

des compresses glacées, et dans certains cas on ouvrira une veine du cou en prenant des précautions pour empêcher l'entrée de l'air; plus tard on aura recours aux enveloppements d'après la méthode de PRIESSNITZ; l'abcès sera incisé le plus tôt possible; s'il siège profondément on le ponctionnera à l'aide d'un gros trocart, et on lavera ensuite la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée (LUECKE). Puis on appliquera un pansement antiseptique.

Une forme plus fréquente que l'inflammation de la glande saine c'est la thyroïdite (**strumitis**) décrite avec soin par LEBERT et tout dernièrement par KOCHER, et qui affecte une *glande thyroïde présentant déjà des altérations pathologiques*; ces dernières, d'après KOCHER, constitueraient une prédisposition à l'inflammation de cet organe. En outre certaines conditions viennent encore favoriser cette prédisposition. Le goitre hypertrophique simple offre une tendance aux processus inflammatoires lorsqu'il devient le siège de thromboses, d'épanchements sanguins, de métamorphoses régressives ou même d'une nécrose des tissus; or ces altérations succèdent volontiers à une lésion traumatique de la glande; ainsi un traumatisme sans lésion de la peau, une simple contusion peut agir comme une cause prédisposante de l'inflammation. Sous ce rapport nous devons signaler tout particulièrement les ponctions et les injections parenchymateuses; ces dernières sont suivies relativement souvent d'une thyroïdite aiguë, sans que l'on puisse accuser, dit-on, une infection directe par des instruments malpropres (?). Ce sont surtout les injections répétées qui créeraient dans la glande un terrain favorable au développement d'une thyroïdite (**strumitis**). Cependant toutes ces conditions ne sauraient à elles seules provoquer une inflammation; il faut, en outre, admettre l'introduction dans la glande d'un agent capable de déterminer une inflammation avec suppuration ou fonte putride des tissus. Dans les cas de thyroïdites (**strumitis**) survenant dans les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la pyémie, on conviendra sans doute que l'infection doit être considérée dans la règle comme une métastase. Partant de là KOCHER a cherché à prouver que, dans les autres cas aussi, il faut admettre une inflammation métastatique. Quant au point de départ de la métastase, il peut varier beaucoup. Dans un certain nombre de cas dans lesquels des catarrhes gastro-intestinaux avaient précédé l'inflammation de la glande, KOCHER est tenté d'admettre que le tube digestif a été le point d'entrée des substances infectieuses dans le sang, par l'intermédiaire duquel elles arrivent à la glande thyroïde. De même que le tube digestif, d'autres cavités muqueuses en communication avec le monde extérieur peuvent être considérées comme le point de départ de la maladie. Quant à une **thyroïdite spontanée** affectant soit une glande saine, soit une glande déjà altérée (*strumitis*), on ne peut plus l'admettre d'après notre manière de voir actuelle.

Les symptômes de l'inflammation du goitre sont les mêmes que ceux

que nous avons décrits à propos de la thyroïdite. Des troubles respiratoires graves sont souvent le symptôme prédominant.

KOCHER conseille des injections d'acide phénique dans la glande, avant même que l'on y constate la présence du pus. Dès que la suppuration est survenue, si l'abcès est bien limité, et surtout s'il est développé dans un kyste, il faut l'inciser largement et le traiter selon les règles de la méthode antiseptique. Par contre si l'abcès est profond, d'un accès difficile et s'il n'est pas enkysté, KOCHER préfère la ponction et l'aspiration faites avec les précautions antiseptiques, et suivies d'une injection iodée.

Le danger d'asphyxie peut nécessiter la trachéotomie; aussi le malade doit-il être surveillé avec soin. Pour cette opération il faut avoir à sa disposition de longues canules (*voir figure 103*).

#### Anatomie pathologique des tumeurs de la glande thyroïde<sup>1</sup>.

§ 62. — Toutes les altérations de la glande thyroïde que nous avons l'habitude de comprendre sous le nom de goitre, peuvent être ramenées, au point de vue histogénétique, à une **hypertrophie du tissu glandulaire**. La forme de cette hypertrophie est le plus souvent influencée par la tendance particulière de l'albumine contenue dans les follicules à subir la métamorphose colloïde.

