherchera si l'on peut isoler la carotide et la sentir battre.

Telles sont les données générales fournies par la palpation; les variations de consistance d'une tumeur à l'autre, ou d'un point à un autre d'une même tumeur, seront indiquées au moment où j'étudierai le diagnostic des variétés. Un point sur lequel je veux insister, avant de terminer ce rapide exposé, est la nécessité de palper toute la glande, même lorsque la dégénérescence semble partielle. Il est fréquent alors qu'on sente dans les parties en apparence saines des indurations disséminées, comme égrenées, dures et arrondies, qu'on prend volontiers pour des ganglions.

Troubles fonctionnels et complications. — Dans un grand nombre de cas, le goitre ne cause que peu ou pas de troubles fonctionnels : on ne s'en plaint que parce qu'il crée à la région cervicale antérieure une saillie disgracieuse. Et encore dans les pays à goitre fait-on souvent bon marché de cette difformité, dont à peu près tout le monde est atteint, si bien même qu'autrefois, nous apprend Ferrus, à Saint-Jean-de-Maurienne un goitre modérément volumineux passait pour un « agrément ».

Mais cette évolution bénigne n'est pas constante, tant s'en faut, et trop souvent la compression des organes cervicaux entraîne des accidents sérieux, mortels même.

L'invasion de ces troubles fonctionnels graves est quelquefois progressive, survient sans être provoquée par une modification anatomique brusque. Mais ailleurs les symptômes menaçants éclatent à peu près sans signes prémonitoires : leur cause est alors dans une augmentation rapide du volume de la

tumeur à la suite soit d'une hémorragie, soit d'une poussée congestive ou inflammatoire.

L'hémorragie est ou spontanée ou due à un choc, à un effort. Dans la description anatomo-pathologique, j'ai déjà dit qu'elle pouvait être interstitielle ou intra-kystique. Dans un cas comme dans l'autre, si elle est abondante, elle se traduit par un accroissement brusque de volume, par une douleur vive, localisée, exagérée par la pression, par un accès de dyspnée, quelquefois même par une suffocation immédiatement mortelle. Puis peu à peu, si le sujet survit, le sang se résorbe, les choses rentrent dans l'ordre, et quelquefois à partir de ce moment le goitre évolue dans le sens de la sclérose.

Quant aux poussées congestives et inflammatoires, je ne ferai que les nommer ici : elles sont étudiées tout au long dans des chapitres spéciaux, où déjà j'ai étudié leurs causes, et où j'ai dit leur fréquence et leur gravité toutes spéciales lorsqu'elles atteignent un corps thyroïde préalablement goitreux. Comme points un peu particuliers à la thyroïdite goitreuse, il me reste à signaler les suivants : après résolution, il peut s'installer une rétraction quelquefois favorable, mais quelquefois origine d'un goitre constricteur; la suppuration est plus grave dans le goitre parenchymateux où le pus est plutôt infiltré, mais elle est plus fréquente dans le goitre kystique. Après ouverture du kyste purifié il peut, surtout si la paroi est partiellement calcifiée, rester une fistule rebelle.

Je viens d'énumérer, chemin faisant et pour n'y plus revenir, quelques signes physiques de ces deux complications : l'hémorragie, l'inflammation. Mais c'est surtout en raison des symptômes fonctionnels graves qu'elles provoquent qu'elles doivent être étudiées.

Que ces symptômes soient progressifs ou bien qu'ils s'installent dramatiquement à l'occasion d'une complication, les troubles de l'appareil respiratoire doivent parmi eux être mis au premier rang. C'est d'abord, à un léger degré, une certaine faiblesse de la voix, avec quelque raucité, par congestion habituelle de la muqueuse des cordes vocales; à cette *voix goitreuse* se joint une dyspnée modérée, dans les efforts, les courses rapides, l'acte de monter les escaliers; puis peu à peu ces accidents s'aggravent, s'accompagnent de toux quinteuse, la voix devient très faible, la dyspnée est continue et sérieuse, s'accompagne de cornage, et sur elle se greffent des accès de suffocation, capables un jour d'entraîner la mort. Dans cette forme, donc, les allures sont celles des rétrécissements de la trachée. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, même sans hémorragie et sans thyroïdite, quelquefois la dyspnée survient avec une rapidité remarquable : on trouvera dans le mémoire de Seitz⁽¹⁾ des exemples où le chirurgien, mandé en toute hâte pour une trachéotomie d'urgence que rien ne faisait prévoir quelques heures auparavant, n'est arrivé que pour constater un décès.

