

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.

56 et 60 ans. Les enfants sont fréquemment atteints; Virchow cite le cas d'un enfant de 8 mois; les 5 malades de Vœlcker étaient des enfants: le malade de Perry<sup>(1)</sup> avait 10 ans.

Le sexe n'a pas une grande importance; pourtant les femmes semblent être en majorité; nos deux malades appartenaient au sexe féminin; sur 7 autres observations avec désignation de sexe, 4 fois il s'agissait de femmes.

La tuberculose de la thyroïde peut-elle être primitive? Deux observations tendraient à le prouver. Weigert a observé un malade mort de granulie, qui était porteur de noyaux caséux dans le lobe gauche de sa glande thyroïde; une veine thyroïdienne avoisinante présentait deux noyaux tuberculeux, mais la lumière du vaisseau était restée complètement libre. Plus récemment, M. Schwartz<sup>(2)</sup> a rapporté une observation d'abcès tuberculeux de la thyroïde chez un homme de 50 ans qui ne présentait aucune autre manifestation tuberculeuse; le pus de cet abcès inoculé à des cobayes les rendit tuberculeux; le malade guérit après incision et drainage de la cavité. Ce sont là des faits exceptionnels; le plus souvent la tuberculose de la thyroïde est secondaire, et le foyer primitif peut se trouver dans un point plus ou moins éloigné de l'économie. La propagation de l'infection tuberculeuse à la thyroïde se fait alors, soit par la circulation, ce qui est le cas habituel, soit par contiguïté. Virchow a vu un tubercule ramolli développé dans la thyroïde au contact d'un ganglion tuberculeux. Dans une curieuse observation de MM. Grasset et Estor<sup>(3)</sup>, la lésion thyroïdienne semblait consécutive à un mal de Pott cervical; l'infection de la glande s'était faite probablement par l'intermédiaire de la chaîne ganglionnaire placée à l'extrémité inférieure de la tumeur vertébrale et avait ainsi gagné le lobe gauche de la thyroïde; il n'existait que quelques rares noyaux tuberculeux dans les poumons.

En général, la tuberculose thyroïdienne se rencontre soit chez des phthisiques vulgaires, soit, et le plus souvent, chez des malades ayant succombé à la granulie. Dans les deux cas, le bacille a dû suivre la voie de la circulation pour atteindre la glande, et donner lieu au développement des diverses formes de la tuberculose.

On peut voir, en effet, au niveau de la thyroïde, les différents aspects qu'affectent d'habitude les lésions tuberculeuses, depuis les grosses masses caséuses ramollies jusqu'aux granulations microscopiques. Il est donc nécessaire de décrire un certain nombre de formes anatomiques: les unes, s'accompagnant de symptômes cliniques, attirent l'attention sur la glande; les autres, au contraire, ne sont reconnues qu'à l'autopsie, ou même qu'à l'examen histologique. Ces formes sont au nombre de quatre.

Dans certains cas, les produits tuberculeux abondants amènent un gonflement marqué de la thyroïde; on a alors affaire à un véritable *goitre tuberculeux*: c'est la forme chirurgicale de l'affection. Cliniquement, on reconnaît le gonflement du cou qui inquiète le malade et attire l'attention du médecin; parfois le développement de la glande peut arriver à comprimer les organes voisins. M. Barth<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> PERRY. *Transactions of the pathological society of London*, vol. XLII, p. 298 (cité par Rolleston).

<sup>(2)</sup> SCHWARTZ. Abcès tuberculeux du corps thyroïde. *Arch. de laryngol.*, 1894, t. VII, p. 320.

<sup>(3)</sup> GRASSET et ESTOR. Myélite cervicale faussement attribuée à un traumatisme périphérique et produite en réalité par un mal de Pott méconnu. Pas de pachyméningite; névrite radiculaire; thyroïdite tuberculeuse. *Revue de méd.*, 1887, p. 115.

<sup>(4)</sup> BARTH. Un cas de thyroïdite caséuse affectant la forme du goitre suffocant. *France méd.*, 1884, t. I, p. 549.

a rapporté un cas de thyroïdite caséuse ayant aplati la trachée, et entraîné la mort par asphyxie progressive; malheureusement le diagnostic de la nature de cette thyroïdite est resté hésitant; malgré l'examen histologique pratiqué par M. Gombault, il a été impossible de déterminer s'il s'agissait de syphilis ou de la tuberculose; le bacille de Koch avait été recherché sans succès.

D'autres cas de goitre tuberculeux ont été rapportés, qui ne laissent aucun doute: telle est l'observation de Bruns; la trachée était comprimée, et l'extirpation de la tumeur devint nécessaire. Tel aussi le cas de M. Schwartz; la compression portait sur le récurrent droit qui était paralysé, et sur le sympathique dont l'altération se traduisait par de l'inégalité pupillaire. Nous pouvons citer encore les faits de E. Frænkel et de J. Gerber<sup>(1)</sup>; dans cette dernière observation la thyroïde avait atteint en deux mois le volume d'un œuf de poule.

