

malédiction) est l'action atrophiante que l'iode exerce volontiers sur les seins, et l'on sait que, parmi les goitreux, les femmes jeunes sont en majorité.

Depuis que l'on a commencé à mieux connaître les fonctions du corps thyroïde et à jeter les bases de l'opothérapie ou emploi thérapeutique des extraits organiques, on a cherché à traiter le goitre non plus par l'administration de l'iode métalloïde, mais par cette substance telle qu'elle se trouve en combinaison dans le tissu thyroïdien et l'on a eu des succès alors que la médication iodée ordinaire avait échoué. La substance employée a été tantôt le corps thyroïde en nature, tantôt l'extrait thyroïdien liquide ou en tablette, tantôt enfin, et plus récemment, la thyroïdine, principe iodé, chimiquement défini, extrait du corps thyroïde<sup>(1)</sup>.

C'est d'abord le myxœdème opératoire ou spontané que l'on a traité de la sorte, et l'on a bien vite constaté que la médication thyroïdienne, active au point d'être parfois toxique, avait une influence remarquable. Puis on y a soumis le goitre vulgaire et l'on a eu des résultats quelquefois surprenants, et c'est ainsi qu'il y a peu de temps MM. Lichtwitz et Sabrazès<sup>(2)</sup> ont vu disparaître sous cette influence un goitre qu'on projetait d'opérer quelques jours plus tard. Certes, ce n'est pas la panacée universelle et, dans le relevé récent de Bruns<sup>(3)</sup>, sur 550 cas on ne compte que 8 pour 100 de guérisons totales et 55 pour 100 d'améliorations notables. Les résultats sont surtout bons pour les goitres des sujets au-dessous de vingt ans; d'autre part, si l'on n'a pas soin de soumettre de temps à autre le sujet au traitement, la récurrence est fréquente<sup>(4)</sup>.

Quels sont les cas où l'on peut fonder sur la thérapeutique médicale des espérances réelles? Cela dépend de l'état anatomique du goitre, et par conséquent l'indication thérapeutique sera subordonnée au diagnostic anatomique exact. Dans l'hyperplasie glandulaire, dans les goitres diffus, mous, à marche rapide, cette médication est à peu près toute-puissante et c'est en quelques jours qu'elle agit. Mais que peut-elle, une fois constituée la sclérose, une fois formée une cavité kystique? Elle aurait pu lutter contre le processus initial, mais elle reste désarmée contre ses résultats définitifs, et l'on ne saurait mieux comparer ces faits qu'à ce qu'on observe dans la syphilis tertiaire : le traitement spécifique triomphe des lésions gommeuses, mais les scléroses lui résistent.

Est-ce à dire, cependant, que dans les goitres fibreux ou kystiques il faille repousser toute tentative médicale? Non, et, sauf accidents pressants, on devra commencer par elle, car autour du kyste, par exemple, le processus adénomateux n'est pas toujours éteint et sur lui on pourra agir. C'est ainsi que Kocher, Bruns ont constaté que dans un goitre préparé par la médication thyroïdienne, l'hémorragie est moindre si l'on vient à pratiquer la thyroïdectomie.

Lorsqu'il est bien et dûment démontré que le goitre — ou tout au moins un résidu — est rebelle à la médication iodée, il convient avant tout de peser scrupuleusement les indications opératoires.

L'agrément des formes extérieures, d'abord, n'est pas à dédaigner pour la

<sup>(1)</sup> Voy. sur ce sujet en général : LÉPINE, *Semaine médic.*, Paris, 1896, p. 57. — M. FAURE, *Gaz. des hôp.*, 8 août 1895, p. 905. — Sur la pharmacologie, cf. A. CHASSEVANT, *Presse médicale*, 1896, p. 249.

<sup>(2)</sup> LICHTWITZ et SABRAZÈS, *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1897, p. 205.

<sup>(3)</sup> P. BRUNS, *Beitr. zur klin. Chir.*, Tübingue, 1895, t. XIII, p. 505, et 1896, t. XVI, p. 521. — Voy. aussi MARIE, *Société médicale des hôpitaux*, Paris, 8 nov. 1895.