Ces morts subites, où la syncope cardiaque joue parfois un rôle, seraient dues surtout, d'après Seitz, à la paralysie bilatérale des récurrents comprimés. Krishaber pense, il est vrai, que cette paralysie bilatérale, dont il admet d'ailleurs la possibilité, n'a jamais été directement constatée, mais la compression unilatérale, révélée par la raucité souvent précoce de la voix, a été démontrée par la

⁽¹⁾ SEITZ, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXIX, p. 146 et 205; 1884, t. XXX, p. 64. — Discussion à la Soc. de méd. de Zurich. *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, Basel, 1895, p. 554. — KRÖNLEIN, *Beiträge zur klin. Chir.*, Tubingue, 1892, t. IX, fasc. 5, p. 577.

paralysie, vue au laryngoscope, d'une des cordes vocales⁽¹⁾. Assez souvent, comme l'ont montré Jaboulay, Roux (de Lausanne), la mort est due à une poussée congestive qui vient brusquement gonfler la muqueuse laryngo-bronchique, chroniquement hypertrophiée. La cause initiale des accidents respiratoires sérieux est, d'ailleurs, la compression de la trachée, sur laquelle j'ai suffisamment insisté dans la description anatomo-pathologique pour n'avoir pas à revenir ici sur les goitres constricteurs, sur les goitres plongeants; pour n'avoir pas à dire de nouveau qu'il n'y a pas corrélation entre le volume apparent de la tumeur et les dangers qu'elle fait courir au malade. Il faut, en clinique, se souvenir des goitres plongeants dont une partie est accessible au cou, car ceux-là peuvent être, selon le conseil de Bonnet, relevés avec la main, et l'on pare quelquefois ainsi, à bien peu de frais, à une crise dyspnéique qui semblait devoir conduire à la trachéotomie.

De ces compressions trachéales et de la dyspnée habituelle résultent encore, comme complications secondaires, l'emphysème pulmonaire, la bronchite chronique et, comme conséquence ultime, la dilatation du cœur droit.

Mais est-ce là la seule cause des accès d'asystolie quelquefois observés chez les goitreux? Il semble que non, et, chez quelques malades, l'asystolie survient avec le complexus symptomatique du *goitre exophtalmique*; en particulier j'ai observé une dame chez laquelle un goitre ancien se compliqua, à l'occasion d'une poussée thyroïdienne, de palpitations cardiaques avec léger œdème des jambes et avec le tremblement caractéristique de la maladie de Basedow, sans exophtalmie il est vrai⁽²⁾; Trélat, P. Berger⁽³⁾, ont parlé d'un goitreux chez qui se déclara une exophtalmie secondaire. La pathogénie exacte de ces goitres secondairement exophtalmiques est pour le moment peu connue, et l'on peut discuter, sans arriver à une solution ferme, sur le rôle des compressions du grand sympathique, du pneumo-gastrique, des récurrents, sur la suppression ou l'exagération de la fonction thyroïdienne et ses effets généraux⁽⁴⁾. J'aurai à y revenir quand j'étudierai le traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Les autres compressions que le goitre peut produire au cou sont moins importantes. Il me suffira d'énumérer celle du plexus brachial, avec ses douleurs et ses paralysies; celle du phrénique, avec la paralysie du diaphragme (Bonnet). La compression des carotides se traduit par des symptômes d'anémie cérébrale; celle des jugulaires, par des dilatations veineuses, une couleur violacée de la face, de la somnolence. Quant à l'œsophage, enfin, son aplatissement entraîne de la dysphagie, fréquente à un léger degré lorsque la tumeur est volumineuse, mais n'attirant l'attention, comme symptôme de premier plan, que dans les goitres rétro-œsophagiens. Gooch, Lebert ont vu des kystes se vider dans l'œsophage ulcéré.

