

unilatérale; quand elle occupe les deux lobes, ceux-ci font une saillie séparée par une dépression médiane. Plus rarement, c'est l'isthme qui est pris et qui provoque une tuméfaction au milieu de la région. En augmentant de volume, la thyroïde repousse les sterno-mastoïdiens dont les insertions inférieures se trouvent tendues et font sous la peau une saillie en forme de corde, tandis que le creux qui les sépare à la partie moyenne s'efface de plus en plus.

L'inspection fait ainsi facilement constater la déformation du cou, qui est encore plus manifeste, surtout au début, quand on regarde de profil. Elle permet de reconnaître en même temps, au moins dans certains cas, que la tumeur est unie au larynx dont elle suit les mouvements.

La palpation permet de bien déterminer le siège de la douleur et les caractères de la lésion. Elle montre que la tumeur adhère aux parties profondes et se déplace à chaque mouvement de déglutition. Au début, elle fera sentir une tuméfaction dure, légèrement élastique. Enfin, dans les cas où la tumeur est unilatérale, on peut se rendre compte, par ce procédé d'exploration, des déplacements que la trachée a subis.

Pour peu que la tuméfaction acquière un certain volume, des compressions vont se produire. C'est ce qui peut avoir lieu très rapidement: dans un cas, par exemple, la thyroïde acquit en 4 jours le volume du poing.

La compression des vaisseaux se traduit par une distension des veines superficielles, de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, parfois des épistaxis. Quand c'est la trachée qui est atteinte, le symptôme principal est la dyspnée, qui peut dépendre, pour une part, de la compression des pneumogastriques. Le malade sera tourmenté par une toux sèche, fréquente, s'accompagnant parfois d'une expectoration légèrement sanguinolente ou même de véritables hémoptysies. La voix est rauque, enrrouée; la parole est difficile; parfois l'aphonie est absolue. La respiration devient pénible, siffante, et la dyspnée continue est entrecoupée par des accès de suffocation qui sont parfois fort importants et ont pu provoquer la mort.

Soit qu'elle retentisse sur l'œsophage, soit qu'elle agisse sur les nerfs qui l'avoisinent, la tumeur thyroïdienne provoque des troubles de la déglutition. Le malade éprouve une sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge ou une dysphagie pénible; parfois des vomissements viennent compléter le tableau morbide.

L'irritation des nerfs des plexus cervical et brachial explique les irradiations douloureuses, les fourmillements dans les extrémités, la parésie des mains. Ce dernier symptôme serait souvent précoce et devrait être rattaché, d'après Singer, à un trouble fonctionnel de la glande elle-même.

**Terminaisons.** — La thyroïdite peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène.

Dans le premier cas, les phénomènes vont s'aggravant pendant deux ou trois jours; puis ils restent stationnaires, caractérisés par une fièvre à rémissions matinales et un état sérieux, jusqu'au cinquième ou au sixième jour. A partir de ce moment, la glande, qui avait continué à s'accroître, diminue de volume; les manifestations réactionnelles rétrocedent rapidement et la tumeur thyroïdienne a disparu au bout de 15 à 20 jours.

Parfois, après une rémission passagère, se produit une recrudescence, puis la résolution reprend, mais n'est achevée qu'au bout de 5 à 6 semaines.

La rétrocession n'est pas toujours complète. Un noyau induré persistera pen-

dant deux ou trois mois ou même d'une façon définitive. Enfin, bien que le fait semble rare, la glande pourra conserver pendant le reste de la vie un volume supérieur à celui qu'elle avait auparavant (Bischoff et Tomkins).

Le deuxième mode de terminaison, la *suppuration*, s'observe dans 60 à 70 pour 100 des cas. C'est la terminaison à peu près constante quand il s'agit de strumite.

Comme dans tous les cas de ce genre, la suppuration est annoncée par des frissons, une élévation de la fièvre, un changement dans le caractère de la douleur qui devient plus lancinante. La peau, qui jusque-là avait conservé son aspect normal ou qui était simplement sillonnée par des veines plus apparentes que d'habitude, devient chaude et rouge et perd sa mobilité sur les parties profondes. La région cervicale se tuméfie et souvent de l'œdème s'étend à la région sus-sternale et même à la partie supérieure du thorax.

