

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

sur la ligne médiane, les kystes sur les côtés du cou; le goître, même kystique, est en général plus ferme et moins fluctuant. Enfin, le goître congénital s'accompagne presque toujours d'accidents graves du côté de la respiration.

Une circonstance qui peut parfois trancher la question, est la saillie que les kystes congénitaux font sous la langue, saillie qui ne s'expliquerait point dans l'hypothèse d'une tumeur thyroïdienne. Dans un certain nombre de cas, cependant, l'obscurité des mouvements d'ascension, chez l'enfant où le cou est petit et les tumeurs volumineuses, l'existence de points fluctuants ou pseudo-fluctuants, un ensemble symptomatique mixte et participant des caractères de l'une et l'autre affection, devront faire réserver le diagnostic.

Chez l'adulte, on est parfois mis dans l'embarras par certaines formes de kystes, rares à la vérité, mais dont Virchow a observé plusieurs exemples sur le cadavre; Textor, dans un cas semblable, pratiqua l'extirpation de la tumeur en croyant enlever un kyste du corps thyroïde. Il s'agit d'une *ectasie particulière de la trachée* dont se détache une poche qui ne renferme autre chose que du mucus. La tumeur qui se produit ainsi apparaît au-dessus de la fourchette du sternum, sur la ligne médiane; elle est mate, rénitente, fluctuante; elle accompagne les mouvements de la trachée. On conçoit que, dans ces conditions, le chirurgien ne puisse éviter une erreur.

Il n'en est pas de même des *goîtres aériens, veteux, du laryngocèle ventriculaire* que l'on classait autrefois parmi les tumeurs du corps thyroïde: la sonorité qu'ils présentent, et qui est leur caractère essentiel, empêche de les confondre avec celles-ci, même dans le cas où leur siège et leur forme peuvent tromper sur leurs connexions réelles.

Après avoir reconnu que la tumeur dépend du corps thyroïde, il importe de déterminer quelle en est la nature.

Les tumeurs du corps thyroïde qui ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de phénomènes de compression et d'envahissement des organes voisins, ni de cachexie, doivent être considérées comme de nature bénigne. Le cancer entraîne très-promptement ces trois ordres de complications, mais avant qu'elles se soient produites, il est impossible de reconnaître positivement son existence, même quand un goître préexistant se trouve présenter un accroissement rapide de volume. C'est donc à diagnostiquer la variété du goître à laquelle on a affaire, que se borne la tâche du chirurgien dans les cas semblables.

Il est parfois très-difficile de distinguer les tumeurs du corps thyroïde en tumeurs *solides* et en tumeurs *liquides*, et dans plusieurs cas on est forcé de rester dans le doute.

Le *goître kystique* est surtout caractérisé par sa forme, qui reproduit moins exactement celle du corps thyroïde que ne le fait le goître solide. Il faut soupçonner son existence quand on trouve une ou deux grosses bosselures latérales, à peu près régulièrement sphériques ou piriformes,

qui, par leur volume, constituent à peu près la totalité de la tumeur.

La *fluctuation* est le caractère sur lequel il faut le plus insister, tout en se souvenant qu'elle manque fréquemment dans les kystes à parois très-tendues ou épaisses, et que, d'autre part, le goître gélatineux ou colloïde présente souvent une fausse fluctuation qu'il est absolument impossible de distinguer de la fluctuation véritable.

La fluctuation, recherchée avec soin, permet de présumer si la poche est unique ou multiple; quand elle est nette et facile à sentir, on peut admettre que la paroi kystique est souple et mince, et qu'elle reviendra facilement sur elle-même après la ponction. On ne devra jamais compter sur la *transparence*.

Parmi les *commémoratifs*, le seul qui puisse être de quelque utilité, est le renseignement précis donné par le malade que, depuis un temps plus ou moins long, les bosselures dont on constate l'existence ont pris naissance sur une tumeur peu considérable et d'apparence régulière, et qu'elles ont doublé, triplé, quadruplé son volume.

Quoique ces données permettent d'établir le diagnostic de kystes du corps thyroïde, leur absence n'est pas une raison suffisante pour l'exclure. Sur un malade qui portait au cou une tumeur grosse comme la tête, et contenant 2 kilogrammes de liquide, Delpech n'avait pas la certitude d'avoir affaire à un kyste; il penchait même vers l'opinion que la tumeur était solide.