Diagnostic. — Lorsqu'on est en présence d'une tumeur de la région antérieure du cou, le diagnostic doit résoudre les points suivants :

⁽¹⁾ L'examen laryngoscopique a souvent été pratiqué chez les goitreux. Türk a vu une saillie répondant au point rétréci de la trachée. On constate souvent une rougeur de laryngo-trachéite. Eug. Bœckel a noté l'œdème glottique et sus-glottique.

⁽²⁾ Lamy a publié dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 20 mars 1891, p. 181, deux observations semblables, recueillies dans le service de Brissaud.

⁽³⁾ P. BERGER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1884, n. s., t. X, p. 277.

⁽⁴⁾ Lamy admet plutôt un réflexe bulbaire ayant son point de départ dans les nerfs thyroïdiens.

1° Est-ce une tumeur thyroïdienne?

2° Si oui, est-ce un goitre?

3° Quelle est la variété exacte de ce goitre et son état anatomique?

1° LA TUMEUR EST-ELLE THYROÏDIENNE? — La réponse à cette question est presque toujours évidente quand il s'agit d'un *goitre ordinaire*, occupant la glande thyroïde anatomiquement normale. Le siège de la tumeur, sa mobilité latérale transmise au larynx, son ascension pendant les mouvements de déglutition, sont caractéristiques; quand ces signes sont nets, on ne confondra pas le goitre avec les adénopathies diverses, avec les kystes congénitaux du cou. On dit, sans doute, qu'une tumeur ganglionnaire, en général tuberculeuse, peut adhérer à l'arbre aérien et dès lors suivre l'ascension du larynx pendant la déglutition; mais alors on sera guidé par la multiplicité des tumeurs, par l'empatement, l'adhérence à la peau, les cicatrices concomitantes, l'état général, l'hérédité, etc. Quant aux kystes mucoïdes et dermoïdes, uniloculaires, il en est qui, médians et situés entre l'os hyoïde et l'isthme du corps thyroïde, suivent les mouvements du larynx. Parmi ces kystes, ceux qui sont exactement thyroïdiens forment une variété bien connue; mais ceux qui sont situés plus bas, au-devant du larynx ou au-dessous de lui, sont bien difficiles à différencier de certains kystes de la pyramide de Lalouette. D'ailleurs j'ai dit dans une partie précédente de cet ouvrage⁽¹⁾ que ces kystes mucoïdes congénitaux médians sont, en partie au moins, formés aux dépens de l'involution thyroïdienne médiane, celle dont restera précisément la pyramide de Lalouette une fois le développement achevé.

Je mentionnerai le cas spécial du diagnostic du goitre pulsatile avec l'anévrysme carotidien: pour éviter l'erreur, il suffit d'examiner attentivement la tumeur, d'étudier la pulsation dans les artères temporales.

Les tumeurs aériennes⁽²⁾, autrefois appelées goitres aériens, sont reconnues à leur sonorité à la percussion.

En somme, donc, le goitre ordinaire sera presque toujours localisé très aisément dans le corps thyroïde. Avec les *goitres aberrants* commencent les difficultés. Supposons, en effet, une tumeur, solide ou kystique, développée dans un de ces nodules épars, indépendants de la masse principale ou reliés à elle par un pédicule long et grêle; cette tumeur sera privée du caractère physique essentiel des tumeurs thyroïdiennes, elle ne suivra pas l'ascension du larynx. On aura un élément important de diagnostic si le corps thyroïde classique est hypertrophié, même légèrement. Mais si cet élément, lui aussi, fait défaut? Dans ces conditions délicates, on précisera par l'interrogatoire l'indolence de la tumeur et sa lenteur d'accroissement, l'âge, le sexe, le lieu d'origine ou d'habitation ordinaire du sujet, l'hérédité possible. En outre, pour les tumeurs cervicales, c'est surtout avec les adénopathies que sont confondus ces « goitres ganglionnaires », comme les appelait Albers: aussi devra-t-on s'informer avec soin de tout ce qui est capable de révéler une tare tuberculeuse ou syphilitique, un cancer latent du larynx ou surtout de l'œsophage, ou même un cancer d'une région éloignée. On arrivera ainsi à soupçonner que cette tumeur bizarre est un goitre aberrant, mais il ne saurait être question d'un diagnostic ferme⁽³⁾.