La fluctuation est tardive et toujours difficile à percevoir. C'est un signe trompeur, qui semble avoir beaucoup moins de valeur sémiologique que le changement de coloration et l'œdème de la région. Aussi, dès qu'on soupçonne la présence du pus, comme il est nécessaire d'opérer de bonne heure, fera-t-on bien de pratiquer une ponction exploratrice. Il faut se rappeler seulement que le pus est parfois fort épais et que, par conséquent, les résultats de la ponction, quand ils sont négatifs, ne sont pas absolument certains.

Quand il est abandonné à lui-même, l'abcès thyroïdien tend, le plus souvent, à s'ouvrir à la peau. Le tégument rougit, s'amincit, puis se produit une perforation qui donne issue à du pus franchement phlegmoneux, parfois à un liquide sanieux, fétide, sanguinolent ou mélangé de gaz.

Si le foyer est unique, la cicatrisation se fait rapidement. S'il existe plusieurs abcès, des ouvertures se produiront successivement et l'évolution se trouvera prolongée: parfois il restera, à la suite, des fistules qui pourront persister pendant des mois ou des années.

Dans certains cas assez rares, la suppuration envahit tout le tissu conjonctif et détache la glande. Quand l'ouverture se produit, des morceaux de tissu sont rejetés: dans un cas, la glande entière formait un vaste séquestre dans la poche purulente. Cette *thyroïdite disséquante* (Lebert) est particulièrement grave et peut se compliquer de fusées purulentes vers la face, le cou, les clavicules, les plèvres.

A un degré de plus, nous trouvons la *thyroïdite gangreneuse*, forme rare dont on n'a guère publié que 8 observations. L'état général devient rapidement grave. Des gaz se produisent sous la peau, l'ouverture du foyer donne issue à un pus infect entraînant au dehors des lambeaux de tissu sphacélé. Une vaste plaie se produit, au fond de laquelle on voit battre les vaisseaux carotidiens et même, comme cela eut lieu dans un cas, la crosse de l'aorte. Malgré la gravité de l'état général et l'étendue des délabrements, la guérison est possible. Lebert en cite 4 cas sur 7 observations.

Au lieu d'évoluer vers le tégument, la suppuration peut gagner les parties profondes. Le cartilage thyroïdien sera atteint et pourra être nécrosé. Dans un cas, une ouverture ayant permis l'élimination du séquestre, le malade guérit.

D'autres fois, la collection purulente pénétrera dans les voies respiratoires et provoquera une suffocation brusque. Le malade est pris de quintes de toux et expulse une certaine quantité de pus. Cette évolution n'est pas fatalement mortelle, comme le démontrent 5 cas rapportés par Riberi.

L'ouverture peut encore se faire dans l'œsophage : le pus sera rejeté par des vomissements; ou bien la collection s'ouvre dans le médiastin antérieur, ou dans la plèvre : ces deux modes de terminaison ont été constamment mortels. Dans une observation de Lejars, la carotide et la jugulaire interne furent ulcérées et le malade succomba à une hémorragie foudroyante.

**Formes cliniques.** — D'après la marche du processus, on peut diviser les thyroïdites en conjonctive, phlegmoneuse, disséquante, gangreneuse; d'après leur étiologie, en primitive et secondaire. Quelques auteurs ajoutent une thyroïdite latente : la lésion, alors même qu'elle aboutit à la suppuration, passe inaperçue par suite de la prostration et de l'adynamie du sujet chez lequel elle se développe à titre de manifestation ultime.

La thyroïdite secondaire est, avons-nous dit, beaucoup plus importante que la thyroïdite idiopathique et ses caractères varient considérablement suivant les cas qu'on envisage.

Nous signalerons d'abord la *thyroïdite rhumatismale* qui peut se développer à toutes les périodes de l'évolution du rhumatisme articulaire aigu. Comme les autres manifestations de même nature, celle-ci ne suppure jamais. Elle est essentiellement caractérisée par une congestion mobile et fugace, se développant souvent avec une grande rapidité, en quelques heures, et disparaissant de même. En général, cette localisation morbide est très douloureuse, et force le malade à tenir la tête fléchie en avant. L'évolution est rapide. Les accidents ne durent que de 2 à 4 jours. Mais ils peuvent récidiver ou alterner avec d'autres manifestations : une orchite dans une observation d'Eulenburg. Dans certains cas, après la disparition des accidents, le cou est resté plus volumineux qu'auparavant.