<sup>(4)</sup> REINBACH (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet der Med. und Chir.*, Leipzig, 1896, t. I, p. 202) a obtenu des résultats analogues par l'opothérapie thymique, proposée par Mikulicz, et qui aurait l'avantage de n'être pas toxique.

région cervicale antérieure, chez la femme surtout, et chez la femme souvent jeune. Naguère, on condamnait ces opérations de complaisance que la coquetterie seule justifiait. Aujourd'hui, l'antisepsie permet de souvent les entreprendre. D'autant mieux que ce goitre, d'abord simplement laid, peut devenir dangereux. Viennent une maladie infectieuse, et il suppurera parfois; une grossesse, et une congestion brusque pourra causer la mort par asphyxie ou imposer une trachéotomie d'urgence. Ou bien on laissera la sclérose se constituer autour de la trachée gravement comprimée, autour de l'œsophage; ou bien, enfin, l'adénome subira une évolution maligne, et Wölfler a bien montré que le cancer du corps thyroïde s'observe surtout dans les pays à goitres et se greffe le plus souvent sur un goitre préexistant.

Nous venons d'énumérer quelques indications d'urgence. Mieux vaut les prévenir et n'être pas trop avare du bistouri. De quels moyens disposons-nous donc?

Les moyens chirurgicaux sont : pour le goitre solide, les injections interstitielles, les ligatures artérielles, les diverses thyroïdectomies; pour le goitre kystique, les ponctions, les injections modificatrices, l'incision, l'extirpation.

Commençons par les kystes, sur lesquels l'accord des chirurgiens est parfait.

Leur diagnostic est presque toujours évident quand ils ont acquis quelque volume. Plus petits, ils sont souvent pris pour un noyau solide : erreur qu'avec une seringue de Pravaz on évite sans peine. D'ailleurs, peu importe aujourd'hui, pour la thérapeutique chirurgicale. On a, en effet, renoncé aux ponctions et aux injections de la période ancienne. La ponction simple est suivie de récurrence à peu près constante; l'injection iodée, fort vantée par Velpeau, a donné des succès incontestables, mais elle est parfois suivie d'accidents d'inflammation aiguë, de suppuration, graves par eux-mêmes et surtout redoutables parce qu'alors on a pu voir la trachée brusquement comprimée<sup>(1)</sup>. Aujourd'hui donc, on n'a plus guère recours qu'à deux méthodes : ou bien on incise le kyste, on suture les lèvres de la poche à celles de la plaie cutanée et l'on fait bourgeonner cette cavité sous un tamponnement antiseptique; ou bien on extirpe le kyste tout entier, exactement comme nous le dirons dans un instant pour le goitre solide nucléaire.

Mais ces deux méthodes ne s'excluent pas l'une et l'autre. La seconde sera employée par tout le monde quand on aura reconnu la possibilité, presque constante d'ailleurs, de l'énucléation; faute de quoi on se rabattra sur l'incision avec large drainage. Quand les kystes ne sont pas trop gros, trop anciens, quand de vieilles poussées inflammatoires ne les rendent pas trop adhérents, l'énucléation en est le plus souvent possible.

Arrivons maintenant aux goitres solides. Ici il faut établir une distinction entre le goitre parenchymateux et le goitre fibreux.

Contre le goitre parenchymateux, en effet, on a une ressource parfois précieuse, qu'on associera souvent à la médication interne : les injections interstitielles faites avec une seringue de Pravaz, à des intervalles variés. Le plus souvent, on injecte de la sorte de la teinture d'iode; on a aussi préconisé quelques autres substances, l'alcool, l'arséniat de soude, par exemple. Cette méthode est lente et assez douloureuse, mais elle est dans bien des cas d'une grande efficacité, prouvée par Luton il y a déjà longtemps, mise de nouveau en relief par

<sup>(1)</sup> Un travail spécial sur ce sujet est dû à WÖRNER, *Mitth. aus der chir. Klinik zu Tübingen*, 1885-1884, t. I, p. 582. — On trouvera tous les renseignements relatifs à la période ancienne dans l'article de Krishaber.