⁽¹⁾ Voy. t. V, p. 10 et 52.

⁽²⁾ Voy. t. V, p. 458.

⁽³⁾ Sur ces goitres aberrants et mobiles, outre les faits cités dans les traités d'ensemble,

Ces obscurités de diagnostic différentiel ne sont pas les seules que soulève l'étude des goîtres dans le corps thyroïde anormal, et, par exemple, il n'est pas rare qu'un goitre constricteur soit méconnu jusqu'au jour où, en présence d'une suffocation brusque, la palpation attentive du cou révèle une légère hypertrophie thyroïdienne se prolongeant derrière le sternum. Ce n'est pas tout, et quand le chirurgien examine un goitre, il doit, dans la mesure du possible, déterminer exactement quels sont les rapports de la tumeur. Or c'est malaisé, puisque les rapports de la glande normale sont variables. On trouve une masse de siège classique : mais existe-t-elle seule, ou, si l'on prend le bistouri, n'est-on pas exposé à aller jusque derrière l'œsophage, à descendre plus ou moins loin dans le médiastin? L'examen physique montre si un goitre cervical est continu avec une tumeur rétro-sternale : mais cette tumeur peut être indépendante, ou à peu près. La percussion attentive du thorax, en arrière surtout, a une importance réelle, mais c'est surtout à l'analyse des symptômes fonctionnels qu'il faut demander la solution du problème, en cherchant minutieusement les signes de compression du côté de l'œsophage, de la trachée, des gros troncs artériels et veineux de la base du cou et du sommet du thorax. On constate, en outre, que le larynx est abaissé et remonte mal pendant la déglutition⁽¹⁾.

2° LA TUMEUR THYROÏDIENNE EST-ELLE UN GOITRE? — Lorsque le siège thyroïdien d'une tumeur est bien déterminé, il faut poser le diagnostic différentiel entre les diverses tumeurs du corps thyroïde, établir nettement qu'il s'agit d'un goitre. Le cancer sera étudié à part dans un instant, et je dirai à ce moment quelles sont ses analogies et ses différences avec le goitre. Les tumeurs rares, telles que les kystes hydatiques, les fibromes, les tubercules, ne seront presque jamais diagnostiquées : on croira presque invariablement à un goitre sporadique bien localisé. La congestion thyroïdienne, avec sa brusquerie, son étiologie assez spéciale; la thyroïdite aiguë, avec sa fièvre, sa dysphagie et sa dyspnée précoces, seront aisément reconnues. Mais alors se posera une question : le sujet n'était-il pas goitreux à l'avance? La recherche des anamnestiques donnera à cet égard les renseignements voulus. Cette même recherche, d'ailleurs, et toutes les notions étiologiques sur lesquelles j'ai insisté à propos des goîtres aberrants, ne permettront pas de méconnaître le goitre endémique, même quand le malade a quitté son pays natal. De même le goitre épidémique a des allures trop caractéristiques pour qu'on s'y trompe. C'est donc, en somme, pour le seul goitre sporadique que le diagnostic différentiel sera à débattre.

3° QUELLE EST LA VARIÉTÉ DU GOITRE? — Une première variété sera presque immédiatement éliminée dans la grande majorité des cas : le *goitre exophtalmique*, syndrome pour la plupart de temps d'ordre médical et pour lequel l'erreur est à peu près impossible lorsque sa triade symptomatique est au complet. Mais il y a des goîtres exophtalmiques frustes, où la différenciation peut être assez difficile avec certains goîtres s'accompagnant de palpitations cardiaques, et j'ai

consultez : REUTER, *Münchener med. Woch.*, 1891, p. 452. (Tumeur sortant par la toux du thorax, où elle était réductible par la pression du doigt). — WIESNER, *Ibid.*, p. 57. — RIVIÈRE consacre un chapitre à ces tumeurs dans sa thèse. Lyon, 1892-1895, n° 814. — SSALITSCHEV, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1894, t. XLVIII, p. 452. — Pour les goîtres aberrants de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx, on trouvera des renseignements dans MIKULICZ, *Handb. der Laryng. und Rhinol.*, publié sous la direction de P. Heymann, t. II, p. 565, 570, 455, Vienne, 1897.

