

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU CORPS THYROÏDE.

1° Congestion.

La congestion du corps thyroïde, signalée par les anciens, a été l'objet d'une étude spéciale de la part de Bach, de Guyon et de Virchow.

BACH, *Congestion du corps thyroïde* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIX, p. 345). — F. GUYON, *Archives de physiologie*, 1868, t. I, p. 55 et 1870, t. I, p. 167. — VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 215.

ÉTIOLOGIE. — La vascularité même du corps thyroïde explique les congestions fréquentes dont cette glande est le siège.

Celles-ci s'observent surtout chez les sujets atteints d'hypertrophie de l'organe, et à ce titre elles doivent être étudiées comme une des complications du goître; mais elles se produisent aussi en dehors de tout état pathologique antérieur de la thyroïde. Elles reconnaissent alors pour origine certaines circonstances physiologiques, ou bien encore des causes accidentelles, ou enfin, diverses maladies dont l'influence paraît aujourd'hui démontrée.

Les transformations qu'entraîne l'établissement de la vie sexuelle de la femme déterminent souvent un afflux sanguin plus actif vers la glande thyroïde. On a vu des femmes dont le corps thyroïde devenait le siège d'un gonflement passager à chaque période menstruelle. Les rapports sexuels auraient peut-être une influence semblable, si l'on s'en rapporte à la coutume ancienne, par laquelle on constatait, en mesurant la circonférence du cou des nouvelles mariées, la perte de leur virginité. Mais c'est principalement la grossesse qui modifie profondément la circulation thyroïdienne. Guyon, A. Ollivier (1), Lawson Tait (2) ont réuni un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de cette remarque, due à Paul Dubois, Ferrus et Natalis Guillot.

L'effort prolongé, l'effort muet principalement, peut aussi déterminer la congestion momentanée de cette glande. Guyon a noté l'accroissement rapide de volume du corps thyroïde pendant les efforts de l'accouchement; dans un cas, il l'a constaté chez un blessé qui était tombé d'une certaine hauteur, et il croit pouvoir attribuer ce phénomène aux efforts qui avaient accompagné la chute. Quoi qu'il en soit, l'influence de l'extension forcée du cou, celle des liens ou des pièces de vêtements qui opposent un obstacle au retour du sang dans la région sous-hyoïdienne, ne sont pas contestables.

(1) *Sur les maladies chroniques d'origine puerpérale* (*Archives gén. de méd.*, janv. 1873).

(2) *Enlargement of the thyroid Body in pregnancy* (*Edinburgh Med. Jour.*, mai 1875).

Parmi les affections qui déterminent une turgescence vasculaire momentanée du corps thyroïde, nous devons noter surtout la fièvre intermittente; Riebuyek (1) et Francesco Greco (2) ont observé deux fois, dans le cours des fièvres de malaria, un gonflement notable du corps thyroïde, qui se produisit en même temps que l'augmentation de volume de la rate, et céda, comme elle, à l'administration du sulfate de quinine.

D'autre part, Houel rapporte, d'après Bach (de Strasbourg), deux faits qui ont permis de constater, par l'autopsie, la tuméfaction congestive du corps thyroïde. Dans le premier cas, celle-ci était due à l'asphyxie, résultat d'un travail trop prolongé chez le nouveau-né; dans le second, elle s'était produite après des attaques d'éclampsie, chez une femme qui mourut dans cet état convulsif. Quant au gonflement de la thyroïde, que l'on remarque dans le cours de la variole, et sur lequel Liouville a fait, à la Société de biologie, une intéressante communication, il paraît devoir être attribué à un véritable travail inflammatoire.

SYMPTOMATOLOGIE. — La congestion du corps thyroïde se révèle par un gonflement plus ou moins considérable de la région sous-hyoïdienne. La tuméfaction profonde, de consistance égale, rappelle, par sa forme, celle de l'organe qui en est le siège; la tumeur, comme la thyroïde normale, accompagne les voies aériennes dans le mouvement d'ascension que leur impriment les efforts de déglutition. Elle ne présente ni chaleur, ni rougeur; elle n'est le siège ni de battement, ni d'aucune sensation douloureuse.

Son caractère essentiel est sa durée passagère. Elle se produit en un temps qui varie de quelques heures à quelques jours, et disparaît rapidement avec la cause qui l'a produite. Si néanmoins celle-ci persiste, la turgescence vasculaire peut jouer, ainsi que nous le verrons, un rôle important dans le développement ultérieur d'un goître parenchymateux.

