

couches, l'une externe fibreuse, l'autre interne tapissée par un épithélium pavimenteux qui forme des couches stratifiées très épaisses contenant parfois des poils follets (DENOVILLIERS, VERNEUIL, LINHART). Quant au contenu, il se compose de matière sébacée, molle, pâteuse, ou encore mélangée à un liquide onctueux résultant de la fonte de l'épithélium. SCHULL y aurait même observé des dents, mais le fait est contestable.

**Symptômes.** — Parmi les symptômes, les uns communs à toutes les tumeurs du plancher, sont d'ordre mécanique; tels sont la compression et le refoulement des organes voisins. La gêne qui en résulte peut être suffisante pour empêcher les mouvements et le rapprochement des mâchoires, la succion chez l'enfant (RICHEL). Si, d'un autre côté, l'on vient à palper une des tumeurs, on la trouve molle, pâteuse, et dans quelques cas elle conserve l'impression du doigt; la fluctuation est obscure ou franche. Généralement la muqueuse présente ses caractères normaux et il est exceptionnel d'apercevoir par transparence la couleur jaune du contenu. Si la tumeur siège sur la ligne médiane, les ouvertures des ostia sont visibles à sa surface, et un grain de sel en fait sourdre de la salive.

La marche de ces tumeurs est lente, puis brusquement elles entrent dans une phase d'activité, deviennent douloureuses, augmentent de volume et dans quelques cas (DENOVILLIERS, VERNEUIL) repoussent le maxillaire en avant et dévient les dents; elles ne s'enflamment pas spontanément.

**Diagnostic.** — Suivant les uns, rien ne serait plus facile que de reconnaître les kystes dermoïdes; tel n'est pas l'avis d'ANGER, de BARBÈS. Les abcès froids que l'on rencontre exceptionnellement dans ce point ont une évolution plus rapide et déterminent de la douleur. Les grenouillettes sont fluctuantes, bleuâtres, unilatérales; les kystes hydatiques sont parfois transparents, les lipomes ne conservent pas l'impression du doigt. Les meilleurs signes sont fournis par la marche de la tumeur et la ponction exploratrice.

**Traitement.** — C'est à l'extirpation que le chirurgien doit donner la préférence, et d'une façon générale l'énucléation est facile. L'incision sera faite par la bouche, mais dans certains cas il est plus commode d'opérer par la voie sus-hyoïdienne. Maintes fois les chirurgiens se sont contentés d'inciser ou d'exciser la paroi. RICHEL a échoué en procédant ainsi chez un nouveau-né qui ne pouvait téter; cette méthode expose aux récidives. Parmi les complications de ces opérations, nous signalerons le phlegmon sus-hyoïdien.

#### D. — KYSTES HYDATIQUES. — LIPOMES

Nous ne ferons que mentionner l'existence des *kystes hydatiques* du plancher de la bouche, dont on ne connaît qu'un très petit nombre d'exemples. Le diagnostic n'a jamais été posé qu'au moment de l'opération (RICHEL).

Le *lipome* du plancher buccal n'est guère plus fréquent, puisqu'on en réunirait à peine dix observations. CHURCHILL a enlevé un lipome chez un vieillard de quatre-vingt-six ans; MONOD en a communiqué un autre cas à la Société de chirurgie (1881). Ces faits s'ajoutent à ceux qui sont consignés dans la thèse de LABAT (1874). Molles, indolores, lentes à se développer, les grenouillettes

graisseuses sont d'un diagnostic difficile; parfois la couleur des pelotons adipeux apparaît à travers la muqueuse. On peut confondre cette variété avec les grenouillettes ou les kystes dermoïdes. La ponction séparera le lipome des kystes liquides: le kyste dermoïde conserve l'impression du doigt, ce qui n'a pas lieu pour la tumeur grasseuse.

## CHAPITRE IV

### AFFECTIIONS DES DIVERSES RÉGIONS DU COU

Après les développements dans lesquels nous sommes entrés en parlant des affections chirurgicales du cou en général, il ne nous reste plus qu'à décrire quelques unes des maladies propres à chacune des régions secondaires, sous-hyoïdienne, sterno-mastoïdienne et de la nuque.

