

Autant que possible on réunira une partie de la plaie ; on en laissera ouverte la partie inférieure.

L'opération doit être faite avec toutes les précautions antiseptiques ; il en est de même du pansement que l'on appliquera suivant la méthode que nous avons décrite à propos des processus inflammatoires.

Bien que, dans la grande majorité des cas, l'extirpation des tumeurs du cou, et en particulier l'ablation des divers lymphomes de cette région, soit fort peu dangereuse, cependant les opérations plus importantes, comme c'est surtout le cas pour les lymphosarcomes, ne sont pas dépourvues de danger, vu qu'elles s'accompagnent souvent de la lésion ou de l'excision de grosses veines, surtout de la jugulaire interne. Il est ici très important, pour le résultat de l'opération, qu'aucun phlegmon ou suppuration ne vienne compliquer la marche de la guérison.

Cependant, alors même qu'on a réussi à éviter ces complications, les ligatures de veines ne sont pas absolument sans danger. Ainsi nous avons vu la veine liée être le point de départ d'une thrombose mortelle, dans un cas où la marche de la plaie avait été tout à fait aseptique. Chez un autre opéré, la plaie n'avait fourni qu'une quantité tout à fait minime d'un liquide muco-purulent, et cependant nous vîmes survenir des symptômes démontrant l'existence et la migration de thrombus ; l'opéré finit toutefois par guérir.

V. GLANDE THYROÏDE

Remarques anatomiques

§ 60. — Nous jugeons nécessaire de rappeler ici brièvement l'anatomie normale de la glande thyroïde, en suivant principalement la description qu'en donne HENLE. Ces notions anatomiques nous permettront de bien comprendre les altérations pathologiques de cet organe et leur symptomatologie.

La glande en question est située à la face antérieure du cou, dans la région du larynx et de la partie supérieure de la trachée ; elle a la forme d'un fer à cheval dont la portion moyenne repose sur la partie supérieure du conduit trachéal, tandis que les portions latérales se dirigent de bas en haut sur les côtés du larynx, et s'étendent quelquefois jusqu'à l'os hyoïde. Tantôt la glande se compose de deux lobes réunis entre eux sur la ligne médiane par un tissu conjonctif serré, tantôt entre ces deux lobes s'en intercale un troisième. La partie moyenne de l'isthme repose sur les deuxième, troisième et quatrième cerceaux cartilagineux de la trachée.

Les portions latérales appelées lobes ou cornes, font de chaque côté de l'isthme une saillie notable ; elles s'élèvent latéralement en divergeant légère-

ment, et sont en rapport en dedans avec l'œsophage, la trachée, les cartilages cricoïde et thyroïde, en dehors avec les gros vaisseaux du cou. Très souvent on trouve à côté de ces deux lobes latéraux un troisième lobe médian ou situé un peu à gauche de la ligne médiane ; c'est la **pyramide** ou **corne moyenne**. Elle part du bord supérieur de l'isthme, et s'élève tantôt jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, tantôt jusqu'à l'os hyoïde ; elle est très variable de forme et de volume. Assez souvent on observe aussi de *petites glandes accessoires* dans le voisinage de l'os hyoïde.

Ces **glandes thyroïdes accessoires** ont une assez grande importance pour l'histoire des tumeurs du cou, car elles permettent d'expliquer le développement de tumeurs épithéliales dans divers points de cette région (*Voir § 47 et suivants*). WOELFLER, en se basant sur l'histoire du développement, a déterminé les limites de la région dans laquelle on peut trouver ces petits organes glandulaires du volume d'un pois ou d'une fève, et qui, à première vue, peuvent être pris pour des glandes lymphatiques. Cette région a la forme d'un triangle isocèle, dont la base, située à la hauteur de l'os hyoïde, est parallèle au bord du maxillaire inférieur, et dont la pointe atteint la crosse de l'aorte. Latéralement, le triangle est limité par les gros vaisseaux. Le développement de ces glandes accessoires s'explique par le fait que des portions détachées de germes glandulaires sont restées fixées dans des points où l'on n'en observe pas à l'état normal. GRUBER a groupé systématiquement ces glandes ; il les divise en supérieures, inférieures et postérieures ; les deux premiers groupes sont subdivisés en médians et latéraux. MADELUNG, au travail duquel nous renvoyons le lecteur (*Archives de Langenbeck*, vol. 24, p. 71), distingue les glandes accessoires supérieures, inférieures, latérales, antérieures et postérieures, par rapport à la glande thyroïde proprement dite.