Quand la congestion est portée à un très-haut degré, il peut se faire des ruptures vasculaires, et, par conséquent, des extravasations sanguines dans le tissu glandulaire; ce sont des apoplexies thyroïdiennes. On voit, surtout alors, apparaître une gêne de la respiration qui peut aller jusqu'à la suffocation. Mais il est rare que ces accidents se produisent si le corps thyroïde n'était pas depuis longtemps affecté d'hypertrophie. Dans ce cas seulement, le pronostic de la congestion devient sérieux, et cette affection réclame parfois un traitement autre que celui qui consiste à éloigner la cause qui l'a produite.

(1) *Recueil de mémoires de médecine et pharmacie militaires*. 1871, p. 60.

(2) *Il Morgagni*, anno XIV, disp. VIII^e et IX^e, 1872, p. 653.

2° Inflammation (thyroïdite).

L'inflammation du corps thyroïde a été désignée sous le nom de *goître aigu*, de *goître inflammatoire*, de *thyroïdite*. Ce dernier terme est le seul qui doit être conservé.

Sacchi pensait avoir le premier décrit cette affection et quelques-unes des complications qui l'accompagnent; des observations importantes en avaient été publiées par Cruveilhier et Velpeau; enfin les traités classiques de Vidal et de Nélaton avaient brièvement esquissé son histoire; mais c'est à Bauchet que revient le mérite d'avoir tracé un tableau complet de la thyroïdite. Depuis lors, quelques nouvelles observations sont venues confirmer sa description et en combler les lacunes; nous citerons seulement celles de Lebert, de Ribéri, de Lœwenhardt et de Laure.

SACCHI, *Mémoires et observations sur les diverses altérations du corps thyroïde* (Ann. univ. di med., décembre 1832, et Arch. génér. de méd., 1833, 2^e série, t. II, p. 246). — LÖWENHARDT, *Inflammation et gangrene du corps thyroïde*, (Med. Zeit. v. Preuss, 1843, n^o 13, et Arch. génér. de méd. 1844, 4^e série, t. V, p. 215). — BAUCHET, *Thyroïdite et goître enflammé* (Gaz. hebdom., 1857, p. 19). — RIBÉRI, *Trois cas d'abcès de la glande thyroïde ouverts dans la trachée, guérison* (Soc. de chirurgie, 1855-56, p. 436). — LAURE, *Thyroïdite suivie de mort* (Soc. des sciences de Lyon, janvier 1873).

L'inflammation du corps thyroïde peut atteindre l'organe sain ou préalablement affecté de goître; ce dernier cas est infiniment plus fréquent que le premier. Elle peut être *aiguë* ou *chronique*; la thyroïdite chronique ne survient que comme un épiphénomène de l'évolution hypertrophique de la glande.

a. Thyroïdite aiguë.

ÉTIOLOGIE. — Les causes *prédisposantes* de la thyroïdite sont les mêmes que celles qui déterminent la congestion de la glande thyroïde.

Le sexe féminin surtout y paraît prédisposé. Parmi les observations qu'il a réunies, Bauchet n'a noté qu'un cas où un homme ait présenté cette affection. On ne sait rien de certain sur l'influence de la menstruation et de la grossesse.

L'existence d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence du tissu thyroïdien est, de toutes les prédispositions, la plus efficace; cela tient autant au volume plus considérable de l'organe qui l'expose davantage au traumatisme, qu'aux fluxions dont il est le siège, et même à l'action irritante de certains produits pathologiques. Celle-ci est indiscutable dans les quelques faits où la suppuration s'est produite dans un cancer encéphaloïde du corps thyroïde.

Certaines maladies générales favorisent le développement d'une thyroïdite. Dans un cas publié par Laure, la suppuration thyroïdienne était manifestement d'origine puerpérale. Nous avons déjà cité l'intéressant travail de Liouville (1), où il pose en principe l'existence d'une *thyroïdite varioleuse*; c'est principalement dans les cas graves qu'il a vu se produire les lésions inflammatoires; démontrées par l'autopsie et confirmées par l'examen microscopique.

Bauchet émet l'opinion que les professions pénibles prédisposent à la thyroïdite. Il n'y a rien de démontré à cet égard, non plus que sur l'influence du climat, de l'alimentation, de l'hérédité.