#### § 1<sup>er</sup>. — Affections de la région sous-hyoïdienne

Tout l'intérêt que présentent les lésions chirurgicales de cette région réside presque exclusivement dans la pathologie du corps thyroïde, de la trachée et du larynx et de l'œsophage. Aussi nous bornerons-nous à exposer brièvement l'histoire des traumatismes, des phlegmons, des abcès et des kystes indépendants de ces organes.

#### 1<sup>o</sup> LÉSIONS TRAUMATIQUES

On retrouve à la région sous-hyoïdienne toutes les variétés de traumatismes, coups de couteau, de fleuret, contusions. Le plus grand nombre des plaies sont produites par des projectiles ou des tentatives de suicide; signalons encore les incisions faites par le chirurgien dans l'opération de la trachéotomie. Tant qu'elles restent superficielles, ces diverses blessures n'ont qu'une faible gravité et leur importance est intimement liée à la lésion des organes sous-jacents. Afin d'éviter des répétitions inutiles, nous renvoyons le lecteur aux chapitres consacrés à chacun d'eux.

Faisons cependant mention des *brûlures* qui ne sont pas absolument rares dans cette région. On y observe tous les degrés, et elles laissent à leur suite des cicatrices blanches ou rosées, fort désagréables. Au point de vue chirurgical, les brûlures profondes et étendues, dépassant le derme, offrent une grande importance. En effet, le tissu inodulaire rétractile amène insensiblement la formation de brides cicatricielles exerçant des tractions sur la peau des régions voisines et même sur la tête; c'est de cette façon que l'on peut expliquer l'ectro-



pion des lèvres et la flexion permanente de la tête sur le cou. La figure (170) nous en fournit un exemple saisissant.

Le chirurgien peut-il, pendant la période de cicatrisation, s'opposer à la production de ces cicatrices vicieuses et difformes. ? Dans une certaine mesure



Fig. 170. — Cicatrices vicieuses du cou consécutives à une brûlure. Flexion de la tête et ectropion de la lèvre inférieure. (D'après FISCHER.)

l'emploi des greffes, des colliers, peut combattre la tendance à la rétraction, empêcher les adhérences anormales, mais nous n'avons aucune action sur la rétractilité du tissu inodulaire, et c'est à l'autoplastie qu'il faudra recourir ultérieurement.

### 2° PHLEGMONS ET ABCÈS SOUS-HYOÏDIENS

La plupart des collections purulentes qui prennent naissance dans la région sous-hyoïdienne sont intimement liées aux affections du larynx, de la trachée, du corps thyroïde; certaines variétés méritent cependant d'attirer l'attention. On a observé quelquefois au niveau de l'espace hyo-thyroïdien des abcès situés entre l'épiglotte et la membrane hyo-thyroïdienne; ils donnent lieu, en raison de leur siège, à des complications redoutables, à des menaces d'asphyxie et à de l'aphonie qui s'explique aisément par suite du gonflement des replis ary-épiglottiques. Extérieurement il existe toujours un gonflement marqué; le pus se porte ordinairement vers la muqueuse et tend à se vider dans le pharynx. En réalité on pourrait considérer cette affection comme un phlegmon pharyngien antérieur circonscrit.

Après avoir essayé les antiphlogistiques afin d'enrayer la marche du phlegmon, le chirurgien devra ouvrir la collection en enfonçant le bistouri profondément à travers la membrane thyro-hyoïdienne. Le cas échéant, il faudrait pratiquer la trachéotomie pour obvier aux menaces d'asphyxie.

Les abcès superficiels situés au-dessous du larynx ne sont pas très rares, le pus provient habituellement des organes voisins. On a vu des abcès du poumon, des cavernes pulmonaires, s'ouvrir à la région sus-sternale. Beaucoup plus fréquemment le pus des phlegmons sus-hyoïdiens fuse en suivant la trachée dans les médiastins; de là l'indication de les ouvrir de bonne heure.