Les **glandes supérieures** sont situées entre le bord supérieur de l'isthme de la glande thyroïde et l'os hyoïde, principalement au niveau de ce dernier ; elles occupent la ligne médiane du cou (VERNEUIL, ZUCKERKANDL, etc.), ou bien dépassent un peu cette ligne, à droite ou à gauche. Ce sont les mieux connues. Les **glandes latérales** s'observent sur les parties latérales du cou, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule. Le plus souvent elles sont en contact direct avec les bords latéraux de la glande principale, et elles ont été maintes fois le point de départ de tumeurs. Les **glandes postérieures** offrent un intérêt tout particulier, car elles peuvent être l'origine de goîtres situés en arrière de la glande thyroïde, soit en arrière de l'œsophage, soit entre la trachée et l'œsophage. Après cette digression importante aussi bien pour la pathologie de la glande thyroïde que pour l'étiologie des tumeurs du cou, retournons à notre description anatomique.

La glande thyroïde présente divers *moyens de fixation*. Sur sa face antérieure

passent plusieurs muscles, les sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens et omo-hyoïdiens; son bord latéral est en contact avec le sterno-cleïdo-mastoïdien. Assez souvent on observe des muscles propres s'étendant de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde jusque dans l'enveloppe de tissu conjonctif de la glande. Mais la fixation proprement dite a lieu par des fibres de tissu conjonctif assez courtes qui unissent la glande au tissu conjonctif environnant, et qui habituellement sont surtout denses au niveau de l'isthme; cette partie moyenne présente parfois des faisceaux fibreux bien dessinés et très denses, que l'on peut considérer comme des **ligaments**, dont l'un est médian et les deux autres latéraux.

Les **ligaments latéraux** naissent du bord inférieur du cartilage cricoïde et vont se fixer sur l'enveloppe de la glande, à la face interne des lobes latéraux. Ils sont divisés en plusieurs couches par le nerf laryngé inférieur et l'artère du même nom. Le **ligament médian** s'insère, d'une part, sur la face antérieure du cartilage cricoïde ou thyroïde et sur l'aponévrose du muscle crico-thyroïdien, d'autre part sur la face postérieure de la glande.

Un riche réseau vasculaire entoure et pénètre la glande thyroïde. Les **artères** sont au nombre de quatre, dont deux supérieures et deux inférieures; en outre une artère qui n'est pas constante, la thyroïdienne profonde, naît tantôt de la crosse de l'aorte, tantôt du tronc brachio-céphalique. La quantité de sang que fournissent à la glande ces différentes artères est égale à celle qui arrive au cerveau par la carotide interne. Les artères thyroïdiennes ne s'anastomosent pas largement entre elles, mais forment des territoires vasculaires bien séparés; le sang retourne au cœur par un riche réseau veineux, d'où partent six grosses veines: les supérieures se rendent dans les jugulaires, et les moyennes, dans ces mêmes veines, mais plus inférieurement; quant aux inférieures, la gauche plus petite se rend dans la jugulaire interne, tandis que la droite plus grande sort du plexus thyroïdien situé à la face antérieure de la trachée, pour se jeter dans la veine innommée correspondante.

La membrane d'enveloppe adhère intimement à la glande; la division bien connue de cette dernière en lobes et lobules est due aux prolongements qu'envoie cette capsule dans l'intérieur de la substance glandulaire; ces prolongements limitent des lobes et lobules de volume variable, qui sont subdivisés de la même manière en granulations constituées elles-mêmes par un certain nombre de follicules, dont le volume varie de 0,005 à 0,015 mm. Ces follicules sont en partie en contact direct, en partie séparés par des cloisons de tissu conjonctif dense.