La cause *déterminante* échappe souvent à toute recherche. Un refroidissement, un écart de régime, un traumatisme, ont été parfois le point de départ de la thyroïdite.

Les épanchements sanguins dans le parenchyme thyroïdien, qu'ils soient provoqués par un coup, par un froissement de l'organe, ou qu'ils soient spontanés, déterminent des inflammations qui passent même parfois à la suppuration.

Enfin les ponctions pratiquées dans un but chirurgical, et les injections irritantes, soit dans un kyste, soit dans le parenchyme même de l'organe, ont été souvent suivies de thyroïdite. Luton, dans un cas d'injection interstitielle, Velpeau, à la suite d'une injection dans un kyste, ont vu leurs malades enlevés par une thyroïdite suppurée.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur est le premier phénomène qui révèle l'invasion de la thyroïdite. Elle siège au-dessous du larynx, le plus souvent sur une des faces latérales de la trachée ou sur toutes les deux à la fois, mais rarement sur la ligne médiane. Elle occupe d'ailleurs presque toute la région sous-hyoïdienne, et elle s'exagère par la pression, par les mouvements spontanés ou communiqués, et surtout par l'extension du cou. Les malades fléchissent légèrement la tête, appuyant en général le menton avec leurs mains, afin de relâcher les muscles antérieurs du cou. La déglutition est également douloureuse, mais la voix n'est pas altérée dans son timbre, comme elle l'est dans les affections inflammatoires de l'arrière-bouche ou du larynx.

Presque en même temps que la douleur, la fièvre s'empare du malade; elle s'accompagne de céphalalgie, d'inappétence, et d'une soif d'autant plus pénible que le malade craint de la satisfaire.

La tuméfaction n'apparaît qu'au bout de douze, de vingt-quatre, de trente-six heures même (Bauchet). Elle reproduit assez exactement la forme du corps thyroïde, efface le creux qui, à l'état normal, sépare les deux bords internes des sterno-mastoïdiens et soulève la peau qui est tendue et luisante.

La palpation permet de circonscrire la tuméfaction, de s'assurer des connexions qu'elle affecte avec la trachée, de constater en même temps

(1) Mém. Soc. de biologie, 1870, 5^e série, t. II, p. 91.

la chaleur qui, en général, l'accompagne. Enfin, en engageant le malade à boire, on voit la tumeur se déplacer avec le larynx pendant la déglutition.

Le goître aigu dure en général un ou deux septénaires : « La tumeur, dit Bauchet, paraît dès le second ou le troisième jour, grossit du troisième au cinquième et sixième jour : puis, si la suppuration ne survient pas, elle diminue à partir de ce moment et disparaît du quinzième au vingtième jour à peu près. Pendant la première période, les symptômes vont en s'aggravant ; ils restent stationnaires pendant un jour ou deux, puis ils disparaissent plus ou moins vite suivant les sujets, suivant le traitement qui a été mis en usage. »

C'est la terminaison par résolution que tous les auteurs notent comme étant la plus fréquente. Pourtant on peut observer la suppuration et le passage de l'inflammation à l'état chronique.

La suppuration s'annonce par ses symptômes habituels : augmentation de la fièvre, frissons irréguliers, douleurs pulsatiles, rougeur et amincissement de la peau. La fluctuation n'est guère manifeste que du quinzième au vingtième jour, et encore éprouve-t-on dans sa recherche de grandes difficultés qui tiennent moins à la douleur provoquée par les explorations qu'à la dyspnée qui existe souvent et que toutes les pressions exagèrent. La peau s'amincit bientôt et, dans les cas favorables, se perfore. Mais en général la poche ne revient que difficilement sur elle-même, et il y a une tendance manifeste à la production d'une fistule très-rebelle.

Dans certains cas, une crépitation fine, perçue par la main qui recherche la fluctuation, indique que des gaz se sont développés dans l'abcès même avant son ouverture ; ils se produisent surtout quand c'est un épanchement sanguin qui a suppuré.

Lorsque l'inflammation est très-violente, elle peut entraîner la mortification de la thyroïde entière. Cette terminaison par gangrène, signalée par Lœwenhardt et par Laure, s'accompagne généralement d'un phlegmon diffus profond ou superficiel du cou.

Quand l'inflammation ne se résout pas franchement, et que pourtant la suppuration ne se produit pas, il y a passage insensible de la thyroïdite à l'état chronique.