Déjà dans une glande thyroïde de volume normal on trouve très souvent une certaine quantité de **substance colloïde**. D'après les recherches de VIRCHOW il est extrêmement probable qu'elle résulte d'une modification chimique de l'albumine contenue dans le follicule. Cette substance consiste tantôt en granulations très petites, à peine visibles, tantôt en masses du volume d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'une noisette; sa couleur et sa consistance rappellent celles de la colle-forte à moitié coagulée. Elle est tantôt incolore, tantôt jaunâtre ou d'un gris pâle, et forme une sorte de gelée visqueuse. Elle peut ne renfermer aucun élément anatomique, ou bien on y constate la présence de **noyaux** et de **cellules**.

Cette dégénérescence colloïde du contenu albumineux des follicules ne suffit pas par elle-même à constituer un goitre. La condition essentielle de l'existence d'un goitre, c'est la **prolifération des cellules du follicule**. Cette prolifération se fait par division des cellules; comme elle est plus active dans certaines parties du follicule que dans d'autres, elle donne lieu à des excroissances en forme de bourgeons, qui après avoir pris un certain développement, se ramifient, s'étranglent pour former de nouveaux follicules. Dès que l'on constate de pareilles altérations, on est en présence d'une hyperplasie de la substance glandulaire, d'un véritable **goitre hyperplasique**. Il ne s'agit pas alors d'une simple augmentation de volume des follicules, mais d'une multiplication de ces derniers.

Les bourgeons solides qui pénètrent dans le tissu interstitiel, se ramifient de plus en plus; le tissu conjonctif peut à son tour être irrité, proliférer et

1. Essentiellement d'après la description de VIRCHOW.

étrangler un certain nombre de bourgeons ; plus tard seulement ces **derniers se creusent d'une cavité et deviennent de véritables vésicules** ; ainsi se trouve constitué le **goître hyperplasique folliculaire**.

Le processus que nous venons de décrire peut être général, ou se limiter à certaines parties de la glande. Lorsque l'hyperplasie affecte des portions isolées de cet organe, la surface de la tumeur est naturellement plus ou moins bosselée ; des nodosités de consistance variable font saillie sur le reste de la glande, qui n'a pas subi d'augmentation de volume. Nous devons faire remarquer, en outre, qu'on observe assez souvent des nodosités paraissant tout à fait détachées de la glande thyroïde ; une partie d'entre elles doivent certainement être mises sur le compte d'anomalies dans le développement embryonnaire. C'est ainsi que se développent les nodosités isolées de la portion pyramidale ; de même les glandes thyroïdes accessoires situées entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, et celles que l'on observe en arrière des lobes latéraux, peuvent être le point de départ de nodosités, qui souvent ont l'apparence de tumeurs isolées. Celles qui sont situées en arrière des lobes latéraux, s'annoncent parfois d'une façon très désagréable par la compression qu'elles exercent sur l'œsophage (voir § 60).

La nodosité du **goître hyperplasique** présente les parties constitutives de la glande que nous avons décrites plus haut, c'est-à-dire des follicules, du tissu conjonctif et des vaisseaux. Suivant que, dans le développement ultérieur de la tumeur, une de ces parties vient à prédominer, on observe trois formes différentes, qui sont les **goîtres folliculaires, fibreux et vasculaires**.

La **forme folliculaire** se distingue par le développement prédominant du tissu folliculaire, tandis que la trame de tissu conjonctif se développe beaucoup moins. Lorsque l'altération est limitée à une portion de la glande, on constate l'existence d'une nodosité très molle, presque fluctuante, offrant à la coupe une teinte jaune grisâtre, mêlée de rouge ; cette nodosité est séparée des tissus voisins par une forte capsule de tissu conjonctif, qui permet d'en pratiquer facilement l'énucléation (**goître enkysté du tissu glandulaire** suivant STROMEYER). Les follicules possèdent un épithélium d'une régularité parfois remarquable ; toutefois cet épithélium n'est pas de longue durée, mais subit volontiers la dégénérescence graisseuse. Souvent on observe des cristaux dans l'intérieur des follicules.