### 3° KYSTES SOUS-HYOÏDIENS

Laissant de côté les kystes thyroïdiens et congénitaux, nous attirerons seulement l'attention sur plusieurs espèces de kystes qui occupent la ligne médiane. Ils ont été étudiés par PLENCQUE, BOYER, VERNEUIL, GRUBER (*Archives de Virchow*, t. LXXVII et LXXVIII). PANAS a signalé un kyste dermoïde médian dans l'espace hyo-thyroïdien. (*Société de chirurgie*, t. III, p. 235), et l'un de nous a vu un kyste de même nature au-dessus de la fourchette sternale, rattaché aux parties profondes par un pédicule. Quant aux kystes branchiaux canaliculés

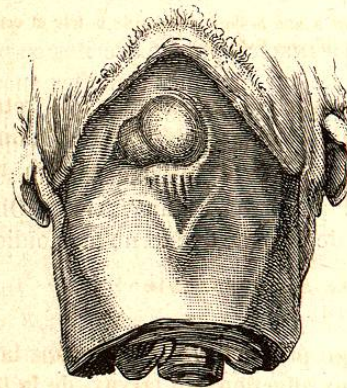


Fig. 171. — Kyste superficiel anté-hyoïdien (sub-fasciale de GRUBER), *Arch. de Virchow*, t. LXXVIII, p. 84.

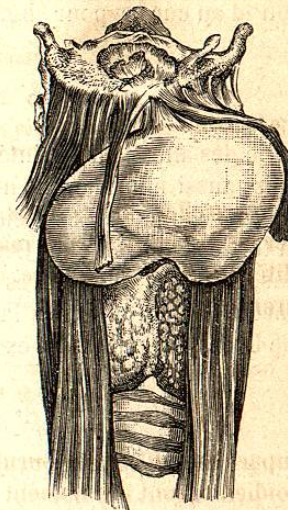


Fig. 172. — Kyste anté-thyroïdien d'après WENZEL-GRUBER, *Arch. de Virchow*, t. LXXVII, p. 105.

ou non, ce sont de véritables dilatations sur le trajet complet ou incomplet d'une fistule.

Au niveau de la pomme d'Adam se développent quelquefois des hygromas qui paraissent avoir pour origine la bourse séreuse de glissement sous-cutanée (BÉCLARD); ils ont été l'objet de la thèse de CORSON (Paris, 1877). D'autres siè-



gent sous l'aponévrose superficielle; c'est à cette dernière variété que se rattache la pièce représentée (fig. 171) d'après GRUBER. — VERNEUIL avait déjà décrit en 1850 des kystes sus-hyoïdiens; GRUBER a eu l'occasion de disséquer un kyste anté-thyroïdien (fig. 172).

Il ne faut pas confondre les hygromas, en quelque sorte accidentels et rares, avec les *kystes de Boyer*, qui ont pour point de départ la bourse séreuse rétro-hyoïdienne. Ces tumeurs atteignent exceptionnellement des dimensions supérieures à celles d'une noix; lorsqu'il s'agit d'hygroma simple, le kyste soulève la peau au-dessous de l'os hyoïde. Sa consistance est ferme, sa rénitence bien marquée; la peau est mobile sur la tumeur qui suit les mouvements du larynx. Quant au contenu, il est séreux ou visqueux. Viennent-ils à s'enflammer, les kystes de Boyer perdent leur indolence; la peau rougit, devient adhérente, s'amincit, tandis que la paroi suppure. Après son ouverture, la tumeur s'affaisse mais n'a aucune tendance à la guérison spontanée; il s'en écoule un liquide muco-purulent et la fistule persiste très longtemps.

NÉLATON considérait ces tumeurs comme des kystes développés aux dépens des glandules pré-épiglottiques; il s'agirait d'une sorte de grenouillette sous-hyoïdienne.

La ponction et les injections irritantes conviennent quand le kyste n'est pas enflammé. S'il existe une fistule, on cherchera à modifier la surface de la poche par les caustiques afin d'en amener l'accolement. Parfois il faut arriver à l'excision et au curage pour obtenir la cicatrisation.