En général, on peut dire que la marche et la durée de la maladie varient suivant qu'elle est plus ou moins franchement inflammatoire. La terminaison est d'autant plus heureuse que la maladie a marché plus vite ; la résolution arrive d'autant plus facilement que la thyroïdite a été plus aiguë (Bauchet).

COMPLICATIONS. — La mort peut survenir par le fait de la compression des voies aériennes due à l'augmentation rapide du volume de la glande, ainsi que Lebert, Risdon Bennet et Virchow l'ont observé. Il faudra redouter cette terminaison lorsque l'on verra la dyspnée se produire et s'accroître, et surtout lorsqu'il survient des accès de suffocation.

Ce danger n'est guère à craindre que dans le cas de thyroïdite entée sur un goître volumineux. Virchow a pourtant vu cet accident se produire et entraîner une mort rapide, malgré la trachéotomie, chez un militaire qui avait été quelques années auparavant atteint d'un goître épidémique, lequel avait disparu complètement au moment où il fut pris de thyroïdite.

Cruveilhier considère la grande vascularité du corps thyroïde comme une prédisposition à la phlébite qui compliquerait parfois ses inflammations.

C'est surtout à la suite de la suppuration que l'on voit survenir de graves complications. Le pus, au lieu de se réunir en foyer, prend parfois les caractères d'une suppuration diffuse, envahissant le tissu cellulaire lâche qui environne le corps thyroïde et la trachée. Bauchet pense que cette péri-thyroïdite diffuse peut même se produire sans que le corps thyroïde soit d'abord le siège de la suppuration : celui-ci joue alors le rôle d'une épine inflammatoire, comme les ganglions chroniquement engorgés dans le tissu cellulaire où ils déterminent la péri-adénite. Quoi qu'il en soit, ces suppurations ont une tendance extrême à fuser au loin et à envahir le médiastin ; Werner en cite un intéressant exemple.

Dans d'autres cas, l'abcès, au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, perfore les canaux naturels qui avoisinent le corps thyroïde, l'œsophage, le pharynx, mais surtout la trachée. Cette complication s'annonce par de redoutables accès de suffocation, suivis de l'expulsion, dans des efforts de toux, d'une notable quantité de pus. Il est étrange de voir que, malgré sa gravité apparente, cet accident ne soit pas toujours mortel ; Riberi a rapporté trois cas d'abcès de la thyroïde ouverts dans la trachée, et suivis de guérison.

Enfin, la suppuration de la thyroïde enflammée peut donner lieu à la formation d'une poche à parois épaisses, rigides, quelquefois incrustées de dépôts calcaires (Gosselin), qui n'a aucune tendance à revenir sur elle-même et où le pus stagne et se putréfie ; elle communique avec l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux.

DIAGNOSTIC. — Il sera souvent difficile de décider si l'on a affaire à la congestion ou à l'inflammation du corps thyroïde. Ces deux affections se développent dans les mêmes circonstances, s'accompagnent à peu près des mêmes phénomènes, et la première est souvent le prélude de l'invasion de la seconde. Le critérium le plus sûr dans ce cas est l'élévation de la température ; la congestion peut s'accompagner de quelques phénomènes cérébraux dus à la circulation plus active dans les carotides et simulant l'agitation fébrile, mais elle ne saurait produire une augmentation de la chaleur appréciable au thermomètre.

La suppuration devra être reconnue de bonne heure. Comme la fluctuation est obscure et difficile à saisir en raison de la disposition ana-

tomique de l'organe qui fuit sous les doigts, il faudra fixer celui-ci avec les mains pour la constater. On se rappellera que la fluctuation n'apparaît guère que du quinzième au vingtième jour, qu'elle est précédée de frissons, et qu'on voit en même temps survenir une rougeur manifeste de la peau.

Quand la thyroïdite a de la tendance à se compliquer de phlegmon diffus, l'œdème profond, la rougeur mal circonscrite de toute la région sous-hyoïdienne, et principalement l'aggravation de l'état général, suffisent pour donner l'éveil. Si le pus se fraye un chemin vers la trachée, l'extrême degré de la dyspnée pourra seul faire prévoir l'ouverture de l'abcès dans cet organe: celle-ci ne sera reconnue que par l'expectoration subite d'une certaine quantité de pus phlegmoneux.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la thyroïdite, quoique généralement sans gravité, doit être réservé, surtout quand l'inflammation envahit un goître préexistant, qui gênait déjà plus ou moins la respiration; quand elle se développe chez des individus faibles, ou cachectiques, ou soumis à l'influence d'une cause générale, telle que l'état puerpéral. La suppuration augmente beaucoup la gravité du pronostic, car elle entraîne le plus grand nombre des complications que nous avons mentionnées; elle nécessite un traitement chirurgical qui n'est pas sans dangers; elle laisse enfin souvent après elle des fistules persistantes.