(1) Consultez sur ce sujet un mémoire très complet de WUHRMANN, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1896, t. XLIII, p. 1. — Cette complication existerait dans 8 pour 100 des goîtres.

déjà dit qu'au cours du goitre quelques accidents cardiaques ne sont pas rares. La question sera plus complexe encore lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces goîtres secondairement exophtalmiques dont j'ai parlé précédemment. Or cela a de l'importance thérapeutique, puisque dans le goitre exophtalmique proprement dit je ne crois pas que la thyroïdectomie soit de mise, au lieu que ces accidents, venant compliquer un goitre préexistant, peuvent, au contraire, être une indication opératoire, et il est bien probable que les succès incontestables, obtenus ainsi par quelques chirurgiens — parmi lesquels je citerai Tillaux, Dubrueil, Rehn⁽¹⁾ — concernent des cas de la seconde catégorie. C'est en tenant compte de l'étiologie qu'on arrivera à faire le départ entre ces deux ordres de faits, et en déterminant avec précision quelles sont l'importance et la date de la tumeur thyroïdienne relativement à l'importance et à la date des palpitations cardiaques et de l'exorbitisme. Cette question sera envisagée dans son ensemble en un paragraphe spécial, à la fin de cet article.

Je me suis déjà suffisamment expliqué sur les *variétés étiologiques* du goitre, sporadique, endémique, épidémique; sur les *relations du goitre avec le crétinisme*. Sur ces points, un clinicien instruit ne sera guère induit en erreur; et j'en arrive maintenant au diagnostic de la *variété anatomique* du goitre. Un goitre est-il total ou partiel, diffus ou nucléaire, parenchymateux, fibreux, colloïde, kystique, vasculaire? C'est l'examen objectif, par la palpation surtout, qui fournira les réponses à ces diverses questions.

De ces réponses, quelques-unes sont très aisées à donner. La palpation démontre vite si un des lobes est resté petit et souple. Mais avant de déclarer que ce lobe est sain, il faut le palper attentivement et bien examiner s'il ne contient pas, au milieu de parties souples, des indurations noueuses, lisses et arrondies, insuffisantes pour causer une déformation extérieurement apparente, mais parfaitement appréciables sous les doigts. Ces noues, je l'ai déjà dit, doivent être soigneusement différenciées des engorgements ganglionnaires, auxquels elles ressemblent quelque peu. On évitera aisément cette erreur si l'on constate qu'elles sont incluses dans une gangue molle. Leur constatation est importante en pratique, non seulement parce qu'elles prouvent une extension des lésions plus grande qu'on ne le croirait au premier abord, mais surtout parce qu'elles sont la preuve, difficile à acquérir dans les parties profondément dégénérées et très volumineuses, que le processus est nucléaire et non diffus. Or, nous le verrons plus loin, la thérapeutique doit savoir tirer parti de cette donnée anatomique.

Parmi les goîtres diffus, la variété folliculaire se reconnaît à sa consistance égale, molle et pâteuse, à sa forme assez régulière, à son volume en général modéré; les phénomènes de compression y sont assez rares. Lorsque ce goitre vieillit, il est fréquent que par places il devienne kystique, colloïde, fibreux : de là des bosselures, des changements de consistance d'un point à un autre.

Le goitre fibreux est dur, petit, aussi est-il peu gênant par la difformité : mais c'est lui, surtout lorsqu'il est annulaire, qui s'accompagne le plus volontiers de troubles de compression et principalement de troubles dyspnéiques.

