

Allemagne, les hypertrophies de la thyroïde. On doit, au contraire, regarder la scrofule comme rare dans les pays où le goître est endémique, et reconnaître que ces deux états morbides coexistent rarement sur le même individu. Il en est de même de la *tuberculose*, qui, alors même qu'elle affecte un goîtreux, n'envahit presque jamais la thyroïde.

C'est également à tort, suivant Virchow, que l'on décrit les goîtreux comme étant souvent affectés de *rachitisme*; ceux qui ont mis en avant cette opinion ont exprimé par un terme impropre l'affaissement des formes et la laideur physique des crétins, qui n'ont le plus souvent aucun des caractères spécifiques du rachitisme.

Nous avons mentionné les congestions thyroïdiennes qui peuvent survenir dans le cours des *fièvres de malaria*. Ce fait vient à l'appui d'une remarque de Smith Barton qui, dans l'Amérique du Nord, a trouvé que le goître s'établissait volontiers sur les terrains où la fièvre intermittente était endémique. Osiander a observé la même coexistence dans certaines parties de la Souabe.

Virchow (1), en 1852, a établi sur les rapports du goître et du crétinisme les lois suivantes : « Partout où le crétinisme se montre lié à des conditions territoriales, le goître est endémique; le crétinisme se montre toujours au centre des pays goîtreux; le crétinisme diminue vers les limites périphériques de la contrée, tandis que le goître y persiste avec la même intensité; le crétinisme héréditaire ne se trouve que dans les pays de goîtreux. » Ces relations avaient, du reste, été déjà étudiées par Fodéré, et l'on peut citer, comme type de la parenté qui existe entre ces deux affections, la famille dont Morel (2) rapporte l'histoire : la mère avait un goître acquis; le père, un goître congénital, il descendait d'une famille de demi-crétins et était crétin lui-même. Les six enfants qu'ils eurent furent à la fois goîtreux et crétins à des degrés plus ou moins prononcés, tous plus que le père. Cette influence héréditaire, dans la production du goître et du crétinisme, ne se montre, suivant Virchow et Fodéré, que dans les pays où le goître est endémique, c'est-à-dire sous l'influence de causes telluriques.

Ce n'est point ici le lieu de faire une définition du crétinisme, ni de décrire ses lésions anatomiques et l'état fonctionnel qui le caractérise. Il suffit de relever l'intimité des rapports qui unissent ces deux états morbides et qui les font coexister, mais dans les pays seulement où l'un et l'autre sont endémiques. Quant au lien qui unit l'hypertrophie thyroïdienne et la synostose des os du crâne, il échappe à toute observation et même à toute hypothèse physiologique raisonnable.

Pour terminer ce qui a trait à l'étiologie du goître endémique, il faut rappeler que, dans les contrées où on le rencontre, les animaux subissent la même influence et présentent la même affection. Le goître peut,

(1) *Würtzburg. Verhandl.*, 1852, t. II, p. 266.

(2) *Annales méd.-psych.*, 1854, p. 674.

dans ces conditions, se présenter chez eux à l'état héréditaire. Citons entre autres faits cet étalon dont Rayer a publié l'histoire, et qui, porteur d'un goître volumineux, le transmettait à tous ses descendants.

B. Kystes hydatiques.

Il est probable qu'un certain nombre de tumeurs considérées comme des kystes hydatiques du corps thyroïde n'étaient autre chose que des goîtres kystiques, et que le diagnostic, dans ces cas, était entaché d'erreur. C'est ainsi qu'il faut s'expliquer l'opinion de Hunter, qui considérait ces kystes comme très-fréquents. En réalité, cette affection paraît assez rare. Bach et Kullier (1) en ont observé des exemples; Gurlt (2) en a réuni sept cas provenant d'auteurs divers; enfin, Houel en rapporte une intéressante observation due à Nélaton.

Ce dernier cas, très-détaillé, et qui peut être pris comme type des affections de ce genre, ne nous apprend néanmoins rien sur les symptômes spéciaux de la tumeur hydatique, ou plutôt il prouve que les kystes hydatiques se présentent avec tous les caractères des kystes séreux ou gélatineux, sauf peut-être la marche un peu plus rapide.