Il existe, à la vérité, un moyen de lever tous les doutes; mais il ne doit être employé qu'avec une grande réserve, dans les cas où l'on est à peu près sûr d'avoir affaire à une tumeur liquide, et dans ceux où l'intervention est inévitable et comme premier temps de l'opération chirurgicale. C'est la ponction exploratrice, pratiquée de préférence avec l'aspirateur. Elle expose, en effet, à l'inflammation consécutive et à la suppuration du kyste; on a vu des hémorragies mortelles lui succéder.

La ponction exploratrice pourrait seule indiquer d'une façon certaine si le kyste est unique ou si le goître renferme plusieurs poches kystiques. Pourtant la fluctuation en se transmettant d'une extrémité à l'autre de la tumeur, dans tous les sens, donne une certaine probabilité à l'existence d'un kyste unique. La forme bilobée du goître n'indique pas toujours qu'il y ait deux ou plusieurs cavités: elle peut être due aux muscles ou aux aponévroses qui brident la tumeur et résistent plus en certains points qu'en d'autres.

Relativement à la nature du contenu, d'après Michaux lui-même, elle ne peut guère être diagnostiquée que par la ponction. Cependant, on pourra présumer qu'il s'agit d'une hématocele, en tenant compte de l'accroissement relativement rapide des bosselures fluctuantes, de leur augmentation notable de volume, de la coïncidence d'une grosseur, d'un violent effort, d'un traumatisme avec le début de ce développement. Il faut ajouter que jamais le kyste sanguin ne se présente avec les appa-

rences d'un kyste unique, mais qu'il paraît toujours appartenir à une tumeur hyperthrophique plus ou moins mélangée de kystes.

Les *abcès froids* de la glande thyroïde sont si rares qu'on ne saurait en présumer l'existence; pourtant si un kyste, à une époque antérieure, avait été le siège de phénomènes d'inflammation qui fussent entrés en résolution dans la suite, il ne faudrait pas s'étonner que la ponction fournît une certaine quantité de pus.

Dans les cas exceptionnels où des *hydatides* sont la cause de la formation du kyste, on pourrait peut-être arriver au diagnostic par l'auscultation de la tumeur et la constatation du frémissement caractéristique. Mais aucune observation ne nous autorise à l'affirmer d'une façon absolue. La marche rapidement croissante de la tuméfaction, les symptômes de thyroïdite dont elle s'accompagne, ne présentent aucun trait saillant; mais l'examen microscopique du liquide retiré par la ponction exploratrice fait disparaître le doute, en révélant dans ce liquide l'existence des crochets acéphalocystiques.

Quand la déformation porte à peu près sur la totalité de la glande thyroïde, quand on ne peut à la palpation sentir de fluctuation manifeste, il est permis de supposer que l'on a affaire à un *goître solide*. Les différences dans la consistance de la tumeur répondent aux principales variétés anatomiques de cette sorte de goître: ainsi le *goître hyperplasique glandulaire vrai* a une consistance ferme, une surface lisse, unie, parfois légèrement lobulée. De toutes les variétés, c'est celle où l'hypertrophie affecte le plus uniformément la totalité de la glande.

Le *goître colloïde* se distingue par une moindre fermeté; il est mou, tremblotant, fluctuant même par places: cette sorte de tumeur est, comme je l'ai dit, souvent confondue avec des tumeurs kystiques.

Quand, au contraire, la tumeur est dure et comme ratatinée par places, qu'elle présente en d'autres points des noyaux d'une consistance plus considérable, on peut diagnostiquer un *goître fibreux, cartilagineux*, ou même *osseux*. Ces deux dernières transformations n'atteignent jamais le goître en entier; elles restent circonscrites à un lobe ou à quelques foyers disséminés en différents endroits de la thyroïde. La différence entre le goître cartilagineux, le goître osseux, et même certains goîtres fibreux, ne peut être faite que par la sensation de résistance plus ou moins grande qu'ils donnent à la main. On ne devra pas oublier que chacune de ces variétés peut être compliquée de la présence de kystes plus ou moins volumineux, et que la dureté pierreuse d'une bosselure qui lui donne l'apparence d'une production absolument solide, n'est parfois due qu'à des incrustations calcaires qui se sont déposées dans la paroi d'un kyste.