Terrillon et Sébilleau, par Duguet, puis par Mosevig-Moorhof, Rapper et Garré<sup>(1)</sup>. On lui a reproché de faire suppurer la glande : il n'en est rien si, ce qui est aisé, on réalise une asepsie parfaite. Mais il ne faudrait pas affirmer que ces injections sont d'une bénignité absolue et constante. A leur suite, en effet, on a observé quelques cas de mort subite, par syncope, quelle que soit la substance employée ; M. Schmidt<sup>(2)</sup>, Krieg<sup>(3)</sup>, ont fait des mémoires sur ce point. On n'exagérera pas, toutefois, ce danger, et il reste acquis que cette méthode donne de nombreux succès.

Son véritable inconvénient est que, lorsque après cela il persiste des masses dont l'ablation est indiquée, elle a produit des rétractions scléreuses, des indurations, des adhérences, qui rendent plus difficile la tâche du chirurgien.

C'est là, en somme, à proprement parler, une annexe du traitement médical. Avec la ligature des artères afférentes, nous entrons dans la thérapeutique plus réellement chirurgicale. Méthode qui n'est pas récente, loin de là, car déjà Ph. von Walther la préconisait en 1814<sup>(4)</sup>. Mais, après des fortunes diverses, elle avait été à peu près totalement abandonnée, lorsqu'il y a quelques années elle a été reprise par Wölfler<sup>(5)</sup>, par Rydygier, au moment où les désastres de la thyroïdectomie totale ont refroidi le zèle de ceux qui avaient extirpé à outrance. On lie, à distance, suivant les procédés opératoires classiques, les deux thyroïdiennes du côté malade si le goitre est unilatéral, ou même les quatre thyroïdiennes.

Ce traitement donne certainement des succès, surtout dans les goitres vasculaires. Mais aussi les échecs ne sont pas rares, et de plus l'acte chirurgical est loin d'être aisé. Pour la thyroïdienne supérieure, tout va bien. Mais la thyroïdienne inférieure n'est-elle pas profonde, prévertébrale ? Et quand le goitre se développe, il se prolonge sous le sterno-mastoïdien, va jusque dans le creux sus-claviculaire, recouvre alors le tronc qu'on veut lier et dont la découverte devient difficile, périlleuse même.

En règle générale, donc, et sauf indications spéciales, on ne s'est pas rallié à cette méthode, et quand on veut attaquer chirurgicalement un goitre, c'est à la thyroïdectomie qu'on s'adresse.

On a d'abord prôné la thyroïdectomie totale. Elle est, dit la statistique de Liebrecht, moins grave que la partielle, et de plus elle met sûrement à l'abri de la récurrence. Aussi n'hésitait-on point, et en peu d'années des statistiques opératoires considérables et favorables étaient dues à Julliard, Reverdin, Kocher, Billroth. L'opération, d'ailleurs, n'est pas d'invention récente. Gooch, Desault l'avaient tentée. Mais dans le goitre les artères sont souvent nombreuses et énormes, et jadis les opérés mouraient volontiers d'hémorragie sous le couteau ; et ceux qui y échappaient succombaient quelque temps après à la septicémie engendrée par cette vaste plaie. Avec la forcipressure et l'antisepsie, la thyroïdectomie totale est devenue une opération chirurgicalement permise. Mais le myxœdème opératoire a bientôt prouvé qu'elle était physiologiquement inter-

(1) GARRÉ, *Beitr. zur klin. Chir.*, Tubingue, 1894.

(2) M. SCHMIDT, *Deutsche med. Woch.*, 1884, p. 155.

(3) KRIEG, *Med. Correspondenzbl. des Würtemb. Aerzte-Vereins*, Stuttgart, 1886, t. LIV, p. 115.

(4) L'idée de cette ligature aurait été émise dès 1807 par Ch. Laugel et par Jonas. La première opération serait due à Blizard.

(5) WÖFLER, *Wiener med. Woch.*, 1886, p. 1015 et 1052, et 1887, p. 159. — BILLROTH, *Wiener klin. Woch.*, 1888, p. 5. — RYDYGIER, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1890, t. XL, p. 806. — LAVISÉ, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1895, p. 278.

dite. On y a donc renoncé et l'on a perfectionné les divers procédés de thyroïdectomie partielle.