Au bout de quelque temps, l'inflammation envahit la cavité où sont logées les poches hydatiques, la peau s'amincit, se perforé, et, par l'ouverture agrandie par le chirurgien, sortent les vésicules animales dont l'issue permet de préciser le diagnostic. Dans le cas rapporté par Houel, l'ouverture fut entretenue pendant huit mois, et c'est seulement après ce laps de temps que les dernières poches, ayant été évacuées, la guérison complète se produisit.

C. Cancer.

Le cancer du corps thyroïde est relativement assez rare, et on compte les observations qui en ont été publiées. Il est probable que cette affection a été l'objet de méprises fréquentes à une époque où l'étude anatomique du goître était fort incomplète. Quoiqu'il en soit, le cancer se présente, dans la thyroïde, à l'état de *cancer primitif* ou de *cancer secondaire*. Houel considère le premier comme plus fréquent, et croit même que, dans ces cas, il reste limité à la glande. C'est là une erreur : quoiqu'il ne faille pas rejeter complètement, comme l'a fait Scarpa, le cancer primitif de la thyroïde, les faits positifs que nous avons pu réunir, ceux que cite Virchow, démontrent que le cancer secondaire est beaucoup plus fréquent, et que, dans l'immense majorité des cas, l'affection du corps thyroïde est due, soit à l'envahissement par un cancer déve-

(1) Houel, *loc. cit.*, p. 69.

(2) *Die Cystengeschwülste des Halses*, p. 273.

loppé aux environs, soit à une métastase provenant d'une tumeur éloignée.

Le cancer envahit fréquemment un corps thyroïde qui était atteint de goître : Stromeyer et Lebert en citent des exemples authentiques. Cette affection, suivant Lücke, se rencontrerait surtout dans les pays où le goître est endémique : elle serait assez fréquente dans le canton de Berne, par exemple.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Houel considère le cancer du corps thyroïde comme occupant rarement la totalité de la glande, mais se développant surtout dans un de ses lobes latéraux. Quand la tumeur est secondaire, elle envahit souvent l'organe par un assez grand nombre de points à la fois.

Les traités classiques décrivent cette affection sous deux formes principales : le *squirrhe* et l'*encéphaloïde*. Dans le squirrhe, la tumeur n'a pas un volume considérable, elle est inégale, bosselée, son tissu est fibreux et crie sous le scalpel. Dans l'encéphaloïde, le ramollissement du produit morbide donne lieu à des cavités, où se font parfois des épanchements sanguins. Dans un cas présenté par Poumet (1) à la Société anatomique, la portion périphérique de la production cancéreuse fut évacuée par une ponction, tant elle était liquide, et le reste de la tumeur flottait libre et pédiculé dans une sorte de kyste dû à la condensation du tissu avoisinant.

Lücke (2) considère trois formes anatomiques, suivant que le cancer a les caractères du cancer médullaire (encéphaloïde), ou du cancer fibreux (squirrhe), ou enfin, du cancer épithélial. La première de ces formes est la plus fréquente; la dernière est très-rare, et nous n'en connaissons qu'un exemple, celui que Lücke rapporte dans son travail.

C'est généralement le tissu glandulaire qui est le siège primitif de la néoplasie; pourtant A. Key (3), dans un cas, a vu celle-ci se développer dans les cloisons celluleuses de l'organe. Les alvéoles, quand on a affaire à un carcinome médullaire, sont néoformés et ne proviennent pas des cavités des vésicules closes; la prolifération, partie de leur épithélium, infiltre le tissu conjonctif, l'atrophie, et les restes de ce dernier forment les cloisons des alvéoles. Leur contenu subit bientôt la régression graisseuse ou la dégénérescence colloïde, et forme des kystes dont les parois s'incrument parfois de sels calcaires. En même temps l'on remarque des ectasies vasculaires qui deviennent le point de départ d'hémorragies interstitielles. La coupe d'une tumeur arrivée à cette période présente un mélange d'altérations, dont les unes dépendent directement du processus néoplasique, dont les autres sont dues à la dégénération des éléments normaux ou à l'irritation que détermine

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1837, t. XII, p. 327.

(2) *Cancroid der Schilddrüse*, (*Archiv f. Klinische chir.*, 1867, vol. IX, p. 88.)