Le diagnostic devra également porter sur les circonstances étiologiques du goître; il y a toujours un grand intérêt à savoir s'il est héréditaire, s'il s'est développé sous l'influence d'une constitution endémique.

Enfin le siège et la forme de l'affection devront être notés avec soin

au point de vue du pronostic, car il faut considérer comme d'une gravité particulière, en l'absence même de toute espèce d'accidents, les goîtres qui s'enfoncent dans les parties profondes, les goîtres sous-sternaux, et en général les goîtres fibreux.

Peut-on diagnostiquer la nature *vasculaire* du goître par l'exploration physique de la tumeur? Quand elle est le siège d'expansion et de souffle, qu'elle est en partie réductible à la pression, qu'elle se tend dans les efforts et les cris, on pourra avec quelque certitude annoncer l'existence d'un goître anévrysmal. Le chirurgien, dans ce cas, ne pourrait guère hésiter qu'entre cette affection et un anévrysme; et on comprendrait une semblable incertitude si la tumeur était cachée en partie derrière le sternum. Cependant, l'intégrité des battements des artères de la tête et du membre supérieur pourra le plus souvent faire exclure l'anévrysme artériel; de plus, dans le goître vasculaire, la tuméfaction s'étend plus ou moins à tout le corps thyroïde, ce qui permet encore de reconnaître la nature de l'affection. Enfin, on pourra imiter la conduite de Nélaton qui, dans un cas où les praticiens les plus éminents avaient diagnostiqué l'anévrysme, guérit le malade par l'administration de l'iode à l'intérieur. L'action du traitement, néanmoins, n'est point un critérium absolu; dans deux cas analogues, la confirmation du diagnostic qu'avait porté l'éminent professeur ne fut donnée que par l'autopsie.

Mais le plus souvent les battements, le souffle simple ou à double courant, la réductibilité, font défaut. On supposera pourtant l'existence d'une tumeur vasculaire en se fondant: 1° sur son développement qui, ainsi que Larrey l'a fait observer, commence par les parties supérieures de la glande et s'effectue ensuite de haut en bas; 2° sur la consistance molle qu'elle présente; 3° sur sa forme aplatie au début, puis de plus en plus arrondie à mesure que la tumeur devient plus rénitente; 4° sur la dilatation des veines efférentes et en général des grosses veines du cou. Tous ces caractères, à la vérité, suffisent à peine pour établir une présomption, et l'on fera bien de se rappeler que si le goître vasculaire proprement dit est rare, il est peu de tumeurs de la thyroïde qui ne s'accompagnent d'un développement notable, souvent énorme, de l'appareil circulatoire de l'organe, et que le calibre et le nombre des gros vaisseaux qui se rendent à ces hypertrophies à la fois glandulaires et vasculaires, ne peuvent jamais être précisés à l'avance.

Quelques mots nous restent à dire sur le diagnostic de ces tumeurs, qui tantôt constituent un goître indépendant, situé plus ou moins loin de la thyroïde, tantôt se groupent autour d'un goître plus volumineux comme autant de petites rates accessoires autour d'une rate hypertrophiée. Dans ce dernier cas, le diagnostic sera facile, car les petites tumeurs dures, circonscrites, qui sont situées sur les côtés du goître principal, ne peuvent guère être prises pour des ganglions lymphatiques.

Quand, au contraire, il n'existe qu'une tumeur thyroïdienne accessible, qu'elle ne suit pas les mouvements du larynx dans la déglutition, qu'elle est bien franchement latérale et que les commémoratifs n'indiquent ni l'influence héréditaire, ni celle d'un état endémique, il est impossible de reconnaître la nature et l'origine du produit morbide, et même le plus souvent, suivant sa consistance, on le prendra pour un engorgement ganglionnaire chronique, pour un abcès ou pour un kyste du cou.

Dans un cas fort remarquable, que j'ai observé avec mon collègue et ami Proust (1), il s'agissait d'un énorme kyste sanguin développé aux dépens d'un lobe latéral de la thyroïde, dont il paraissait cependant tout à fait indépendant, et qui s'enfonçait derrière le sternum. La véritable nature de la maladie ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

II. — Lorsqu'il s'agit d'une tumeur s'accompagnant de troubles fonctionnels, le diagnostic diffère absolument, suivant que la tumeur s'est produite rapidement, dans l'espace de quelques jours, ou que son développement et l'apparition des phénomènes fonctionnels ont mis un temps beaucoup plus long à se produire.