Dans la **forme fibreuse** les follicules peuvent faire entièrement défaut, ou bien il n'en reste que des vestiges sous forme de granulations. Par contre le tissu interstitiel augmente de plus en plus. De larges cloisons blanches de tissu conjonctif traversent l'organe, et dans l'intérieur des nodosités se forment des foyers fibreux denses. Évidemment l'hyperplasie folliculaire constitue le processus primitif, et l'augmentation consécutive, avec induration, du tissu interstitiel, est essentiellement de nature inflammatoire. La nodosité peut devenir très dure, d'une coloration bleuâtre ou blanche, tandis qu'à la périphérie l'hyperplasie folliculaire envahit de nouvelles portions de la glande. Assez souvent le goître fibreux succède dans son développement au goître folliculaire enkysté, mais tandis que ce dernier est mou, le goître fibreux constitue des tumeurs tout à fait dures, lobées ou affectant la forme de nodosités, et intéresse partiellement, dans la plupart des cas, un des lobes de la glande ou les deux lobes en des points identiques.

Dans les parties sclérosées on observe sous le microscope une substance intercellulaire presque homogène avec des dessins en forme de réseaux à mailles plus ou moins larges. Toute la masse s'éclaircit lorsqu'on la traite par l'acide acétique et l'on y trouve alors de petits noyaux allongés. L'image microscopique a beaucoup d'analogie avec celle que donne une coupe du cartilage semi-lunaire de l'articulation du genou. Les follicules font défaut ou n'existent qu'en très petit nombre ; le plus souvent on trouve à leur place de petits amas de granulations graisseuses. Vers la périphérie les follicules reparaissent et forment quelquefois de longues trainées minces, rectilignes, offrant presque l'aspect de canaux. La matière colloïde ou gélatineuse manque totalement, mais plus en dehors se développent souvent des kystes ; cette portion kystique de la tumeur présente une plus grande vascularisation et çà et là de petits foyers hémorragiques.

La forme que nous venons de décrire a été désignée sous le nom de goître squirrheux par les anciens auteurs, et WALTER le considérait comme un cancer. C'est ALBERS qui le premier a distingué une forme fibreuse du goître.

**Forme vasculaire.** Nous avons attiré plus haut l'attention sur la grande richesse vasculaire de la glande thyroïde et la quantité énorme de sang qui circule dans cet organe. Ce sont les vaisseaux qui permettent d'expliquer les augmentations rapides du volume de la glande, telles qu'on les observe, par exemple, sous l'influence de la menstruation. De semblables tumeurs dues à des variations dans la quantité de sang que contient la glande, ne sont pas encore de véritables goîtres ; pour constituer ces derniers il faut qu'il existe, en outre, une hyperplasie folliculaire, et la dilatation vasculaire n'est qu'une particularité du goître (**goître angiectasique**). Cette dilatation varie dans des limites très étendues, et c'est seulement dans les cas où les vaisseaux prédominent fortement que l'on est autorisé à donner à la tumeur le nom de **goître vasculaire**.

Tantôt la dilatation affecte principalement les artères, tantôt elle intéresse surtout les veines. Le **goître anévrismatique** de WALTER est une désignation qui indique une dilatation régulière des artères, soit de l'intérieur de la glande, soit aussi particulièrement des portions extra-glandulaires de ces vaisseaux. Les artères ont un trajet tout à fait tortueux, et elles pénètrent en serpentant, et souvent en forme de tire-bouchons, dans le parenchyme de la glande. La forme et la disposition des vaisseaux ressemblent à celles de l'anévrisme cirsoïde. Tandis que les artérioles et les capillaires sont peu dilatés, les artères, principalement celles qui sont situées en dehors de la glande, prennent souvent des proportions énormes. Mais l'élément folliculaire est toujours nettement représenté dans ces goîtres.

Bien plus fréquemment on observe une dilatation des veines (**goître variqueux**) ; elle complique très souvent les formes molles du goître folliculaire. Ici on constate un état variqueux des petites veines dans l'intérieur des nodosités ; les veines présentent toutes sortes d'ampoules et de poches irrégulières ; cet état des vaisseaux est tantôt général, s'étendant à toute la glande, tantôt limité à une nodosité. Assez souvent les veines extra-glandulaires sont aussi dilatées et sinueuses.

Nous devons encore mentionner ici la forme **amyloïde** du goître. Elle est