La *thyroïdite ourlienne* mérite d'être rapprochée de la rhumatismale, car elle reste aussi à l'état fluxionnaire. Elle paraît d'ailleurs fort rare; elle a été observée par Servier et par nous-même. Chez notre malade la tuméfaction fut bilatérale, mais peu marquée; elle ne dura que deux jours. Jourdan a rapporté un fait d'ailleurs assez complexe où l'hypertrophie thyroïdienne atteignit le volume du poing et, au bout de deux mois, était encore perceptible.

Les quelques observations publiées de *thyroïdite grippale* tendent à prouver que cette forme ne suppure pas. Dans l'observation de Galliard le lobe droit atteignit le volume d'un œuf de poule : le lobe gauche était seulement douloureux. Bien que la peau fût rouge et tendue, les phénomènes rétrocedèrent rapidement à partir du sixième jour. Ce qui donne un intérêt particulier à cette observation, c'est qu'à la suite de cette fluxion thyroïdienne, le malade éprouva quelques vertiges et des palpitations et conserva un certain degré de tachycardie; par moments les pulsations montaient à 120. Bien qu'il n'y eût pas d'autres symptômes de goitre exophtalmique cette accélération insolite du pouls semble bien indiquer un trouble persistant de la fonction thyroïdienne.

La *thyroïdite paludéenne* peut alterner avec d'autres localisations viscérales et, comme elles, ne suppure pas. Nous ne ferons d'exception que pour les goitreux : le paludisme peut être une cause de strumite suppurée (Zesas).

Parmi les thyroïdites secondaires, la plus fréquente est celle qui survient dans la *fièvre typhoïde*. Kocher en cite un cas développé au troisième jour de la maladie, Jeanselme en a observé un exemple au deuxième septénaire. Mais c'est presque toujours au début de la convalescence que survient cette complication.

Deux observations de Tavel tendent à démontrer que la thyroïdite peut représenter la localisation unique d'une infection à bacille d'Eberth.

Quand elle survient à la période d'état, la thyroïdite passe parfois inaperçue, en tout cas son début est insidieux. Quand elle survient à la convalescence, elle est annoncée par une recrudescence ou une reprise de la fièvre et par une hyperleucocytose qui remplace l'hypoleucocytose antérieure (Schudnak et Vlachos). La suppuration est fréquente : elle est notée 6 fois sur 15. En général, l'évolution est favorable et la guérison est obtenue rapidement.

Benoit<sup>(1)</sup> a eu l'occasion d'observer un cas qui diffère de la forme classique, mais présente, au point de vue doctrinal, un intérêt considérable. Un jeune homme prédisposé peut-être par son hérédité, sa grand-mère et sa tante étaient atteintes de goitre, vit à la convalescence d'une fièvre typhoïde se produire une tumeur thyroïdienne, souple et indolente : en même temps apparurent divers symptômes basedowiens indiquant une hyperthyroïdation consécutive à l'infection typhoïde.

C'est aussi après la fin de son évolution, c'est-à-dire après la défervescence, que la *pneumonie* provoque la thyroïdite. La lésion est remarquable par son peu de tendance à l'ouverture spontanée. Quand on pratique une incision, on voit s'écouler un pus épais, visqueux, riche en fibrine. La cicatrisation se fait très rapidement.

Les *thyroïdites pyémiques* sont évidemment beaucoup plus graves et les foyers de suppuration au lieu d'être uniques et bien collectés, comme dans les cas précédents, sont multiples et diffus. Cependant la guérison est possible. Bach l'a observée dans une infection légère consécutive à une saignée du bras, Chantreuil dans une fièvre puerpérale bénigne.

Nous avons dit à plusieurs reprises que l'existence antérieure d'un goitre favorise considérablement la transformation purulente de la lésion. Cependant, même dans ce cas, la résolution est possible, mais elle est rare. La suppuration se fait parfois avec une très grande rapidité, c'est ce qui a lieu surtout quand elle envahit une cavité kystique. Dans certains cas, le malade a tiré un bénéfice de sa strumite : le retrait cicatriciel est un des modes de guérison du goitre.

**Anatomie pathologique.** — La description que nous avons donnée en étudiant les symptômes des thyroïdites nous permettra d'être bref sur l'anatomie pathologique. Dans la plupart des cas, on s'est contenté de faire un examen macroscopique qui fournit peu de renseignements en plus de ceux que révèle l'observation clinique. Lebert a eu l'occasion d'étudier deux thyroïdites non suppurées. Le tissu fortement congestionné était d'un rouge foncé et ponctué de petites hémorragies; l'examen microscopique montra une dégénérescence pigmentaire des cellules. Luigi Porta insiste également sur la congestion des capillaires et la distension des veines. La capsule est épaissie et des exsudats infiltrèrent le tissu interstitiel.