1° Quand la tumeur a suivi une marche aiguë l'on ne peut songer qu'à des accidents congestifs ou inflammatoires, ayant envahi une thyroïde jusqu'alors exempte de toute altération ou un goître jusqu'alors passé inaperçu.

En faisant l'histoire de la *thyroïdite*, nous avons mentionné les signes sur lesquels on se fonde pour établir son diagnostic : douleur vive à la partie antérieure du cou, s'exagérant par la pression, dans la déglutition; sensation de battements qui se propagent jusque dans la tête; tuméfaction lisse, tendue, rénitente et chaude de la région thyroïdienne; enfin, fièvre intense au début et bientôt phénomènes de gêne respiratoire pouvant aller jusqu'à la suffocation.

Il est pourtant quelques affections, sur le diagnostic différentiel desquelles il faut insister avec quelques détails.

Nous mentionnerons seulement l'*angine*, qui se reconnaîtra à la douleur spéciale de la déglutition et surtout à l'inspection directe de la gorge. Le *gonflement des ganglions* du cou ne peut guère être confondu avec l'inflammation du corps thyroïde; la considération attentive du siège de la tumeur, de sa consistance, lobulée, quand il s'agit de ganglions engorgés, uniforme quand on a affaire à une thyroïdite, la recherche de sa mobilité dans la déglutition font disparaître toute hésitation.

De toutes les maladies inflammatoires, celle qui peut le plus facilement être confondue avec la thyroïdite est le *phlegmon rétropharyngien*, lorsque le pus, ayant fusé sur les parties latérales du cou, vient s'infiltrer dans le tissu cellulaire qui environne la trachée, comprime cet

(1) *Archives générales de médecine*, août 1875.

organe et l'œsophage et s'accompagne d'une rougeur diffuse et d'une tuméfaction œdémateuse de toute la région antérieure du cou. On pourrait croire alors à une de ces thyroïdites suppurées, dont j'ai décrit, dans un chapitre précédent, la marche envahissante, et à l'existence d'une suppuration partie de la glande et cheminant vers le médiastin. L'erreur, il est vrai, n'entraînerait pas de conséquence funeste, le traitement dans l'un et l'autre cas devant consister à ouvrir au pus une large voie. Mais on pourra généralement arriver à un diagnostic précis par la considération exacte de la marche des accidents.

Il est à peine besoin de dire que la *trachéite*, la *laryngite*, l'*œsophagite*, ne sauraient être confondues avec la thyroïdite; malgré le gonflement du cou, jamais la tuméfaction ne revêt cette forme définie et circonscrite, qui permet seule d'affirmer l'inflammation de la thyroïde.

Quand le gonflement s'est produit rapidement, qu'il entraîne de la gêne des fonctions respiratoires et digestives sans qu'il y ait de fièvre, on admet que la thyroïde est le siège d'une *congestion*. Ce diagnostic doit être contrôlé par l'examen des commémoratifs, qui fera reconnaître l'existence des causes prédisposantes ou occasionnelles, capables d'exagérer l'afflux sanguin dans la glande. Il sera confirmé enfin par la disparition complète de la tuméfaction, lorsqu'on aura soustrait le malade à l'action de la cause. Mais souvent on s'apercevra alors que la glande thyroïde n'était pas aussi indemne de lésions qu'on avait pu le croire et que la congestion s'était surajoutée à un état ancien, à une tumeur à marche chronique, qui, grâce à la lenteur de son développement et à l'absence de troubles fonctionnels, avait pu passer inaperçue pour le malade.

Quand il s'agit d'une tumeur à développement lent, on doit immédiatement se demander si les troubles fonctionnels dépendent de la tumeur, ou si ceux-ci ne sont pas liés à une autre cause.

