

être aussi flasque qu'un ruban. Dans ces conditions, il suffit d'un mouvement de rotation ou d'inclinaison latérale de la tête pour amener une inflexion ou une torsion de la trachée, qui compromettent la continuité de ce conduit et constituent un obstacle à la respiration; il peut même facilement arriver que la trachée soit un moment complètement oblitérée. Mais on ne s'explique pas comment une telle asphyxie, alors même qu'elle ne dure que quelques instants, peut entraîner parfois une mort subite et inévitable. On connaît un certain nombre de cas dans lesquels une simple rotation de la tête, par exemple pendant une syncope ou dans l'anesthésie chloroformique, a été suivie aussitôt de la mort du malade, qu'aucun des moyens employés, y compris la trachéotomie, ne parvenait à rappeler à la vie. ROSE explique ces faits en admettant l'existence d'une **faiblesse du cœur**. Au moment où l'asphyxie est complète, le cœur affaibli s'arrête aussi et n'est plus en état de ramener la circulation. Nous reviendrons plus loin sur les conclusions que l'auteur a tirées de ces observations au point de vue du traitement du goître.

Nous ferons du reste remarquer que la doctrine de ROSE, qui admet l'atrophie graisseuse des cartilages et la transformation de la trachée en un tube mou, n'a pas trouvé jusqu'ici beaucoup de partisans, et que la plupart des chirurgiens s'en tiennent encore à l'hypothèse de l'aplatissement latéral de la trachée (en fourreau de sabre). P. BRUNS, surtout, se basant sur des recherches anatomo-pathologiques, s'est élevé, encore dernièrement, contre cette partie de la doctrine de ROSE.

Les phénomènes de rétrécissement de l'œsophage ont moins d'importance. Ils arrivent rarement à un degré capable de mettre la vie en danger; on en connaît cependant des exemples. Souvent le malade accuse une gêne de la déglutition, une sensation comparable à celle que produirait un bol alimentaire arrêté dans le cou; ces troubles de la déglutition peuvent être produits soit par un gonflement annulaire de la glande thyroïde, soit par la présence d'une nodosité latérale; ils sont surtout très marqués dans les cas de dégénérescence des petits lobules détachés appartenant à la partie postérieure des lobes latéraux.

D'après LUECKE, les phénomènes de compression de l'œsophage sont extrêmement rares. Cet auteur pense que, si l'on observe de ce côté des symptômes sérieux, on doit les attribuer soit à une inflammation du goître, soit à un néoplasme.

Les **phénomènes vasculaires** se manifestent par des troubles circulatoires dus à une compression des veines jugulaires et des carotides. Parfois les symptômes de stase veineuse sont très prononcés. D'autre part la compression de la carotide peut causer une anémie du cerveau, anémie favorisée par l'état de dilatation des artères de la glande tuméfiée, qui reçoivent une quantité plus grande de sang aux dépens des autres branches de la carotide.

Les déplacements particuliers que subissent les gros vaisseaux du cou sous l'influence du goître, ont surtout de l'importance au point de vue opératoire.

Dans les goîtres volumineux, la veine jugulaire interne est habituellement attirée en dedans par les veines thyroïdiennes, tandis que l'artère se déplace en dehors vers le bord postérieur du sterno-cleido-mastoidien et devient quelquefois si superficielle qu'elle se trouve située directement sous la peau dans une certaine étendue (LUECKE).

Enfin on observe aussi quelquefois des signes de compression du vague, du sympathique et du plexus brachial.

§ 64¹. — Le **diagnostic des différentes formes de goître** peut être fait dans la plupart des cas avec une assez grande certitude.

La tuméfaction hypérémiqne simple, telle qu'on l'observe pendant la menstruation, la grossesse, etc., se reconnaît à l'absence d'une tumeur saillante, intéressant une partie ou la totalité de la glande. Le cou paraît seulement plus arrondi; ses dépressions sont effacées.