Si l'on en juge d'après le nombre de cas publiés, cette forme de tuberculose thyroïdienne est rare. Elle se caractérise anatomiquement par le développement de gros tubercules solitaires qui peuvent rester à l'état cru ou se ramollir et former de véritables abcès tuberculeux nécessitant parfois la ponction comme dans le cas de M. Schwartz.

On peut rapprocher de ces faits l'affection décrite par Dumolard sous le nom de thyroïdite folliculaire. C'est une affection à marche subaiguë, caractérisée par des poussées successives suivies d'ouvertures fistuleuses. La nature tuberculeuse de ces lésions, sans être démontrée, semble probable.

Dans une deuxième forme, la glande renferme aussi des masses caséuses, mais elle n'est pas suffisamment augmentée de volume pour comprimer les organes voisins. Dans un cas de Virchow la thyroïde présentait des tubercules ramollis du volume d'une cerise. Chez le malade de Grasset et Estor, le lobe gauche était deux fois plus développé que normalement, bosselé, dur, et présentait sur ses faces antérieure et supérieure une série de petites tumeurs de la grosseur d'une lentille, rattachées à la glande par un pédicule. Chiari rapporte quatre exemples de cette forme anatomique. Dans le cas de Rolleston, outre les masses caséuses que l'on voyait à la coupe de la glande, il y avait un abcès situé dans le lobe gauche et ouvert dans l'œsophage par deux orifices, l'un de la largeur d'une pièce de 6 pence, l'autre plus petit et admettant seulement un stylet. Enfin, chez une malade que nous avons observée et qui succomba à une granulie greffée sur une tuberculose chronique, nous avons trouvé dans la pyramide de Lalouette un petit abcès tuberculeux qui était resté latent jusqu'à l'autopsie.

La troisième forme correspond à la tuberculose miliare de la glande thyroïde. A l'œil nu, on voit des granulations tuberculeuses disséminées à la surface et dans l'intérieur du parenchyme; ces granulations, en général jaunâtres, tranchent sur le reste du tissu et se reconnaissent assez facilement; elles sont plus ou moins nombreuses suivant les cas, et atteignent le volume d'un grain de millet. Cette forme a été surtout décrite par E. Frænkel; les observations de Berry, Perry, Vœlcker et une observation de Virchow s'y rattachent. Notre malade adulte présentait, outre l'abcès tuberculeux de la pyramide, des granulations jaunâtres disséminées à la partie supérieure du lobe gauche et dans le lobe droit.

Parfois enfin l'existence de granulations n'est reconnaissable qu'au microscope. La glande ne semble pas modifiée macroscopiquement; elle n'est pas augmentée

<sup>(1)</sup> JULIUS GERBER. Thyroïdite tuberculeuse aiguë. *Königl. Gesellschaft der Ärzte in Buda-Pesth*, 16 mai 1896 (in *Wiener medicinische Presse*, 8 août 1896, col. 1054).

de volume et ne paraît pas altérée. Il est donc indispensable, avant d'affirmer l'absence de granulations thyroïdiennes, d'avoir pratiqué un examen histologique.

Il est bien évident que plusieurs de ces formes anatomiques peuvent coexister chez un même sujet; ce fut le cas de la malade dont nous avons déjà parlé: elle présentait à la fois un abcès tuberculeux de la pyramide de Lalouette, des tubercules fibreux à la partie supérieure du lobe gauche, des granulations miliaires dans les deux lobes; enfin l'examen histologique nous fit découvrir des tubercules jeunes, microscopiques.

L'aspect des tubercules thyroïdiens, dans les deux cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, ne correspond pas aux descriptions données par les auteurs. Presque tous les histologistes ont insisté sur la présence et l'abondance des cellules géantes. Ces éléments font défaut dans nos préparations. Ce qu'on voit, c'est, à la partie centrale, une masse vitreuse ou caséuse, tranchant sur le reste du tissu par son aspect homogène. Séparée quelquefois par une bande claire, elle est limitée par des cellules épithélioïdes entremêlées, dans la partie périphérique, à des cellules rondes. On peut ainsi décrire au tubercule thyroïdien trois zones: la zone centrale ou caséuse, la zone moyenne ou épithélioïde, la zone externe ou leucocytaire.

Autour du tubercule le tissu thyroïdien est profondément lésé. La place des vésicules est indiquée par les cellules glandulaires qui sont encore groupées sous forme de cercles ou d'ellipses, mais sont mal colorées. La cavité des vésicules, au lieu d'être remplie par la matière colloïde, contient quelques fibrilles englobant des cellules épithéliales. Entre les vésicules, se voit un tissu fibreux, beaucoup plus abondant que normalement et renfermant de nombreuses cellules fixes, proliférées.

Si, le plus souvent, les tubercules thyroïdiens subissent une transformation caséuse, il est des cas où la granulation évolue vers le type fibreux. Nous avons rencontré un bel exemple de ce processus chez la malade dont nous avons déjà parlé. La partie supérieure du lobe gauche était occupée presque entièrement par une masse fibreuse, au niveau de laquelle il ne restait plus que quelques vestiges de lobules thyroïdiens.