Plusieurs considérations peuvent faire admettre que les accidents sont sous la dépendance de la tumeur :

a. L'accroissement rapide que le goître a subi dans les derniers mois, à plus forte raison dans les derniers jours, a coïncidé avec l'apparition des premiers troubles; cet accroissement, peut être uniforme ou n'être constitué que par la production de bosselures, de saillies nouvelles.

b. L'invasion de phénomènes inflammatoires s'emparant de la totalité de la glande ou d'un seul kyste.

c. La forme spéciale de la tumeur, sa consistance; le goître fibreux, on le sait, prédispose aux accidents de suffocation. Quand les troubles de la respiration coïncident avec l'existence d'un goître profond, rétrosternal, on ne saurait conserver de doute sur la relation qui unit ces deux ordres de manifestations. Plus le volume de la tumeur est en disproportion avec les symptômes de suffocation, plus on doit présumer que ceux-ci sont causés par sa présence.

d. Les commémoratifs, tels que la coexistence d'une grossesse, d'une maladie générale comme la variole ou la fièvre typhoïde; l'influence des

travaux pénibles, d'un refroidissement, d'un traumatisme, qui doivent, même en l'absence de tuméfaction récente, appeler l'attention sur les congestions, les apoplexies, les inflammations thyroïdiennes.

e. Enfin la nature des accidents eux-mêmes en démontre l'origine. Ces accidents, que nous nous bornons à rappeler, sont :

La *douleur locale*; la *dyspnée* continue, mais surtout à exacerbations, revenant par paroxysmes séparés par des rémissions plus ou moins complètes; le *cornage trachéal* et l'inspiration sifflante; l'*aphonie* passagère ou la raucité permanente de la voix; la *dysphagie* qui ne se montre, en général, que quand les accidents respiratoires sont au comble, mais que l'on a vu dans quelques cas ouvrir la série des phénomènes de compression.

Comme signes plus rares, il faut encore signaler la *stase veineuse* du cou et de la face, les *douleurs qui irradient* dans les épaules, la poitrine et jusqu'aux membres supérieurs, rappelant celles de l'angine de poitrine.

Je mentionnerai enfin deux phénomènes qui se présentent rarement, il est vrai, mais qui acquièrent une importance extrême quand on les constate :

C'est d'abord le soulagement immédiat, la cessation instantanée des accidents de compression quand on soulève la tumeur et qu'on l'attire en haut et en avant (Bonnet).

C'est, d'autre part, l'expulsion de liquide kystique, de pus, de poches hydatiques, de matière encéphaloïde, dans un effort de toux ou de vomissement, après un accès de dyspnée plus violent que les autres; cette expulsion, qui est suivie d'un amendement notable quand elle ne cause pas la mort immédiate, indique que la tumeur comprimait les voies naturelles et faisait même parfois saillie dans leur cavité.

Lorsque des accidents aigus se présentent chez un individu atteint de tumeur thyroïdienne, on doit rechercher avec soin si ces accidents ne sont pas dus à une affection tout à fait indépendante de la tumeur.

Les goitreux sont sujets, comme d'autres, aux nombreuses maladies qui déterminent une occlusion ou un rétrécissement plus ou moins prononcé de l'orifice supérieur des voies respiratoires et de l'appareil digestif; tels sont : les angines, les phlegmons rétro-pharyngiens, les laryngites, le croup, la tuberculisation, l'œdème glottique, etc.

La plupart de ces affections ne pourraient prêter à confusion que pour un observateur superficiel. Un certain nombre d'entre elles s'accompagnent d'un état inflammatoire (angines, laryngites, trachéite, phlegmons) qui ne peut être rapporté à une thyroïdite, et dont la cause doit être cherchée ailleurs. Les autres s'entourent de phénomènes généraux graves. Enfin l'inspection de l'isthme du gosier, la palpation du larynx, l'examen laryngoscopique, le cathétérisme de l'œsophage, l'auscultation et la percussion de la poitrine permettront d'établir le diagnostic.

Un examen incomplet pourrait faire attribuer à la tuméfaction du corps thyroïde les symptômes qui caractérisent la maladie de Graves.

Cette erreur, qu'il importe de ne point commettre, puisque le traitement interne qu'on emploie contre le goitre est plutôt défavorable aux individus atteints de goitre exophthalmique, serait sérieuse, surtout si elle devait amener une intervention chirurgicale inutile, et dès lors nuisible. On l'évitera en recherchant avec soin la triade de Graves, les palpitations cardiaques, l'exophthalmie double, qu'on ne saurait confondre, par ce seul fait, avec aucune sorte d'exorbitisme dû à une cause locale; enfin, la congestion de la thyroïde.

Il reste, en dernier lieu, à désigner la variété de tumeur thyroïdienne à laquelle se rattachent les accidents dont on a eu précédemment à rechercher le point de départ.