La *thyroïdectomie partielle* consiste à enlever un segment du corps thyroïde hypertrophié, qu'il contienne ou non du tissu sain, et par là elle diffère essentiellement de la *strumectomie* ou énucléation intra-glandulaire, exclusivement bornée aux noyaux goitreux.

La thyroïdectomie comprend plusieurs procédés, qu'il importe de distinguer en deux types, l'opération étant intra ou extra-capsulaire. Pour les comprendre, il faut se souvenir que la thyroïde, limitée par une *capsule propre*, qui, à la manière de la capsule de Glisson, se ramifie en trabécules dans le parenchyme glandulaire, est en outre entourée d'une gaine conjonctive, dépendance de l'aponévrose cervicale profonde. Un premier procédé consiste à passer entre les deux capsules, c'est-à-dire en dehors de la capsule propre : c'est par là que les chirurgiens ont commencé, mais ils ont vite constaté que de la sorte ils avaient à lutter contre des hémorragies graves, veineuses surtout ; qu'il fallait craindre, en outre, l'entrée de l'air dans les veines, la section ou la ligature du récurrent et du grand sympathique, dont Kocher<sup>(1)</sup>, Rotter<sup>(2)</sup> ont bien spécifié les rapports intimes avec la thyroïdienne inférieure, tout près de la face externe de la capsule.

Cette considération chirurgicale a été le point de départ des procédés de thyroïdectomie partielle, de ceux, par exemple, de Burckhardt<sup>(3)</sup>, de Mikulicz<sup>(4)</sup>. Le corps thyroïde ayant été mis à nu, comme pour la thyroïdectomie totale, par une incision médiane ou latérale, en T ou en V, ou en H, ou en croix<sup>(5)</sup>, on abrase les parties supérieure et antérieure, et dans le fond de la plaie, sous une ligature en masse, on laisse toute la corne inférieure ; c'est là la caractéristique essentielle du procédé de Mikulicz. On ménage donc à coup sûr le récurrent ; et, a ajouté la physiologie, on laisse une masse glandulaire qui sauvera le malade de la cachexie crétinoïde.

Je ne décrirai pas ici les innombrables procédés qui ont vu le jour, ayant pour but de parer aux accidents que je viens de signaler, et j'en viens à l'énucléation massive récemment décrite par A. Poncet (de Lyon). Cette méthode consiste « dans l'ablation de la plus grande partie des tissus d'un lobe thyroïdien hypertrophié, en opérant sous la capsule propre le plus possible, et toujours sous elle au moins au voisinage des pédicules vasculaires ».

On a mis en parallèle avec ces opérations l'énucléation intra-glandulaire, prônée surtout par Socin et ses élèves<sup>(6)</sup>. « Le goitre, dit Socin, est anatomiquement composé de nodules de volume variable, enkystés dans une coque d'où ils sont énucléables. Le corps thyroïde une fois à nu, il faut inciser toutes ces loges, entourées de tissu fibreux puis d'une couche de tissu thyroïdien comprimé, et, sans hémorragie, l'opération sera vite menée à bien avec une spatule, avec les doigts<sup>(7)</sup>. »

(1) KOCHER, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXIX, p. 254-257.

(2) ROTTER, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1884-1885, t. XXXI, p. 685.

(3) BURCKHARDT, *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1884, p. 725.

(4) MIKULICZ, *Wiener med. Woch.*, 2 janvier 1886, n° 1, et *Centralbl. f. Chir.*, 1885, p. 889 ; et sa statistique publiée par TRZEBICKI, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 498.

(5) La forme de l'incision n'a pas grande importance. Elle sera aussi simple que possible. Presque toujours une seule incision, rectiligne, suffit.

(6) S. KESER, Thèse de Bâle, 1887.

(7) A la condition, cependant, qu'on sache bien la différence qu'il y a entre la thyroïdectomie intra-capsulaire et l'énucléation intra-glandulaire. Si l'on cherche à commencer le décollement avant d'être arrivé exactement sur le noyau morbide, on dilacère le tissu glandulaire.