D'après VIRCHOW les follicules communiquent souvent entre eux. Comme dans les glandes vasculaires sanguines les lobes, les lobules et les vésicules elles-mêmes sont dépourvus de conduits excréteurs, et cependant la granulation (ou groupe de follicules) a tout à fait une structure glandulaire. La cloison de tissu conjonctif qui entoure chaque follicule, est tapissée à sa face interne d'une membrane propre très mince et délicate, revêtue intérieurement d'un épithélium bien net et régulier formant une seule couche; les cellules sont plus hautes que larges, ont un noyau arrondi et un ou plusieurs nucléoles. Si des auteurs ont douté de l'existence de cet épithélium qui cependant est parfaitement régulier, c'est probablement à cause des variations que présente sou-

vent, déjà à l'état normal, l'image microscopique d'une coupe de la glande; en outre des états pathologiques viennent souvent altérer la structure normale. Soit spontanément, soit sous l'influence de réactifs, de la matière colloïde se forme dans les cellules épithéliales, et sort de ces dernières pour remplir l'intérieur du follicule. Nous verrons plus loin que le même fait s'observe à l'état pathologique et vient alors masquer la structure acineuse de la granulation.

Les **artères** se répandent dans les cloisons de séparation du lobule, et de là pénètrent entre les follicules qu'elles entourent d'un réseau vasculaire serré. De ce dernier naissent des **veines** très larges à parois minces, qui sont, paraît-il, dépourvues de valvules, et présentent entre elles de nombreuses anastomoses. Les **vaisseaux lymphatiques** naissent entre les follicules par des canaux en culs-de-sac; ils se réunissent pour former des réseaux autour des lobules; enfin ces réseaux donnent naissance à des vaisseaux plus gros qui se montrent à la surface de la glande.

La glande thyroïde chez l'adulte pèse de 30 à 60 grammes; les lobes latéraux ont une longueur de 5 à 7 centimètres; leur plus grande largeur est de 3 à 4 centimètres et leur épaisseur de 1,5 à 2,5 centimètres. La hauteur de l'isthme varie de 4 à 20 millimètres. Chez la femme le volume moyen de la glande paraît être plus considérable que chez l'homme; chez le nouveau-né elle est relativement beaucoup plus grande que chez l'adulte.

Inflammation aiguë de la glande thyroïde normale et du goître (strumitis).

§ 61. — L'inflammation aiguë de la glande thyroïde saine est relativement rare. A part les cas provenant d'une lésion traumatique du tissu glandulaire, l'étiologie de la *thyroïdite idiopathique* est tout à fait inconnue (*voir du reste plus loin*). On l'observe un peu plus souvent chez les jeunes gens, à l'âge de la puberté, que dans les autres périodes de la vie.

Le plus souvent la fièvre accompagne l'inflammation dès le début. Le malade accuse des douleurs s'irradiant du point enflammé, et l'on constate une tuméfaction d'abord localisée, intéressant toute la glande ou seulement un des lobes, et s'étendant peu à peu, en affectant une forme cylindrique, sur toute la région du cou. Les veines du cou sont dilatées, la face rouge, et l'on observe, dominant tout le tableau symptomatique, des phénomènes de compression des vaisseaux (cyanose, céphalalgie, vertige, épistaxis), de l'appareil de la déglutition (le plus souvent à un degré modéré) et des organes respiratoires (trachée, larynx); la dyspnée est surtout très pénible à la période d'acmé de la maladie. Le phlegmon peut guérir par résolution, mais le plus souvent il se termine par suppuration, rarement par gangrène, c'est-à-dire par suppuration septique du tissu de la glande et quelquefois aussi de la peau. La mort peut être due à une asphyxie par compression, à l'ouverture de l'abcès dans la trachée, à des fusées purulentes dans le médiastin, à la pyémie et à la septicémie.

Au début on instituera un traitement antiphlogistique; on appliquera