TRAITEMENT. — Les indications, au début, sont de combattre le travail inflammatoire et d'éviter la suppuration. On y répondra par les émissions sanguines locales, les dérivatifs, les purgatifs légers et répétés; enfin, si les douleurs sont vives, on prescrira l'emploi des opiacés. Le cou sera recouvert avec des cataplasmes, on y joindra les frictions faites avec l'onguent napolitain belladonné.

Si les phénomènes inflammatoires se prolongent, il ne faut pas hésiter à recourir à l'application répétée de vésicatoires volants sur le devant du cou.

On pourra favoriser le travail de résolution par des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium ou à l'iodure de plomb. Ce traitement doit être suivi jusqu'à ce que toute trace de tuméfaction inflammatoire ait disparu.

Quand le pus est formé, il faut de bonne heure lui donner issue. On se guidera, pour cela, sur l'adhérence, la rougeur de la peau, la fluctuation. Bauchet conseille d'éviter ici les larges incisions; nous ne voyons pas de raison pour déroger aux règles générales qui doivent présider à l'ouverture des abcès profonds dans une région où la stagnation du pus et la propagation au tissu cellulaire sont à craindre. L'hémorrhagie même est bien moins redoutable quand au moyen d'une large incision on peut reconnaître sa source.

Les principales complications, l'imminence de la suffocation, la suppuration diffuse, réclament un traitement énergique. On verra, à propos du traitement des tumeurs du corps thyroïde et de leurs complications,

quelles sont en pareil cas les indications de la trachéotomie, et quelle confiance on peut avoir en cette ressource. La suppuration diffuse et les fusées purulentes doivent être traitées comme les abcès profonds du cou.

Quant aux fistules, elles menacent parfois d'entraîner l'hecticité et la mort du malade, ainsi que Gosselin en cite un exemple. On aura donc recours contre elles aux injections désinfectantes, aux cautérisations, au débridement de l'orifice cutané. Souvent elles résistent à ces moyens de traitement; leur extirpation offrirait alors quelques chances de guérison radicale, mais leur adhérence, celle de la poche suppurée au tissu thyroïdien, transforme cette opération en une véritable extirpation de la thyroïde. On pourrait peut-être placer les suppurations interminables qu'entretiennent ces trajets fistuleux au nombre des indications de cette opération.

b. Thyroïdite chronique.

La description anatomique de cette variété d'inflammation est celle de l'induration fibreuse de la thyroïde, de ce que nous appellerions le *goître fibreux*. La cause qui lui donne naissance a été bien étudiée par Bach, quoiqu'il n'ait pas très-nettement caractérisé sa nature inflammatoire. C'est l'irritation des travées conjonctives du corps thyroïde qui lui donne naissance; celle-ci est produite, ou par le passage d'une thyroïdite aiguë à l'état chronique, ou par le travail phlegmasique qui entoure les foyers apoplectiques, ou par des causes accidentelles et des opérations de diverses natures. Quelquefois elle paraît survenir spontanément dans un goître hyperplasique. Comme on le voit, cette inflammation n'envahit jamais qu'un corps thyroïde déjà affecté d'hypertrophie.

Voici, du reste, comment Bach décrit le processus dont les résultats seront étudiés avec plus de détails à l'occasion du goître fibreux :

« Le noyau apoplectique, au lieu de donner naissance à un kyste, peut se comporter d'une manière toute différente, et déterminer la formation de tissu de cicatrice dans lequel on ne trouve ni vaisseaux ni cellules : c'est du tissu fibreux élémentaire.

» Sa couleur est jaunâtre, son apparence nacré; il existe sous forme de noyau en un point quelconque de la glande, mais surtout à sa partie postérieure; de ce noyau partent des prolongements qui se rendent dans diverses directions.