Le goitre colloïde, au contraire, est avant tout très déformant; mou, fluctuant, tremblotant, c'est lui qui constitue les tumeurs les plus volumineuses que l'on connaisse.

(1) BÉNARD, Thèse de doct. de Paris, 1882. — REHN, *Berliner klin. Woch.*, 1884, p. 165. — DUBRUEIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 597.

Le goitre vasculaire se reconnaît à la variabilité de son volume dans les efforts, dans la flexion du cou; dans les cas extrêmes, à sa réductibilité partielle. Il est mou, presque fluctuant. Dans la variété veineuse, on voit extérieurement un développement remarquable du réseau veineux sous-cutané. Dans la variété artérielle, ou anévrysmatique, on entend des bruits de souffle continus ou intermittents et l'on sent des pulsations avec expansion; cette expansion est importante pour le diagnostic des battements simplement transmis à un goitre par la carotide, et de plus ces battements transmis cessent, d'après la remarque de Boyer, quand on fait incliner la tête en avant, la tumeur perdant le contact de l'artère.

Les kystes thyroïdiens⁽¹⁾, lorsqu'ils sont volumineux, sont impossibles à méconnaître, car ils sont alors nettement fluctuants, ils forment des bosselures qu'on diagnostique presque à la seule inspection. Quelquefois même ils sont transparents. Mais les petits kystes sont arrondis, lisses, réguliers, le liquide y est très tendu, de plus il est très malaisé de bien fixer la tumeur contre le plan résistant sous-jacent: autant de raisons pour qu'ils soient durs et non fluctuants, en sorte que le diagnostic avec des noyaux solides est impossible. Mais peu importe, car dans les deux cas la thérapeutique est la même. Lorsque, par la fluctuation ou par la ponction exploratrice, on a reconnu l'existence de poches liquides, on peut, par l'analyse minutieuse des sensations tactiles, déterminer si la paroi est en certains points indurée, calcifiée même; si plusieurs poches communiquent entre elles ou sont indépendantes. De plus, par l'étude de l'évolution on apprend si la bosselure kystique a subi un développement brusque et douloureux, en même temps qu'éclataient des signes de compression trachéale: dans ce cas, on peut diagnostiquer une hémorragie intra-kystique.

Le diagnostic des autres complications, de la congestion, de l'inflammation, nous est déjà connu.

Marche et pronostic — Le début du goitre presque toujours est obscur, méconnu, puis la tumeur subit un accroissement en général lent et indolent, accroissement tantôt régulièrement graduel et tantôt marqué, chez la femme, par des poussées successives au moment des grossesses, au moment des périodes menstruelles; accroissement quelquefois brusque, et alors dû à une hémorragie interstitielle ou intra-kystique. Le volume final est extrêmement variable, suivant les individus, suivant la variété anatomique du goitre. La guérison spontanée est possible, mais rare. Souvent à un moment donné la tumeur devient stationnaire, mais on ne peut jamais être certain que cet arrêt d'évolution sera définitif.

⁽¹⁾ On a rencontré dans le corps thyroïde des *kystes hydatiques*, dont le diagnostic avec le goitre kystique est en général impossible, ce qui n'a pas d'importance, puisque le traitement est le même. Le diagnostic est établi dans le cas où on observe deux symptômes spéciaux, l'urticaire et la rupture réitérée des kystes. Ces kystes sont très rares, d'autant mieux que les faits de Haen, Bach, Rullier sont douteux. Les cas de Laennec, Lieutaud, Reverdin et Mayor concernent des kystes circum-thyroïdiens. Mais ceux de Nélaton, Peyrot et Decressac sont bien intra-thyroïdiens. — Consultez sur ce sujet: HOUEL, Thèse d'agr. en chir. de Paris, 1860, p. 70. — DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*, Paris, 1877, p. 565. — KRISHABER, art. GOITRE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1885, p. 575. — L. OSER, *Wiener med. Blätter*, 1884, t. VII, p. 1570. — REVERDIN et MAYOR, *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1885, p. 421. — DECRESSAC, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1888, p. 684. — C. NEDWILL, *Lancet*, London, 21 décembre 1895, t. II, p. 1574. — HENLE, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 852. — J. VITRAC, *Revue de chir.*, Paris, 1897, p. 421.