La plupart des auteurs qui ont décrit des tubercules thyroïdiens ne sont pas parvenus à y colorer le bacille de Koch. Nous n'avons pas réussi davantage sur les coupes provenant de l'enfant. Mais, dans le deuxième cas, celui qui se rapporte à la femme adulte, nous avons vu un grand nombre de bacilles: ils se trouvaient à la périphérie de la masse caséuse, en plein tissu nécrobiosé, et un peu plus en dehors au milieu des cellules épithélioïdes. Nous en avons même coloré, loin des tubercules, dans les bandes conjonctives qui sillonnaient le tissu.

**Tubercule thyroïdien expérimental.** — En injectant des cultures tuberculeuses par l'artère thyroïdienne, nous sommes parvenus à reproduire des granulations chez les animaux, du moins chez le lapin. Chez le cobaye, qui est beaucoup plus sensible, nous avons obtenu des lésions diffuses, mais pas de réaction en foyer. Cependant, avec des cultures probablement moins virulentes, le résultat peut être différent et des tubercules peuvent se produire, comme le démontre une expérience de Pinoy.

Le tubercule expérimental est constitué sur le même type que le tubercule humain. Mais les diverses zones sont mieux séparées les unes des autres.

En nous permettant de suivre jour par jour l'évolution des nodules, l'expérimentation nous fait saisir le mode de formation de la lésion.

Le premier effet du bacille ou de sa toxine est de provoquer une dégéné-

rescence des cellules. Comme toujours, les éléments les plus hautement différenciés sont les moins résistants: c'est donc l'épithélium vésiculaire qui est atteint tout d'abord. Si le processus est très intense, c'est-à-dire si les bacilles sont très virulents ou s'ils sont injectés en grand nombre ou, ce qui revient au même, si l'organisme est peu résistant, comme c'est le cas pour le cobaye, la réaction est nulle ou peu marquée. Si l'action est moins énergique ou la résistance plus grande, une réaction se produit. Or deux cas différents doivent être envisagés. Tantôt, l'imprégnation de l'organisme est diffuse, il s'agit de toxines formées dans un autre point et amenées par la circulation dans la thyroïde: la réaction sera elle-même diffuse et aboutira à la production des lésions scléreuses dont il nous reste à faire l'étude. Tantôt, au contraire, les bacilles ont pénétré dans la glande; s'ils sont parfois disséminés dans le tissu, ils prédominent en certains points. Ce sont ces colonies bactériennes qui donneront naissance à la plus grande quantité de toxines, provoqueront les lésions dégénératives les plus intenses et deviendront, par suite, l'objectif principal des réactions défensives: dès lors, la granulation tuberculeuse se constitue. Si on rapproche les faits cliniques et expérimentaux, on finit par reconnaître que les éléments du tubercule proviennent des cellules migratrices. Les cellules du tissu peuvent bien entrer en prolifération et se multiplier au point de remplir les vésicules. Mais elles n'ont plus leurs caractères et leurs propriétés physiologiques; elles sont tuméfiées, leur protoplasma perd ses affinités tinctoriales et le noyau se réduit à quelques grains encore colorés. Ainsi modifiées, les cellules épithéliales ressemblent assez aux cellules épithélioïdes qui entourent la masse caséuse; elles s'en distinguent par des contours plus irréguliers, un protoplasma plus homogène, un noyau plus périphérique.

**Sclérose thyroïdienne des tuberculeux.** — En face des tubercules thyroïdiens, il convient d'étudier une autre lésion beaucoup plus fréquente, la sclérose thyroïdienne des tuberculeux. Cette altération est, pour ainsi dire, constante, au moins dans les cas à marche chronique: sur 12 thyroïdes de phtisiques examinées à ce point de vue, avec l'aide de M. Garnier, 11 en étaient atteintes. Pinoy a également observé la sclérose dans les deux thyroïdes tuberculeuses qu'il a examinées. Charrin et Nathan Lerrier en admettent l'existence chez les nouveau-nés issus de mères tuberculeuses. Le seul cas où la sclérose faisait défaut concerne une femme affectée d'un goitre d'origine inconnue, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun trouble. La thyroïde pesait 90 grammes, c'est-à-dire trois fois plus qu'à l'état normal; au microscope, les vésicules se montraient distendues par la matière colloïde; les cellules épithéliales étaient aplaties; mais on ne voyait ni granulation ni sclérose. Ainsi l'existence d'une ancienne lésion goitreuse, loin de représenter un point d'appel pour les manifestations morbides, semblait au contraire avoir préservé la glande des altérations que la tuberculose y suscite.

Il est difficile actuellement de déterminer quels sont, parmi les symptômes que présentent les phtisiques, ceux qui dépendent de la sclérose thyroïdienne. Tout au plus peut-on se demander si la tachycardie, cette manifestation si fréquente et souvent si précoce de la tuberculose pulmonaire, n'est pas due à une excitation de la glande, à une suractivité qui précéderait la destruction du tissu et la sclérose. Deux observations, rapportées l'une par MM. Gilbert et Castaigne<sup>(1)</sup>,

(1) GILBERT et CASTAIGNE. Infection thyroïdienne et goitre exophtalmique. *Soc. de biol.*, 5 juin 1899, p. 465.