En réalité, le parallèle n'est pas de saison, et d'après Hahn, qui semble avoir raison, le choix entre ces procédés de thyroïdectomie partielle dépend absolument des formes anatomiques. A Berlin, Hahn (1) a cherché des goitres à noyaux énucléables, et il n'en a pas trouvé; à Bâle, au contraire, d'après la pratique de Socin, cela semble être la forme prédominante; de même à Lyon, où un élève de Poncet, Augier, relève dans sa thèse quatre goitres nodulaires sur cinq. A cette forme nucléaire convient l'énucléation intra-glandulaire, à l'hypertrophie plus diffuse convient seule la thyroïdectomie partielle proprement dite, dont le procédé de Poncet semble être actuellement le meilleur.

Mais dans les goitres fibreux, surtout plongeants et constricteurs, on laisserait de la sorte autour de la trachée la virole qui précisément est la cause des accidents graves, mortels même à brève échéance, contre lesquels on doit intervenir. Ici il faut mentionner, pour mémoire seulement, quelques procédés spéciaux, et nous signalerons, à l'époque où l'on avait peur du bistouri, les tentatives de Bonnet (de Lyon) pour attirer au dehors le goitre rétro-sternal et le fixer dans une position cervicale où il fût moins dangereux (2).

Une méthode intéressante est celle de Sydney Jones (3). Dans deux observations, cet auteur a tenté de sectionner simplement sur la ligne médiane l'isthme du corps thyroïde, pour laisser à la trachée la possibilité de reprendre son calibre; les deux fois il a vu la dyspnée cesser, et de plus, fait curieux, il a constaté que les lobes latéraux, non touchés cependant, subirent une atrophie qui conduisit à la guérison.

C'est en se basant sur ces faits que Jaboulay, que Poncet (4) ont été amenés à ériger en procédé opératoire la luxation au dehors du corps thyroïde: d'où le nom d'*exothyropexie* donné à ce procédé. Cette méthode consiste dans l'exposition et la fixation au dehors de la tumeur thyroïdienne. Elle a pour but non seulement de parer aux troubles fonctionnels sous la dépendance du goitre, mais encore d'obtenir l'atrophie des portions thyroïdiennes hypertrophiées en les modifiant sous un pansement antiseptique à ciel ouvert. La première opération d'exothyropexie a été pratiquée à Lyon en janvier 1895 dans le service de Poncet par M. Jaboulay. Un an après, Poncet et Jaboulay publient une statistique portant sur 14 cas d'exothyropexie. Ces cas se divisent en: goitres parenchymateux, 5; goitres kystiques, 9. Ils ont tous été suivis de guérison et l'atrophie a demandé 5 à 6 semaines.

Mais après cela persiste devant le cou une plaie souvent fort longue à cicatrifier définitivement, puis une cicatrice qui a coutume d'être disgracieuse, aussi Poncet et Jaboulay sont-ils loin de prôner cette opération comme constamment indiquée. Bien loin de là, ils en font une opération d'exception, pour certains

dulaire et il en résulte une hémorragie redoutable. Le corps thyroïde une fois mis à nu, il faut faire une section nette, au bistouri: 1° de la capsule fibreuse de la glande; 2° de la coque glandulaire plus ou moins épaisse. On continue tant qu'on n'a pas traversé tout le tissu rouge et qu'on n'est pas sur le noyau goitreux, gris et dur.

(1) HAHN, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1888, t. XXXVI, p. 605.

(2) Contre certains goitres plongeants immobilisés derrière le sternum et impossibles à enlever, Jaboulay conseille, pour libérer la tumeur, d'enlever la poignée du sternum. On fait ensuite soit l'exothyropexie, soit l'ablation (JABOULAY, *Lyon médical*, 19 juillet 1896).

(3) S. JONES, *Lancet*, London, 1885, t. II, p. 900, et 1884, t. II, p. 367.