Ces allures générales sont celles d'une tumeur bénigne, et c'est en réalité, d'une façon générale, dans cette catégorie que doit trouver place le goitre. Avec quelques réserves cependant. Il est certain, en effet, que le cancer thyroïdien est fréquent surtout dans les pays à goitre, et cela porte à penser que le goitre est susceptible de se transformer en cancer. Mieux encore, il est des *goitres métastatiques*, d'une malignité considérable, tuant par généralisation, alors que la structure de la tumeur thyroïdienne et des noyaux de généralisation paraît, avec nos moyens actuels d'investigation, identique à celle d'un vulgaire goitre bénin. La cause exacte de ces évolutions malignes nous échappe. Heureusement qu'elles sont rares, et l'on peut dire, en principe, que le goitre est une tumeur bénigne.

C'est même, le plus souvent, une tumeur innocente. Certes, elle est volontiers disgracieuse et, parvenue à un certain volume, ne peut plus être dissimulée sous un col montant. Mais, chez la majorité des sujets, les troubles fonctionnels sont légers ou nuls. Toutefois les accidents sérieux, menaçants même, sont loin d'être rares. C'est par eux que le goitre peut devenir grave, mortel; que le chirurgien peut avoir la main forcée à un traitement d'urgence. On conçoit donc que de là vont venir les principales indications thérapeutiques. Mais, avant d'aborder en détail l'étude du traitement, il nous faut décrire les accidents, précoces ou tardifs, consécutifs à la thyroïdectomie totale, car leur connaissance a modifié de fond en comble les idées qu'on s'était faites il y a une dizaine d'années sur le traitement du goitre.

Suites de la thyroïdectomie ⁽¹⁾. — Après la thyroïdectomie, on a observé des accidents multiples, les uns d'origine septique, les autres dus à des lésions que l'anatomie de la région fait prévoir: de ces accidents, je n'ai rien à dire ici. Mais il en est d'autres qui sont liés d'une façon toute spéciale à la suppression de la glande thyroïde, à la cessation de ses fonctions, et que les autres opérations sur le cou n'entraînent pas, quelque graves qu'elles soient. Avant de rechercher de quelle interprétation ces faits sont susceptibles, nous commencerons par leur simple exposition. Les phénomènes sont les uns précoces (troubles cérébraux, tétanie), les autres tardifs (cachexie strumiprive). Mais un lien commun unit les deux catégories, et certaines observations conduisent, par degrés insensibles, d'une variété à l'autre.

A. Troubles psychiques immédiats. — Manie aiguë. — Après toutes les grandes opérations, en particulier après certaines opérations abdominales (hernie étranglée, ovariectomie), on a noté, à titre d'exception, des symptômes de manie. Mais il faut bien admettre ici quelque chose de particulier quand, sur les treize premières opérations de Borel, on trouve quatre observations de ce genre; quand des faits analogues, moins exactement relatés, il est vrai, sont dus à Wölfler, Sick, Kocher, etc. Ces troubles psychiques sont assez variables dans leur forme. Un des opérés de Borel eut pendant huit heures un accès d'aliénation avec agitation et mutisme, pendant lequel il défit son pansement; un autre, âgé de

⁽¹⁾ Les articles fondamentaux sur cette question sont ceux de: A. et J.-L. REVERDIN, *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1884, t. III, p. 169, 255, 509. — JULLIARD, *Revue de chir.*, Paris, 1885, p. 585. — KOCHER, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXIX, p. 251. — BRUNS, *Samml. klin. Vorträge*, n° 244, Leipzig, 1884. — HOFMEISTER, *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingue, 1894, t. XI, p. 441. — On trouvera la bibliographie des premières études expérimentales dans A. BROCA, art. THYROÏDECTOMIE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1887. — Depuis, on trouvera une longue série de notes, dues à divers auteurs, à Gley surtout, dans les *Bulletins de la Société de biologie*.