» Le tissu de cicatrice du goître se comporte comme le tissu de cicatrice superficiel : il est soumis à la rétraction, de sorte que ces goîtres se rétractent sur eux-mêmes pour devenir plus durs. Le tissu de cicatrice par continuité de tissu avec la membrane d'enveloppe qui s'attache à l'os hyoïde et aux aponévroses transverses, fait, dans ce cas, l'office d'un cordon, et détermine des accidents de compression sur la trachée. »

C'est à cette variété de goître que Chassaignac a donné le nom expressif de *goître contracteur*. Tout un tableau clinique est tracé par ce mot ; on trouvera, d'ailleurs, les signes et la marche de cette variété de thyroïdite décrits avec les complications du goître.

3° Tumeurs.

La plus grande confusion règne dans la classification et la dénomination des tumeurs du corps thyroïde. Certains auteurs y rangent toutes les affections vitales de cet organe, s'appuyant sur ce fait que presque toutes elles s'accompagnent d'augmentation de son volume. La congestion de la thyroïde, son inflammation, les diverses dégénérescences dont son tissu est le siège, ont été rangées parmi les tumeurs. C'est là un abus évident d'un terme mal défini, mais qui ne peut s'appliquer qu'aux affections où l'augmentation du volume est le phénomène primordial et constant, et le caractère principal de la lésion. Dans la thyroïdite, dans les dégénérescences cirreuse ou tuberculeuse du corps thyroïde, le gonflement peut ne point exister, ou ne se montrer que d'une manière passagère ; il n'a plus alors que la valeur d'un symptôme.

Il en est tout autrement des affections constituées par une hyperplasie des éléments de la glande ; le travail pathologique, qu'il aboutisse à la formation d'éléments semblables à ceux qui préexistaient dans l'organe, qu'il détermine la production de tissus répondant à un type différent du type originaire et normal de la région, se manifeste dès l'abord par l'augmentation du poids et du volume qui sont le résultat de l'accroissement numérique des éléments. Alors même que le processus s'arrête, ses produits persistant, le gonflement reste permanent et justifie le nom de tumeur que l'on donne à l'organe ainsi modifié.

On a classé les tumeurs du corps thyroïde d'après la variété de la lésion et son siège ; Alphonse Sanson, en adoptant cet ordre dans la description qu'il fit des tumeurs de la thyroïde, les divisa en cinq classes principales. Mais cette distinction purement anatomique ne correspond point aux variétés que l'on reconnaît en clinique. On peut en dire autant de la classification de Bach, qui, suivant que le point de départ des tumeurs lui paraissait être les vaisseaux, le tissu cellulaire ou le tissu glandulaire, avait distingué des goîtres vasculaires parenchymateux, des goîtres glandulaires parenchymateux, des goîtres cellulaires.

Houel s'est placé à un tout autre point de vue, quand, dans sa thèse d'agrégation, il a proposé la division suivante des tumeurs, division basée sur la nature de leur contenu. Il reconnaît :

1° Des tumeurs gazeuses ou emphysémateuses ; 2° des tumeurs solides ou concrètes ; 3° des tumeurs liquides ou kystes.

Cette classification, si différente des précédentes, a néanmoins les mêmes inconvénients : elle réunit dans un même article l'hypertrophie simple et le cancer de la thyroïde ; le goître kystique et les kystes hyda-

tiques ou purulents, et sépare des lésions qui souvent coexistent et sont presque toujours le résultat d'un même processus, par exemple, le goître kystique et le goître hypertrophique.

Il est préférable de tracer d'abord une ligne de démarcation bien marquée entre les tumeurs d'origine hypertrophique, qui constituent l'immense majorité des tumeurs du corps thyroïde, et le cancer de cet organe, qu'il soit primitif ou secondaire. Entre ces deux variétés de tumeurs si différentes, il faudra mentionner quelques productions plus rares, telles que les kystes hydatiques, les tumeurs gazeuses de cet organe, si même on doit en admettre l'existence.