La tumeur est-elle petite, peu volumineuse, dure, se cache-t-elle derrière le sternum dans l'inspiration, ou envoie-t-elle un notable prolongement derrière la fourchette sternale, on est autorisé à accuser le *goitre suffocant* proprement dit.

Il en est de même quand l'apparence inégale de la tumeur, sa surface comme rétractée, son adhérence intime aux parties profondes et surtout à l'os hyoïde, enfin l'existence d'inflammations antérieures aiguës ou subaiguës, révèlent la production de ce tissu inodulaire qui transforme le goitre simple en goitre constricteur.

Dans des cas rares, l'accroissement du volume de l'organe, par le seul fait des proportions énormes qu'il revêt, peut devenir la cause des mêmes accidents; mais on doit, avant d'attribuer cette origine aux troubles fonctionnels, s'assurer que la tumeur n'envoie aucun prolongement vers l'intérieur, et que, goitre superficiel en apparence, elle n'agit pas, en réalité, comme un goitre plongeant.

Parfois, les accidents ont paru d'une manière plus subite, quoique souvent aussi lente et graduelle (Michaux); mais, en même temps, on a noté la production plus ou moins rapide d'une bosselure ou l'accroissement notable d'une poche fluctuante qui existait déjà auparavant. On peut croire alors, surtout s'il y a eu quelques phénomènes de congestion thyroïdienne, à un épanchement sanguin qui s'est fait dans un kyste ou à la production d'une apoplexie. La sensibilité que présente la région thyroïdienne, si on la constate, est une raison de plus pour admettre la possibilité de ce diagnostic, qui ne pourrait être jugé, néanmoins, que par la ponction exploratrice.

La *thyroïdite* qui envahit un goitre ancien et cause des accidents de suffocation, l'inflammation qui s'empare d'un kyste et en détermine la suppuration, se révèlent par un cortège de symptômes inflammatoires sur lesquels nous avons insisté en parlant du diagnostic de la thyroïdite.

Cependant le cancer du corps thyroïde, par sa marche rapide, par la douleur qui l'accompagne, par l'apparition de tuméfactions rouges, bosselées, comme fluctuantes et parfois adhérentes à la peau, peut faire hésiter le diagnostic entre une inflammation à marche subaiguë et un encéphaloïde. La thyroïdite subaiguë n'entraîne que rarement la suppu-

ration, elle ne détermine pas de rougeur ni d'adhérence de la peau; et, quant à la thyroïdite aiguë, son évolution est beaucoup plus rapide, puisque l'on sait que la suppuration se montre au bout de quinze à vingt jours au plus. Du reste, on a pour se guider l'examen des organes environnants et l'état général promptement grave que détermine le cancer.

Le diagnostic du *cancer* est parfois difficile, surtout quand il affecte un goître ancien, et qu'il revêt la forme squirrheuse. Ses bosselures noueuses, sa consistance dure, ne peuvent servir à le caractériser, car bien des goîtres fibreux, cartilagineux et osseux présentent les mêmes particularités. Mais le squirrhe et l'encéphaloïde se reconnaissent aux douleurs vives, lancinantes, dont ils s'accompagnent, et qui irradient vers la partie postérieure du cou, vers les oreilles et les régions mastoïdiennes, à leur marche rapide qui amène la mort en six ou sept mois au plus, et à l'envahissement plutôt qu'à la compression des organes voisins, quand ceux-ci ne sont pas primitivement affectés.

Somme toute, le diagnostic du cancer de la thyroïde est facile, sauf dans les premiers temps de son évolution, et quand il envahit un goître préexistant. Quant à déterminer sa forme, sa variété anatomique, on ne devra guère s'y hasarder, et si on le tente, on se réglera sur les caractères généraux qui servent au diagnostic différentiel des diverses variétés de cancers.

#### ARTICLE IV

##### TRAITEMENT DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

Nous indiquerons successivement les moyens de traitement qui s'adressent aux tumeurs du corps thyroïde; puis, les mettant en regard des indications que présentent ces tumeurs, nous verrons ceux qu'il faut employer, ceux qu'il faut rejeter, soit d'une façon générale, soit dans chaque cas particulier.