À la palpation, on reconnaît mieux les contours de la glande qu'à l'état normal, mais la forme et la consistance molle de l'organe ne sont pas altérées. Si l'hypérémie n'entraîne pas à sa suite la formation d'un goître, la forme arrondie du cou ne tarde pas à disparaître le plus souvent.

Le **goître folliculaire**, lorsqu'il intéresse toute la glande, se distingue de la forme hypérémiqne par une consistance plus grande et des limites plus précises.

Plus souvent, le goître n'intéresse qu'une portion de la glande. On trouve alors une ou plusieurs nodosités molles nettement limitées, de forme arrondie, rarement plus grosses qu'un œuf de poule; quelquefois les différentes nodosités sont unies entre elles par des prolongements. D'après LUECKE, dans le goître folliculaire, le cou entier prend une forme plus arrondie à cause de la stase veineuse et de l'augmentation du tissu conjonctif interstitiel; il peut arriver ainsi qu'un goître folliculaire mou, ayant jusqu'au volume d'une noix, soit caché par la tuméfaction générale et passe inaperçu.

Le **goître vasculaire et anévrismatique** est assez peu volumineux et laisse à la glande thyroïde sa forme normale. On réussit, par la pression, à diminuer peu à peu le volume de la tumeur, laquelle revient ensuite, par saccades, à ses dimensions premières. Dans le goître anévrismatique, on observe des pulsations et des bruits vasculaires.

Lorsque le **goître colloïde** occupe toute la glande, il se présente sous la forme d'une tumeur régulière. Les lobes peuvent atteindre jusqu'au volume du poing et davantage; ils sont aplatis et ont une consistance plus ou moins molle, pâteuse.

Le **goître fibreux**, au contraire, a de bonne heure la tendance à faire saillie sous forme de nodosités très dures, qui peuvent se développer

1. Ces remarques sur le diagnostic différentiel sont puisées en partie dans le travail de LUECKE.

dans un lobe ou dans toute la glande, et ont depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf, qu'elles dépassent rarement. Le plus souvent, elles sont mobiles entre elles, et elles tendent à s'isoler presque complètement du reste de la glande, surtout si c'est la forme parenchymateuse qui en a été le point de départ. Ce sont ces nodosités principalement qui, par leur propre poids, descendent peu à peu en arrière de la clavicle et du sternum.

Les gros goîtres fibreux font d'abord saillie latéralement, sous la forme de tumeurs dures et irrégulières. Elles sont également développées des deux côtés ou plus d'un côté que de l'autre. Elles tendent à descendre peu à peu au-devant du sternum, en se créant un pédicule. Ici également les différentes nodosités sont mobiles entre elles.

Un certain nombre de goîtres, surtout les plus volumineux, sont de nature mixte; on y trouve des parties parenchymateuses à côté d'autres de nature fibreuse; souvent aussi ils contiennent de petits kystes. La plupart des goîtres anciens offrent une transformation kystique des formes parenchymateuse et gélatineuse. Les **kystes** pouvant être diagnostiqués varient du volume d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'une tête. Habituellement, ils augmentent lentement de volume; parfois, cependant, des hémorragies leur donnent un accroissement rapide. On peut voir aussi plusieurs petits kystes contigus se fondre en un seul et former ainsi rapidement une grosse tumeur. Les goîtres kystiques conservent toujours une large base et ne possèdent pas de pédicule. Leur diagnostic est tantôt facile, et tantôt présente quelques difficultés lorsque le kyste a de fortes parois et que son contenu s'est épaissi.