- A. SANSON, *Les tumeurs du corps thyroïde et leur traitement*, thèse pour le professorat à Strasbourg, 1841. — MICHAUX (de Louvain), *Note sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou* (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XI, p. 668), 1851-52. — J.-A. BACH, *Anatomie pathologique des différentes espèces de goître* (*Mém. Acad. de méd.*, t. XIX, p. 338), 1855. — CH. HOUEL, *Des tumeurs du corps thyroïde*, thèse d'agrégation, Paris, 1860. — F. OCANA, *Du goître cystique*, thèse de Strasbourg, 1868. — R. VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 195.
- BONNET, *Mém. sur les goîtres qui compriment et déforment la trachée* (*Gaz. méd.*, 1851, n° 48, 49, 50 et 51). — THELLIEZ, *Compression des organes du cou par les tumeurs de la glande thyroïde*, thèse de Paris, 1862. — HECKER, *Asphyxie eines Neugeborenen durch Struma congenita bedingt* (*Monatschr. f. Geburtshk.*, XXXI, 2 et 3, p. 199, 1868). — L. TÜRK, *Compressionsstenosen der Luftröhre* (*Klinik d. Krankh., d. Kehlkopfes u. d. Luftröhre*, p. 493-542). — CHABOUREAU, *Du goître suffocant*, thèse de Strasbourg, 1869. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 25 octobre 1848, 29 juin 1870, etc.
- F. E. FODERÉ, *Traité du goître et du crétinisme*, Paris, 1800. — J. BRUNIER, *Considér. génér. sur le goître endémique*, Paris, 1804. — DEMME, *Ueber endemischen Cretinismus*. Berne, 1840. — *Rapport de la Commission créée par S. M. le roi de Sardaigne pour étudier le crétinisme*. Turin, 1848. — MARC D'ESPINE, *Rapport sur l'ouvrage précédent* (*Gaz. méd. de Paris*, juin, 1850). — FERRUS, *Mém. sur le goître et le crétinisme*. Paris, 1851. — *Discussion à l'Acad. de méd. sur le goître et le crétinisme*. Paris, 1851. — NIEPCE, *Traité du goître et du crétinisme*. Paris, 1851-52. — G. TOURDES, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 24 nov. 1852. — J. GUGGENBUHL, *Die Heilung und Verhütung der Cretinismus und ihre neuesten Fortschritte*. Berne et Saint-Gall, 1854. — BOUDIN, *Géographie et statistiques médicales*. Paris, 1857, t. II, p. 405. — MAUMENÉ, *Rech. expériment. sur le goître* (*Acad. des sciences*, 19 février 1866). — SAINT-LAGER, *Études sur les causes du goître endémique*. Paris, 1867. — HAHN, *Influence de la tension du cou sur la production du goître* (*Acad. des sciences*, oct. 1869). — GUYON (*Arch. d. Phys.*, 1807, n° 1, p. 157). — *Nouveaux documents sur le goître aigu dans l'armée* (*Rec. des mém. de méd. et pharm. militaires*, 1859, 3^e série, t. II, p. 82). — A. SAILLARD, *Du goître épidémique*, thèse de Paris, 1865. — THIBAUD, *Du goître épidémique*, thèse de Paris, 1867. — NIVET, *Du goître épidémique*, thèse de Paris, 1873.

A. — Tumeurs d'origine hypertrophique.

Nous réservons à ces tumeurs le nom de *goître*, sous lequel elles sont connues depuis Fabrice (de Hilden), et qui paraît venir du mot néo-latin *gutturousus*.

Cependant, pour beaucoup d'auteurs, toute tumeur du corps thyroïde est un goître, et, dans un essai récent de classification, Bauchet a même proposé de ranger sous ce nom toutes les affections de cette glande, depuis la thyroïdite, dont il faisait le *goître aigu*, jusqu'au cancer, auquel il donne, avec bien d'autres auteurs, le nom de *goître cancéreux*.

Le mot de goître, comme toutes les expressions consacrées par un long usage, doit être conservé : mais il ne peut être employé que pour désigner ce que tous les auteurs classiques décrivent sous ce nom : le goître *hypertrophique, solide ou liquide*, ou, à la fois *solide et liquide*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — La distinction du goître en *goître solide* et en *goître liquide*, en *goître parenchymateux* et en *goître kystique*, si importante au point de vue clinique, n'est pas justifiée par l'anatomie pathologique et par la pathogénie de cet ordre de tumeurs.

Le goître se présente sous un grand nombre de formes anatomiques, et les différences qui les séparent ont donné lieu à des descriptions où chaque variété anatomique est considérée comme le résultat d'un travail pathologique spécial bien distinct de celui qui donne naissance aux autres variétés. Mais, dans ces derniers temps, on a saisi le lien qui rapproche les lésions en apparence les plus différentes, et l'on est arrivé à la conception d'un processus unique, quoique aboutissant à des terminaisons variables. Ce résultat, acquis par l'examen de séries de pièces où l'altération se présentait à tous les stades de son évolution, s'est trouvé confirmé par l'étude microscopique.