P. RULLIER, *Recherches et observations touchant l'emploi des opérations de la chirurgie dans le traitement du goître*, thèse de Paris, 1808, n° 110. — COINDET, *Découverte d'un nouveau remède contre le goître* (*Bibliothèque de Genève*, 1821). — *Zur chirurg. Behandlung der Krankheiten der Thyroidea*, par WERNER, ERICHSEN, SCHUH, CHELIUS (*Schmidl's Jahrbücher*, t. CI, p. 202-203). — BOUCHACOURT, *Du goître cystique et de son traitement par les injections iodées* (*Bullet. de therap.* 1844, t. XXVII, p. 191). — R. LÉPINE, *De la valeur de la cautérisation dans le traitement des goîtres cystiques*. Lyon, 1862. — A. BOVET et BILLROTH, *Nouveau traitement du goître parenchymateux* (*Gaz. des hôp.*, 1865, p. 105). — LUTON (de Reims), *Injections irritantes dans les tissus malades* (*Arch. gén. de méd.*, oct. et nov. 1867). — W. HAMBURGER, *Guérison des kystes de la thyroïde par une opération* (*Wochenbl. d. Zeitschr. d. K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 1866-1867). — *Extirpation du corps thyroïde*, Statistiques de IUCKA, de BRIÈRE D'YVERDON et de WARREN GREEN (*Gaz. hebd.*, 19 juillet 1872 et *Americ. Journ. of med. Sciences*

avril 1871). — L. LÉVÊQUE, *Des injections interstitielles iodées dans le goître*, thèse de Paris, 1872. — DURHAM, *On the Removal of Bronchocele* (*Guy's hosp. Report*, 31 mai 1872). — HOPMANN (de Cologne), *Extirpation einer Struma* (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, t. II, n° 2, 29 décembre 1872, p. 185-188). — T. HOLMES, *A Case in which a large Bronchocele was removed with fatal result* (*Americ. Journ. of med. Science*, janvier 1873). — PATRICK HERON WATSON, *Extirpation de la thyroïde* (*Edimb. méd. Journ.*, septembre 1873). — MICHEL (de Nancy), *De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goîtres suffocants, cystiques ou parenchymateux* (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 669 et 718). — LAROYENNE, *De l'asphyxie pouvant survenir pendant l'ablation des tumeurs cervicales par l'écrasement linéaire* (*Gaz. hebd.*, 21 novembre 1873). — KARL STOERK, *Beitrag zur Heilung der Parenchym und Cystenkrebses* (*Wien. med. Wochenschr.*, janvier 1873). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE (séance du 25 octobre 1848, — 13 septembre 1864, — *Bulletins*, 1855-56, p. 436, — 1856-57, p. 346, — 1860, p. 379, 512, 529, — 1851, p. 163, — séance du 29 juin 1870.

##### § 1. — DES MOYENS DE TRAITEMENT APPLICABLES AUX TUMEURS DU CORPS THYROÏDE.

Sous ce titre, nous examinerons le *traitement général*, le *traitement local*, enfin le *traitement chirurgical* des tumeurs thyroïdiennes.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général n'est applicable qu'à un goître proprement dit; il consiste dans l'emploi de soins hygiéniques et d'une médication interne.

a. *Soins hygiéniques*. — Ceux-ci se résument en une seule proposition : Éviter toutes les causes qui paraissent jouer un certain rôle dans la production du goître.

On interdira les eaux provenant de sources à goîtres, et notamment les eaux de citernes, les eaux qui séjournent au contact de roches contenant des minéraux.

On défendra toute espèce d'effort soutenu : le chant, les cris, les occupations qui nécessitent une tension prolongée du cou, le transport de fardeaux sur la tête, etc.

On apportera le plus grand soin à l'assainissement et à l'aération des chaumières dans les pays où règne l'endémie.

Enfin, on transportera le goîtreux, quand cela est possible, dans un endroit où le goître endémique soit inconnu. Fodéré, Boudin, Virchow, et d'autres auteurs, citent des faits bien constatés dans lesquels la tuméfaction thyroïdienne diminue ou disparaît par le changement de domicile et l'expatriation.

Ces soins, qui constituent parfois à eux seuls une thérapeutique suffisamment efficace contre des goîtres déjà volumineux, sont surtout des moyens prophylactiques précieux lorsqu'on en use pour de jeunes enfants ou pour des individus qui, soumis à l'influence de l'hérédité ou à celle de l'endémie, souvent à l'une et à l'autre, ne sont pas encore atteints par l'affection; ils empêchent le crétinisme de succéder au goître et de devenir à son tour endémique.

Mais, dans la grande majorité des cas, il faut adjoindre à l'emploi