La suppuration occupe le plus souvent les travées conjonctives. Suivant les cas, elle se présente sous l'aspect de petits abcès miliaires, c'est ce qui a lieu dans la pyémie, ou se collecte en un ou deux foyers; parfois enfin elle revêt la forme disséquante ou gangreneuse que nous avons déjà décrite. Dans quelques cas, d'ailleurs exceptionnels, le pus se transforme en une masse solide.

(1) F. BENOIT. Syndrome de Basedow post-typhoïdique. *Arch. de neurol.*, octobre 1900.

Nous avons déjà signalé la compression et les lésions des organes voisins. Dans ces cas de Laure, la trachée devenue triangulaire par la compression pouvait à peine admettre une plume d'oie.

**Diagnostic et traitement.** — Le diagnostic des thyroïdites est généralement assez facile.

La congestion de la glande évolue sans fièvre et sans s'accompagner, dans la plupart des cas, de manifestations bien graves. Même, quand des phénomènes de compression se produisent, les réactions inflammatoires font défaut.

Il faudrait un examen bien superficiel pour confondre longtemps la thyroïdite aiguë avec une angine ou une adénite cervicale. Les phlegmons du cou se reconnaissent à ce que la tuméfaction est plus superficielle et plus large. Il est plus difficile de distinguer les laryngo-chondrites : dans un cas publié par Gaucher, au lieu de la thyroïdite qu'on avait diagnostiquée, on trouva une nécrose partielle du cartilage thyroïde.

Enfin l'erreur a pu être commise, même par des chirurgiens comme Billroth, entre une thyroïdite et un sarcome.

Le traitement devra être, dans certains cas, étiologique. On donnera le salicylate de soude dans la thyroïdite rhumatismale, la quinine dans la thyroïdite paludéenne.

Pour arrêter la marche de l'affection, on conseille de prescrire au début un purgatif et de faire, au moyen de sangsues, une déplétion locale. Les pommades résolutive, comme l'onguent napolitain belladonné, les applications de compresses très chaudes pourront être utilisées. Enfin si la suppuration se produit, il faudra pratiquer une incision précoce, drainer et recouvrir d'un pansement antiseptique. Dans la plupart des cas, la cicatrisation s'est faite rapidement.

#### TUBERCULOSE DE LA GLANDE THYROÏDE

Les infections aiguës n'ont pas le monopole de provoquer des lésions de la thyroïde : les processus chroniques retentissent également sur cette glande, comme le démontre l'étude de la tuberculose.

La glande thyroïde peut présenter, dans la tuberculose, deux ordres de lésions. Tantôt, elle est envahie par des bacilles qui s'y localisent et y suscitent le développement de granulations spécifiques; tantôt, elle est imprégnée par des toxines dont l'influence nocive se traduit par le développement d'une sclérose. Les tubercules thyroïdiens sont rares. La sclérose, au contraire, ne fait jamais défaut, au moins quand le processus a duré un certain temps. Aussi les thyroïdes qui renferment des tubercules sont-elles presque toujours sclérosées. Mais, pour la commodité de la description, nous envisagerons séparément les deux ordres de manifestations et nous étudierons successivement le tubercule thyroïdien et la sclérose thyroïdienne des tuberculeux.

**Tubercule thyroïdien.** — La tuberculose de la glande thyroïde a longtemps passé inaperçue. Rokitansky, en 1861, en niait l'existence. C'est que, jusqu'à ce moment, la pathologie de la thyroïde se réduisait à l'histoire du goitre; on s'était donc préoccupé des relations qui peuvent exister entre cette affection et la tuberculose. Hamburger (1), en 1855, était arrivé à conclure qu'il n'y a pas d'antago-

(1) HAMBURGER. Sur les rapports du goitre et de la tuberculose. *Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*. (Anal. Gaz. méd. de Paris, 1855, p. 840.)

nisme entre les deux maladies et que les goitreux peuvent être atteints de tuberculose pulmonaire, mais qu'ils ne deviennent pas phtisiques.