Les travaux les plus modernes, les recherches de Boéchat (1) et de Ranvier doivent faire considérer le corps thyroïde comme une glande à vésicules closes ; mais ces vésicules closes sont en communication multiple les unes avec les autres, et forment, par leur ensemble, plutôt un système de canaux ampullaires ramifiés, qu'une agglomération de cavités sphériques, indépendantes les unes des autres. Un épithélium, formant une seule couche de cellules partout continues, constitue la paroi de ces vésicules.

Cette partie, en quelque sorte glandulaire, est entourée par du tissu fibro-cellulaire, qui forme à la thyroïde une véritable membrane d'enveloppe, analogue à la capsule de Glisson : la partie profonde de cette capsule fournit des prolongements qui divisent la glande en un certain nombre de lobules, et séparent plus ou moins complètement chaque vésicule des vésicules voisines.

A la substance glandulaire et à la trame il faut ajouter enfin les éléments accessoires, tels que les vaisseaux sanguins, et surtout les réseaux lymphatiques, qui étreignent la substance glandulaire dans leurs mailles, et dont Fray et Boéchat ont fait une description très-exacte.

Un intérêt tout particulier s'attache à la considération du contenu des

(1) *Recherches sur la structure normale du corps thyroïde*. Paris, 1873.

vésicules ; chez le fœtus à terme et chez l'enfant, il est déjà constitué en bonne partie par une substance qui, au point de vue de la consistance et de la coloration, a une grande analogie avec la colle-forte. Quelle que soit l'origine de cette matière colloïde, elle constitue, chez l'adulte, le contenu de la grande majorité des vésicules ; elle peut même former de petites masses gélatineuses ou mélicériques, parfaitement visibles, et occuper une notable partie de la glande sans qu'il y ait tuméfaction de cet organe. Pour Virchow, elle est constituée par une modification particulière de l'albumine, donnant lieu par décomposition à des produits solubles et à des produits insolubles. Les recherches de Hoppe-Seyler (1) ont confirmé cette opinion.

Le tissu propre du corps thyroïde a une couleur variable, tantôt lie de vin plus ou moins foncé, tantôt jaunâtre ; sa consistance donne, au contact, la sensation de granulations. Son poids moyen est de 22 à 24 grammes, suivant Sappey, de 33 d'après Meckel. Toutes les fois qu'il excédera ces proportions, on pourra considérer la glande comme hypertrophiée.

L'hypertrophie peut envahir la totalité de la glande ou n'atteindre que quelques-uns de ses lobules. Dans le premier cas, la forme générale de l'organe est plus ou moins conservée ; dans le second, il se produit des tumeurs qui paraissent souvent indépendantes du corps thyroïde (2). De ce nombre sont les goîtres qui se développent aux dépens du processus pyramidal, et surtout de son sommet. Virchow cite également la partie postérieure des cornes latérales, qui sont souvent le siège de petites tumeurs arrondies, du volume d'un pois, ne se reliant à la glande que par quelques tractus d'un tissu conjonctif lâche, et ayant l'aspect de petits ganglions lymphatiques. Ces tumeurs sont quelquefois assez éloignées de la glande qui leur a donné naissance ; le pédicule long et grêle qui leur donne attache est, d'après Poland, fréquemment traversé par des vaisseaux d'assez gros calibre.

Quand le travail pathologique est uniforme, la surface de la tumeur est assez lisse ; quand il s'effectue d'une manière irrégulière, la glande

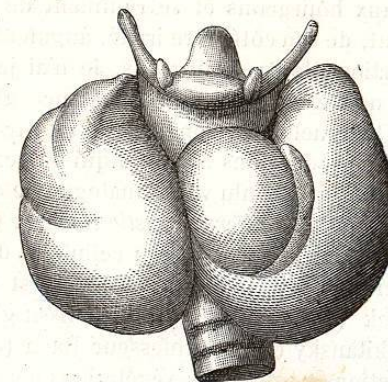


FIG. 20. — Goître.

(1) *Ueber die Extravasate der Kropf-Cysten* (Virchow's Archiv, 1863, XXVII, p. 392-394).

(2) Rendu, *Kyste dépendant du corps thyroïde indépendant des mouvements de déglutition* (Bulletins de la Soc. anat., août, 1871, p. 171).