Lorsque le kyste est situé profondément dans le tissu mou de la glande, la fluctuation est naturellement difficile à constater. Souvent alors on peut s'aider de la compression latérale du cou; c'est surtout dans la forme désignée par STROMEYER sous le nom de kyste parenchymateux, que la compression latérale chassera le liquide vers la surface et rendra la fluctuation plus évidente. Si malgré cela on reste dans le doute, on aura recours, pour fixer le traitement à suivre, à une ponction exploratrice; mais même la ponction est loin de donner une certitude absolue, car le contenu du kyste, lorsqu'il s'est épaissi, ne s'écoule pas par la canule, ou bien il s'écoule d'abord du sang en si grande abondance qu'on ne sait pas si l'on est entré dans une cavité de la tumeur ou si l'on a piqué un vaisseau. Si l'on veut épargner au malade les inconvénients graves d'une fonte putride de la tumeur, on aura soin de ne se servir pour la ponction que d'instruments parfaitement désinfectés (dans de l'eau bouillante ou dans une solution concentrée d'acide phénique). On peut être aussi dans le doute lorsque des nodosités isolées se développent dans des endroits insolites. C'est ainsi qu'une nodosité isolée dans le lobe médian ou au dessous de l'os hyoïde peut créer parfois des difficultés de diagnostic insurmontables; de même on ne réussit pas toujours à poser le diagnostic d'un goître rétro-sternal isolé, bien qu'il s'accompagne de symptômes graves d'asphyxie. Ici la tumeur ne s'élève que dans les mouvements rapides de déglutition et de

respiration; il est donc nécessaire de faire exécuter ces mouvements si l'on veut poser un diagnostic sûr.

§ 65. — On observe habituellement le goître à l'état **endémique**. Cependant on a aussi décrit des **épidémies** de goîtres, affectant principalement des individus jeunes venant de pays où cette maladie est inconnue, s'établir dans des contrées où elle est endémique, surtout s'il existe en même temps des causes prédisposantes. Le plus souvent, le goître aigu épidémique a été observé chez les soldats ou dans les écoles. On rencontre aussi le goître à l'état **sporadique** dans les contrées qui en sont habituellement indemnes. Quant à ce qui concerne l'**étiologie**, nous distinguons, avec VIRCHOW, des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Le jeune âge en général, et en particulier l'époque de la puberté chez la femme, constituent certainement une cause prédisposante. Il en est de même de la grossesse. Il n'est pas rare non plus d'observer des tumeurs congénitales de la glande thyroïde, tumeurs que nous avons décrites plus haut, et il est certain que le goître est héréditaire dans beaucoup de familles.

D'autre part, il existe, sans aucun doute, des **causes déterminantes** capables de provoquer le développement du goître; ce sont avant tout des **causes endémiques**. Dans certaines régions, parfois très bien limitées, nous voyons le goître affecter presque tous les habitants. Le plus souvent cette maladie règne dans les vallées élevées et très étroites; cependant on l'observe aussi à l'état endémique dans des contrées basses, situées au bord d'un fleuve et sujettes à de fréquentes inondations. Sans doute il faut chercher la cause du goître dans des **conditions telluriques** encore mal connues. Habituellement on accuse les eaux potables, soit que certaines substances y fassent défaut, soit que d'autres substances y soient en excès (chaux, magnésie, etc.). Un fait certain, c'est que, dans la grande majorité des régions peuplées de goitreux, les **sels magnésiens** dominent dans la constitution du sol. Souvent aussi on a cherché la cause du goître dans la quantité d'air que l'eau contient. Nous ne voulons pas insister sur ces différentes causes; de même nous ne disons que deux mots de la fréquence frappante du **crétinisme** et de ses rapports avec le goître dans les contrées où ce dernier est endémique. Pour de plus amples détails, nous renvoyons le lecteur à l'excellente monographie de LUECKE; cet auteur attribue à une cause de nature miasmatique, et probablement parasitaire, le développement du goître et du crétinisme, et KLEBS a cherché dernièrement à donner à cette hypothèse une base expérimentale.

Nous ne savons, par contre, que fort peu de choses des autres causes du goître; nous ne nous permettons pas de décider si des traumatismes ou des refroidissements peuvent en être vraiment le point de départ.

Le **pronostic** du goître doit être assez variable, à en juger par la di-