(3) Ahlberg, *Hjygæa*, 1867, p. 263.

autour de lui le travail pathologique. Il en résulte un aspect très-complexe qui peut tromper l'anatomiste le plus exercé.

Quand il n'existait pas de cancer primitif d'un autre organe, on a trouvé des noyaux de généralisation dus à des métastases parties du corps thyroïde. Ce sont les ganglions du médiastin, les poumons, le thymus qui en sont le siège; il est sans exemple qu'un cancer du corps thyroïde ne se soit pas accompagné d'une généralisation très-hâtive. Les noyaux métastatiques reproduisent exactement la forme anatomique du cancer primitif, ainsi que W. Müller et Eberth ont pu s'en assurer.

Enfin, l'envahissement des organes avoisinants est la règle. Lebert cite la perforation de la trachée et du larynx, la destruction de la carotide, des veines jugulaires, la compression des nerfs récurrents, du pharynx, de l'œsophage.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tuméfaction totale ou partielle du corps thyroïde est le signe physique commun à toutes les variétés de cancers de cet organe. Quand la tumeur est partielle, on trouve généralement un ou plusieurs noyaux d'une très-grande dureté. Quand elle dépend d'une dégénération de tout l'organe, elle est aplatie et proémine moins que les simples hypertrophies du corps thyroïde.

La consistance de la tumeur n'offre aucun caractère constant; elle varie de la plus grande dureté à la mollesse extrême qui peut donner à certaines de ses portions l'apparence de la fluctuation.

Quelquefois même on peut y sentir des battements dus, soit au soulèvement de la tumeur par les pulsations de la carotide, soit à la vascularité même du produit morbide qui, dans ces cas, est plus ou moins mélangé de kystes sanguins. Les battements sont alors constitués par une expansion véritable.

Les symptômes fonctionnels consistent en douleurs très-vives, apparaissant de très-bonne heure, se faisant sentir dans la tumeur ainsi que dans les parties latérales du cou. Suivant Nélaton, elles s'irradient dans la région mastoïdienne et dans la tête.

Il faut enfin noter des troubles de compression divers, produisant l'aphonie, le cornage, la dysphagie, la dyspnée, la suffocation et l'ensemble des accidents que présente le goître suffocant.

La marche du cancer de la thyroïde est caractérisée par la rapidité très-grande de son développement et l'époque très-peu reculée à laquelle sa généralisation ou l'envahissement des organes essentiels à la vie suivent son apparition et déterminent la mort, qui survient généralement au bout de cinq à six mois.

La mort est due le plus souvent à l'asphyxie, et la scène se termine par un accès de suffocation. D'autres fois, on a vu la trachée se perforer, et une partie de la tumeur gangrenée être évacuée par expectoration (Lebert). Dans ce cas, la mort peut survenir d'une façon absolument subite. Lebert cite encore des exemples de perforation des carotides ou des veines jugulaires; l'hémorragie qui suit la destruc-

tion des parois vasculaires hâte alors beaucoup la terminaison fatale.

Mais, parfois, le malade vit assez longtemps pour que l'on puisse voir les métastases se produire dans les os du crâne, du bassin ou dans le poumon. Il est très-rare que la peau se perforé et qu'il se forme un véritable ulcère cancéreux.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

Tout gonflement du corps thyroïde, qu'il soit aigu ou chronique, passager ou permanent, qu'il menace ou non l'existence, constitue, au point de vue du diagnostic, une tumeur; et en présence de cette tumeur, le chirurgien doit reconnaître si le corps thyroïde en est le siège, puis déterminer la nature de l'affection.

La question du diagnostic des tumeurs de la thyroïde se présente dans deux circonstances. Tantôt il s'agit d'une tumeur qui ne gêne en rien les fonctions, qui n'a aucune influence sur l'état général; tantôt il existe des troubles plus ou moins graves, affectant divers appareils ou altérant la santé générale.