(4) GIRARD, Thèse de doct. de Lyon, 1892-1895, n° 805. — PONCET, *Bulletin médical*, Paris, 1895, p. 255, 17 février 1894, et *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1894, p. 304. — PONCET et JABOULAY, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1894, p. 451. — JABOULAY, *Lyon méd.*, 8 avril 1894, t. LXXV, p. 491, et *Prov. méd.*, Lyon, 1894, t. VIII, p. 169.

goitres gros, accompagnés d'accidents dyspnéiques urgents: alors l'exothyropexie, opération facile, rapide, bénigne, est à mettre avantageusement en parallèle avec la section de l'isthme, avec la trachéotomie.

On n'a pas, en effet, toujours le loisir d'opérer à tête reposée, et il est des cas d'asphyxie rapide où, d'urgence, on n'a eu que le temps de faire la trachéotomie; il en est même — Rose et Seitz y insistent — où la mort a eu lieu avant l'arrivée du chirurgien, appelé cependant en toute hâte.

La trachéotomie d'urgence une fois faite, on songera à attaquer le goitre; et c'est aujourd'hui la seule circonstance où l'on permette la trachéotomie préliminaire. Sur ce point, on a beaucoup discuté. Rose a affirmé que sous le goitre la trachée était déprimée et ramollie, et que si on la privait de son tuteur pathologique elle s'affaisserait brusquement, sous le poids de la pression atmosphérique, d'où la mort pendant l'opération. Dès lors, il faudrait ériger en principe la trachéotomie préliminaire. Toutes réserves faites sur la nature exacte des lésions de la trachée, les faits cliniques n'ont pas confirmé cette doctrine de Rose, et l'on a renoncé à la trachéotomie préliminaire et constante, à peu près incompatible avec l'asepsie de la plaie cervicale (1).

En résumé, donc, c'est toujours la thyroïdectomie partielle qu'on doit avoir pour but et en particulier les chirurgiens exercés à ces manœuvres réussissent presque toujours la strumectomie. Mais la récurrence ne sera-t-elle pas à peu près fatale, car on ne saurait avoir la prétention d'extirper tout ce qui est malade? L'expérience a infirmé ces craintes. Certes, la récurrence existe, et nécessite parfois des retouches opératoires. Mais bien souvent aussi le processus est définitivement enrayé (2), non pas seulement par une action obscure, comme dans les faits de Sydney Jones, mais souvent parce que — les recherches anatomiques l'ont démontré — le processus morbide est moins diffus qu'on ne le croyait naguère et aboutit volontiers à des noyaux isolés.

Tels sont les résultats auxquels les données scientifiques ont conduit le clinicien. On le voit, la thérapeutique n'a pu être fixée avec quelque précision qu'à partir du moment où l'étude pathologique a été parachevée. En somme, donc, l'histoire chirurgicale du goitre comporte un enseignement d'ordre général, en nous montrant d'abord, par l'histoire néfaste de la thyroïdectomie totale, qu'on

(1) Rose a prétendu aussi éviter ainsi le tirage sus-sternal qui serait une cause puissante de médiastinite. Kocher n'a jamais vu de trachée ramollie; tout dépend pour lui, des inflexions de la trachée aplatie en fourreau de sabre, et si l'on voit la trachée s'infléchir de la sorte, on la redresse immédiatement avec une anse de fil passée dans sa paroi. Quant aux fusées dans le médiastin, dit Kocher, elles dépendent de la septicité et non du tirage sus-sternal. Or la trachéotomie rend impossible l'asepsie de la plaie, qui, de son côté, déverse ses produits putrides dans l'orifice trachéal, et de là une plus grande fréquence des bronchopneumonies septiques. Les chiffres, enfin, parlent haut contre la méthode de Rose. Les 45 dernières opérations de Kocher (en 1885) se décomposaient en: 59 sans trachéotomie, 29 guérisons; 4 avec trachéotomie, 5 morts. Les 54 dernières de Billroth (d'après Wölfler) étaient: 45 sans trachéotomies, 45 guérisons; 5 avec trachéotomie, 5 morts. Il faut donc réserver la trachéotomie aux cas où la suffocation la rend urgente, avant, pendant ou après la thyroïdectomie. Ainsi elle peut être indiquée par certaines tétanies, par la section des deux récurrents. Tout à fait tardivement, enfin, on a pu voir des accès de suffocation subits après cicatrisation par inflexion de la trachée; Maas a dû pratiquer ainsi, sur le même sujet, deux trachéotomies successives. Poncet (de Lyon) admet le ramollissement décrit par Rose, mais il ne pratique la trachéotomie que s'il y est contraint par des accidents survenus pendant ou après l'opération; et alors il insiste sur la nécessité d'une longue canule spéciale, laissée longtemps en place pour rassembler et calibrer la trachée (DELMAS, Thèse de doct. de Lyon, 1895-1894, n° 902).

