

roïdienne n'est pas franchie, tant que la tumeur n'est pas adhérente et diffuse, la similitude avec le goitre simple est absolue, en sorte qu'on ne peut avoir de renseignements précis sur la marche et la durée du mal qu'à partir du moment où la capsule est franchie — ce qui est favorisé par les ponctions et les incisions. La marche, à compter de là, est rapide : en un an environ le sujet succombe par asphyxie, par pneumonie, par cachexie. La généralisation est alors presque constante.

**Traitement.** — Cette généralisation est même presque toujours effectuée au moment où l'aspect clinique permet le diagnostic. Si bien que Kaufmann, Braun, profondément découragés par leurs tentatives de thyroïdectomie, en sont venus à recommander le seul traitement palliatif, par la trachéotomie et l'alimentation à la sonde, lorsque la respiration et la déglutition sont menacées. Poncet (de Lyon) a conseillé de faire cesser la compression à l'aide de grands débridements circum-thyroïdiens. Bircher cependant est moins pessimiste et il plaide en faveur de l'extirpation, même quand il faut réséquer le larynx, l'œsophage, les vaisseaux carotidiens. C'est alors, évidemment, de thyroïdectomie totale qu'il est question ; mais pour une lésion qui menace directement la vie, on est en droit de risquer la cachexie strumiprive.

#### B. — TUMEURS CONJONCTIVES

Je ne dirai que quelques mots sur ces tumeurs, rares et mal connues<sup>(1)</sup>.

Wölfler décrit un *fibrome* ; R. Mayer parle de chondrome ostéoïde ; l'ostéome de Parsoons est douteux. On ne peut différencier le fibrome du goitre nucléaire et d'ailleurs le traitement est le même.

Le *sarcome* est plus fréquent et on a observé toutes les variétés de ce néoplasme, le sarcome fuso-cellulaire, globo-cellulaire, alvéolaire, angio-caverneux, ossifiant, à cellules géantes, le lympho-sarcome. On ne peut jusqu'à nouvel ordre le différencier du carcinome. Cependant, la plupart des cancers ayant simulé la thyroïdite étaient à l'examen histologique des sarcomes. Quelquefois la vascularisation est extrême et la tumeur est pulsatile. Le sarcome semble être un peu moins malin que le carcinome et par exemple E. Bœckel a vu un sarcome énorme donner une survie de plus de 5 ans sans récurrence ; puis une récurrence a été extirpée avec succès. Si donc on diagnostique un sarcome, l'intervention est indiquée.

<sup>(1)</sup> H. BRAUN, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1879, t. XXIV, p. 229. — A. MATHIEU, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1881, p. 370. — BOWLBY, *Lancet*, London, 1884, t. II, p. 1001. — E. BÖCKEL, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1884, p. 1110. et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, 4<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 1. — KOBLER, *Wiener med. Woch.*, 1886, p. 295. — F. PICK, *Zeit. für Heilk.*, 1892, t. XIII, p. 71.

## VII

### GOITRE EXOPHTHALMIQUE<sup>(1)</sup>

Le traitement du goitre exophtalmique ressortissait exclusivement, jusqu'à ces temps derniers, à la médecine. Les premières tentatives chirurgicales furent dirigées contre des goitres simples qui, à un moment quelconque de leur évolution, s'étaient compliqués d'accidents basedowiens. Une division des goitres exophtalmiques en deux variétés, nettement tranchées, parut alors nécessaire, et à côté des cas médicaux ou vrais goitres exophtalmiques, on fit une place aux cas chirurgicaux en les rangeant sous l'étiquette de faux goitres exophtalmiques.

Cette division en vrais et en faux goitres exophtalmiques devrait pour quelques neuro-pathologistes être complètement abandonnée aujourd'hui : le goitre exophtalmique n'étant pas une maladie, mais un syndrome, peut se trouver réalisé sous l'influence de causes très diverses et il ne saurait y avoir de vrais et de faux goitres exophtalmiques, de pseudo-maladies de Basedow. « Notre manière de considérer cette maladie est actuellement si singulière que, quand nous saisissons la cause d'une altération du corps thyroïde avec syndrome de Graves, nous nous empressons de ranger le cas parmi les fausses maladies de Basedow. Or il n'y a pas de pseudo-maladies de Basedow, il n'y a que des goitres exophtalmiques dont la cause nous paraît connue pour les uns, ignorée pour les autres. Et nous irons ainsi jusqu'au jour où nous nous apercevrons que la vraie maladie de Basedow n'est que la réunion de toutes ces fausses maladies de Basedow. » (Létienne.) Quel que soit l'intérêt de ces discussions, le fait important pour un chirurgien, c'est que certains goitres exophtalmiques relèvent d'une cause qui peut être traitée chirurgicalement, alors qu'il en est d'autres dont le traitement doit rester purement médical. L'on conçoit dès lors l'intérêt qu'il y aurait à établir les indications thérapeutiques fournies par l'examen clinique de chaque cas, sans du reste rien présumer quant à la nature intime de la maladie de Basedow.

Que la conception de faux goitres exophtalmiques soit ou non erronée, il n'en est pas moins vrai que c'est à elle que sont dues les premières tentatives chirurgicales heureuses. La chirurgie de la maladie de Basedow n'aurait pris rang que quelques années plus tard, si les goitres secondairement exophtalmiques n'avaient, il y a bientôt vingt ans, permis aux chirurgiens une intervention légitime et si des résultats tout à fait inattendus, comme la guérison d'un goitre exophtalmique à la suite d'opération sur les fosses nasales, n'avaient mis sur la voie de certains cas réflexes de maladie de Basedow.

Restaient les cas médicaux proprement dits. Eux aussi ont été soumis à des opérations diverses et ce sont les théories variées et d'ailleurs probablement toutes trop absolues, quant au point de départ de l'affection, qui ont guidé le choix de telle ou telle intervention. Tant qu'on a cru le goitre exophtalmique engendré par une affection cardiaque (Graves, Stokes), ou par

<sup>(1)</sup> Cet essai de thérapeutique chirurgicale du goitre exophtalmique a été écrit par M. A. Gosset, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.