La première observation de tuberculose thyroïdienne appartient, semble-t-il, à Lebert (1), qui trouva des granulations miliaires dans la thyroïde d'une femme de 25 ans, morte de granulie à forme typhoïde. Virchow (2) rapporte un cas analogue et relate une observation de tubercule caséeux. Des faits semblables furent publiés par Chiari, Weigert, Demme. Dans un important mémoire sur le goitre, Wölfler (3) réunit les cas antérieurs et y ajouta quelques observations personnelles. Puis vinrent les travaux de Cornil et Ranvier (4) qui ont étudié l'histogénèse du tubercule dans la thyroïde, de E. Fränkel (5), de Bruns (6), de Rolleston (7).

Si l'on en croit les statistiques qui ont été publiées, la tuberculose thyroïdienne serait assez fréquente.

Chiari a examiné la glande thyroïde de 100 tuberculeux; 96 étaient des phtisiques vulgaires : 4 furent trouvés porteurs de tubercules thyroïdiens; les 4 autres étaient atteints de tuberculose aiguë : chez 3 d'entre eux la thyroïde renfermait des granulations. Weigert (8), examinant 11 cas de granulie, a constamment trouvé des tubercules dans la thyroïde. E. Fränkel, dans 50 autopsies de phtisiques, a vu 6 fois la thyroïde infectée. Enfin Voelcker (9) rapporte 5 cas de tuberculose miliaire chez des enfants; chaque fois la thyroïde était envahie.

Les recherches que nous avons faites avec M. Garnier (10) nous donnent une proportion de tubercules thyroïdiens sensiblement inférieure. Dans 5 cas de tuberculose miliaire aiguë, l'examen histologique de la thyroïde ne nous a montré qu'une seule fois des granulations; chez 11 tuberculeux chroniques, nous avons vu la thyroïde indemne, même à l'examen microscopique; enfin dans un cas où il s'agissait d'une granulie greffée sur une tuberculose chronique, pulmonaire et pharyngée, nous avons rencontré dans la thyroïde à la fois des tubercules fibreux, un abcès tuberculeux et des granulations grises. Nous avons ainsi au total 2 cas de tuberculose thyroïdienne sur 16 examens. Dans un travail récent, Pinoy dit avoir examiné les glandes thyroïdes de 20 tuberculeux et avoir trouvé 4 fois des tubercules (11).

Les sujets chez lesquels on rencontre la tuberculose thyroïdienne, sont en général jeunes; la femme observée par Lebert avait 25 ans; la malade de Rolleston 25 ans; une de nos malades avait 54 ans, l'autre était un enfant de 1 an. Pourtant dans les cas de tuberculose miliaire aiguë, les sujets peuvent être assez âgés; Weigert a rencontré des granulations chez des individus ayant 53,

(1) LEBERT. *Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung*, 1862, p. 264 (cité par Bruns).

(2) VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs* (trad. française d'Aronsohn), t. III, p. 125 et 256 (note).

(3) WÖFLER. Ueber die Entwicklung und den Bau des Kropfes. *Archiv für klinische Chirurgie*, 1885, XXIX, p. 826.

(4) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histol. pathol.*, 1<sup>re</sup> éd., 1869, p. 205; 2<sup>e</sup> éd., 1881, t. I, p. 240.

(5) E. FRÄNKEL. Ueber Schilddrüsentuberculose. *Virchow's Archiv*, 1886, CIV, p. 58.

(6) BRUNS. Struma tuberculosa. *Beiträge zur kl. Chirurgie*, 1895, X, p. 1.

(7) ROLLESTON. Tubercule caséeux dans la glande thyroïde; abcès tuberculeux ouvert dans l'œsophage. *Transactions of the pathological society of London*, 1897, vol. XLVIII, p. 197.

(8) WEIGERT. Zur Lehre von der Tuberculose und von verwandten Erkrankungen. *Virchow's Archiv*, vol. LXXVII, p. 269, 1879.

(9) VOELCKER. *Transactions of the pathological society of London*, vol. XLII (cité par Rolleston).

(10) ROGER et GARNIER. Sclérose du corps thyroïde chez les tuberc. *Soc. de biol.*, 50 juillet 1898. — Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose. *Arch. gén. de méd.*, avril 1900.

(11) PINOY. Sur la tuberculose du corps thyroïde. XIII<sup>e</sup> Congrès de méd. Section d'anat. path., p. 505, Paris, 1900.