(2) Sur cette question controversée de l'atrophie des portions restantes, voy. JENNY, Thèse de doct. de Lyon, 1895-1894, n° 875.

n'est en droit de porter le bistouri sur un viscère que quand on connaît sa physiologie; en nous montrant ensuite, par l'histoire des procédés de thyroïdectomie partielle, qu'on ne peut attaquer scientifiquement une lésion que quand on est familiarisé avec son anatomie pathologique.

## 2° ÉPITHÉLIOME ET CARCINOME

Le corps thyroïde peut être envahi par des carcinomes venus des organes voisins, surtout du larynx ou de l'œsophage; il peut aussi être le siège de noyaux métastatiques partis d'un cancer plus ou moins éloigné. Mais dans ces cas la lésion thyroïdienne n'est qu'un épiphénomène, et je ne m'occuperai que du cancer thyroïdien primitif<sup>(1)</sup>.

**Étiologie.** — Un fait, que j'ai signalé dans l'étude du goitre, est à mettre en relief dans l'étiologie: on rencontre surtout ce cancer, rare d'ailleurs, dans les pays à goitres. A cet égard, les statistiques de tous les auteurs sont concordantes. Malgré cela, Lebert, Kaufmann pensent qu'il frappe surtout le sexe masculin, mais H. Braun, H. Bircher ne sont pas de cet avis, et par exemple les 4 cas de Bircher concernaient 3 femmes et 1 homme, tous venus de villages à goitres. L'âge des malades est en moyenne de quarante à quarante-cinq ans; mais une observation de Schuh concerne un adolescent et Demme a vu un enfant être atteint.

**Anatomie pathologique.** — A l'examen macroscopique, on a distingué le squirrhe et l'encéphaloïde, mais on sait aujourd'hui que ces différences n'ont pas grande importance en histologie. Les organes voisins sont vite et profondément altérés; la trachée et l'œsophage sont comprimés, refoulés, parfois même perforés. Les gros vaisseaux et artériels et veineux sont déplacés, adhérents, les veines sont pénétrées par le néoplasme, les nerfs sont envahis, les ganglions lymphatiques sont dégénérés.

La malignité de ces tumeurs est grande. La généralisation y est la règle et les foyers métastatiques siègent surtout dans le poumon, dans le médiastin, dans les os.

Histologiquement, on sait nettement aujourd'hui que squirrhe et carcinome sont à l'origine des épithéliomes; et presque toujours il s'agit d'épithéliomes cylindriques, auxquels l'épithélium thyroïdien imprime quelques particularités

(1) EBERTH, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, Berlin, 1872, t. LV, p. 254. — CORNIL, *Arch. de phys. norm. et path.*, Paris, 1875, 2<sup>e</sup> série, t. II, p. 659. — EPPINGER, *Viertelj. f. prakt. Heilk.*, Prague, 1875, t. II, p. 15. — ROSE, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1878, t. XXIII, p. 4. — KAUFMANN (C.), *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1879, t. XI, p. 401, et 1881, t. XIV, p. 25. — ALBERT (E.), *Wiener med. Presse*, 1881, n<sup>os</sup> 5 et 6, p. 75 et 172. — BIRCHER (H.), *Samml. klin. Vortr.*, Leipzig, 1882, n<sup>o</sup> 222 (*Chir.*, n<sup>o</sup> 71). — COULON (G.), *Sur le cancer du corps thyroïde*. Thèse de Paris, 1882-1885, n<sup>o</sup> 95. — BRAUN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1885, t. XXVIII, p. 291. — GIRAudeau, *Revue de méd.*, Paris, 1884, p. 402. — WEBSTER (C.-E.), *Week. med. Rev.*, Chicago, 1885, t. XI, p. 176. — COATS (Joseph), *Trans. of the path. Soc.*, London, 1887, p. 599. — HAYEM, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1887, p. 495, et 1888, p. 128 et 545. — PARMENTIER et H. HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1888, p. 947. — BILLROTH, *Wiener med. Woch.*, 1888, n<sup>o</sup> 20, p. 672. — SCHEINMANN, *Deutsche med. Woch.*, Berlin, 1890, p. 265.