I. — Étant donné un gonflement du cou qui s'est développé d'une manière lente et graduelle, qui ne cause ni gêne de la respiration, ni gêne de la déglutition, ni gêne de la phonation, ni douleur, et dont la présence ne s'accompagne d'aucune modification de l'état général, on reconnaîtra que cette tumeur est développée dans le corps thyroïde, d'après un ensemble de signes physiques et rationnels. Nous rappellerons seulement les premiers : le siège de la tumeur, qui, malgré son volume, comprend, en totalité ou en partie, la région où se trouve la thyroïde, son isthme et surtout ses lobes latéraux; sa forme, qui parfois reproduit celle de la glande, et qui, bien qu'elle s'en éloigne beaucoup dans d'autres cas, est néanmoins assez caractéristique; l'indépendance de la peau, la mobilité que la tumeur présente le plus souvent sur les parties profondes; enfin, et surtout, le déplacement qu'elle subit avec le larynx dans le deuxième temps de la déglutition.

Les signes rationnels se tirent surtout de l'examen des commémoratifs; ceux-ci ont une très-grande importance dans le diagnostic du goître. Quand le malade habite ou a habité un pays où le goître est endémique; lorsque son père ou sa mère sont affectés de cette affection; quand la tumeur s'est développée à la suite d'une grossesse, d'un arrêt des règles, d'efforts violents, la nature de la tuméfaction peut au moins être présumée. Il faut tâcher de faire préciser au malade, quand son état intellectuel le permet, le point où la tuméfaction a commencé à se produire. Cette considération est indispensable au diagnostic de certaines variétés de goîtres accessoires.

Un ou plusieurs de ces caractères peuvent manquer, alors même que

la tumeur s'est développée aux dépens du corps thyroïde; telles sont ces goîtres accessoires dont on a cité des exemples, et qui, pourvus d'un long pédicule, n'accompagnent point le larynx dans ses mouvements. Quelques-uns de ces signes peuvent, d'autre part, se retrouver sur une tumeur indépendante de la thyroïde, quoique adhérente aux voies aériennes. Il est donc nécessaire de passer en revue les quelques affections que l'on est exposé à confondre avec les tumeurs du corps thyroïde, afin de signaler ceux de leurs caractères qui les feront reconnaître ou exclure.

L'hypothèse où nous sommes que l'affection ne s'accompagne d'aucun trouble dans le fonctionnement des grands appareils de la vie organique nous permet de mettre aussitôt de côté les tumeurs cancéreuses du larynx, de la trachée, du pharynx et de l'œsophage. L'absence de phénomènes inflammatoires, la marche chronique de l'affection feront également rejeter l'idée de phlegmons ou d'abcès du cou.

L'engorgement ganglionnaire chronique, si fréquent au cou, ne peut être confondu avec les tumeurs du corps thyroïde, car il est généralement multiple, formé de noyaux durs et indépendants, disposés en chaîne dans une région située plus en dehors que celle où le goître se montre d'ordinaire; de plus, il se rattache au vice scrofuleux qui, nous l'avons vu, est presque incompatible avec le goître. Dans certains cas seulement, l'engorgement unilatéral et unique, soit qu'un seul ganglion ait été le siège de la dégénérescence, soit que plusieurs glandes lymphatiques engorgées se soient fondues en une seule masse, pourrait en imposer pour une tumeur de la thyroïde; mais, en faisant avaler une gorgée d'eau au malade, on constatera que la tumeur subit tout au plus un léger refoulement dû aux mouvements qui se passent dans les organes voisins, mais qu'elle ne suit pas réellement le déplacement que présentent le larynx et le corps thyroïde.

Les mêmes signes permettront de reconnaître les adénopathies malignes, les *lympho-sarcomes* du cou, qui présentent en outre des caractères spéciaux sur lesquels nous avons précédemment insisté.

Certains *kystes* du cou prêtent davantage à la confusion : les *kystes congénitaux simples* sont mous, fluctuants, transparents, en général unilatéraux, et situés du côté gauche; la palpation fait reconnaître l'intégrité absolue des parties environnantes : or, nous savons que les kystes du corps thyroïde s'accompagnent toujours d'une tuméfaction plus ou moins marquée de l'organe entier, qu'ils sont durs et manquent de transparence. On se souviendra, du reste, que les kystes congénitaux du corps thyroïde sont extrêmement rares, puisqu'une ou deux observations seulement en ont été publiées, et que, dans ces cas, la tumeur était médiane et bilobée. Quant aux *kystes multiples* ou *composés*, d'origine congénitale, ils sont souvent bilatéraux, et donnent alors à la région exactement l'aspect qu'elle a quand elle est affectée de goître. Le diagnostic est donc assez difficile; pourtant, le goître se développe plutôt