bien mises en relief par les examens histologiques de Cornil, Wölfler, Parmentier.

D'autre part, Wölfler nous a bien montré qu'il y a des transitions insensibles entre les adénomes, c'est-à-dire le vulgaire goitre, et les épithéliomes et carcinomes. Au microscope, on ne voit pas toujours de différence entre un goitre bénin et un goitre malin; nous ne sommes pas encore en mesure de superposer exactement nos connaissances anatomiques et nos connaissances cliniques. Il est probable, l'étiologie nous l'enseigne et la clinique le confirme, que la plupart de ces cancers sont la transformation de goitres. Mais quelle est exactement cette transformation, quand et comment se fait-elle? Nous l'ignorons. Mieux encore, il est des cas où la tumeur est nettement maligne, a disséminé des noyaux viscéraux et osseux et où au microscope la structure est celle du goitre ordinaire. Tous les auteurs qui ont écrit sur le goitre parlent de ces goitres métastatiques<sup>(1)</sup>. Dans les foyers secondaires eux-mêmes la structure n'est pas celle d'un carcinome typique. D'ailleurs, dans tous les cancers du corps thyroïde, les noyaux secondaires conservent d'une façon remarquable la structure thyroïdienne.

Förster, Eppinger, Lücke, Kaufmann, ont vu des épithéliomes pavimenteux dont l'origine est obscure.

**Symptômes et diagnostic.** — La tumeur, qui a les caractères ordinaires des tumeurs thyroïdiennes<sup>(2)</sup>, mais que des adhérences ne tardent pas à immobiliser, est le plus souvent unilatérale. Fréquemment bosselée, rarement ulcérée, elle est très variable de forme, de dimensions, de consistance. Tantôt elle est dure, tantôt molle, fluctuante même, et ces consistances s'associent dans un même cancer. Ses limites ne sont pas nettes et derrière elle on ne tarde pas à ne plus pouvoir isoler et sentir battre les carotides: c'est là un signe important pour le diagnostic avec le goitre.

Les signes fonctionnels à cette période sont intenses. Ils consistent en douleurs lancinantes dans le domaine des plexus brachial et cervical, en dyspnée, dysphagie, amaigrissement; les noyaux pulmonaires se traduisent par une expectoration muco-purulente ou sanglante. A. Mathieu a noté l'irrégularité des battements du cœur. Dans un cas, Hayem a constaté une leucocytose telle qu'il a songé à une leucémie thyroïdienne.

Tel est le tableau succinct du cancer thyroïdien à la période d'état, période où l'erreur de diagnostic avec le goitre est à peu près impossible. A cette période, la seule erreur commise, à peu près, consiste à confondre le cancer avec une thyroïdite; en général on est guidé par l'étiologie, la brusquerie des accidents, la fièvre vive, mais plusieurs auteurs, dont Billroth, sont restés dans le doute jusqu'au moment où une ponction ou une incision leur a fait voir du pus.

Je n'ai parlé que de la période d'état et nullement du début. C'est qu'au début le diagnostic avec le goitre ne saurait être établi. On apprend, d'ailleurs, que le plus souvent le sujet était antérieurement goitreux. Et tant que la capsule thy-

(1) Parmi les travaux récents sur ce sujet, voy. VON EISELSBERG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, t. XLVIII, fasc. 5, p. 489. — MIDDELDORFF, *Ibid.*, p. 502. — MARCHAND, *Berliner klin. Woch.*, 1894, p. 811.

(2) Voy. t. V, p. 475.