## § 2. — Affections du muscle sterno-mastoïdien

Une partie des affections qui intéressent ce muscle ont été décrites en parlant du torticolis, aussi n'insisterons-nous ici que sur quelques maladies spéciales, l'hématome, les gommés. Les lésions traumatiques, assez rares, sont parfois suivies de torticolis chronique; ORIS l'a vu succéder à un coup de feu. Quelques chirurgiens, CAVALIER entre autres (*J. gén. de méd.*, t. LIV), auraient observé la rupture incomplète du muscle à la suite d'une chute. Enfin VELPEAU, OLIVIER, PONCET (de Lyon) ont publié des exemples de myosite du sterno-mastoïdien.

### 1° HÉMATOMES

SYNONYMES. — Myosclérose (BOHN, HENOCH). — Trachœlématome (TORDENS).

**Bibliographie.** — LABALBARY, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — WILKS, *The Lancet*, 1862. — PAGET, *Union méd.*, 1865. — BLACHEZ, *Gaz. heb.*, 1876. — LANNOIS, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1883, p. 140.

Thèses de Paris. — 1876, TRAINSEL. — 1883, LE BRETON.

Divers auteurs signalent chez les nouveau-nés l'existence de tumeurs dans la gaine du muscle sterno-mastoïdien. Pendant assez longtemps cette altération a été méconnue et on l'a rattachée à la syphilis; les recherches plus récentes, celles de SCHRECKA, TORDENS, LE BRETON, ont démontré la nature hémorragique

de l'affection, et toutes s'accordent pour attribuer l'hématome à la rupture de quelques rameaux vasculaires à la fin des accouchements laborieux. Pour LE BRETON, les présentations du siège y prédisposeraient plus que les autres.

Ces épanchements sanguins, plus fréquents à gauche qu'à droite, forment des tumeurs circonscrites qui mesurent trois ou quatre centimètres de longueur; ils sont ovoïdes, fusiformes, parfois bosselés, indolents; on les a vus occuper toute la hauteur de la gaine du muscle de l'apophyse mastoïde à la clavicule. Tantôt la peau a conservé à leur niveau son aspect normal, tantôt elle est indurée. La maladie n'offre pas de gravité; essentiellement lente dans son évolution, elle diminue progressivement et se termine au bout de plusieurs mois par une induration fibreuse, une sclérose partielle du muscle, qui expliquent le nom de myosclérose donné à cet hématome par BOHN, HENOCH.

### 2° GOMMES DU STERNO-MASTOÏDIEN

**Bibliographie.** — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1858 et 1861. — SÉRY, *Progrès méd.*, 1875. Thèses de Paris. — 1851, MANGENOT. — 1858, ST-ARRONSAUD, THÉVENET. — 1866, DESPRÉS (Agrég.). — 1875, ROUSSET. — 1876, SABAIL. — 1881, LÉCUYER. Thèse de Lyon. — 1878, BALLERET.

L'existence des gommés du sterno-mastoïdien est connue depuis longtemps, mais c'est surtout dans ces dernières années que l'attention a été attirée sur ce point par LÉCUYER. A peine est-il besoin de dire qu'elles constituent des accidents tertiaires de la syphilis. Plus communes de vingt-cinq à cinquante ans, les gommés auraient été rencontrées chez des fœtus et seraient liées alors à la syphilis héréditaire. Cependant ces faits sont contestables; ce qui tendrait à faire croire qu'il s'agissait d'hématomes, c'est que dans une autopsie de TAYLOR, la masse était exclusivement constituée par du tissu fibreux. SMITH avait déjà émis cette idée.

Les gommés du sterno-mastoïdien, parfois multiples, évoluent comme toutes les tumeurs du même genre. NÉLATON a vu une gomme occuper toute la longueur du muscle, cependant l'affection siège de préférence sur les deux chefs inférieurs. Les plus petites gommés ont les dimensions d'une amande, les plus grosses celles d'une orange. Au début il existe de la douleur, de la contracture et un empâtement limité au muscle. Vient-on à imprimer des mouvements à l'organe, on s'assure que la tumeur fait corps avec lui; chez plusieurs malades, la peau avait perdu sa mobilité. Après une période de crudité plus ou moins longue, les gommés du sterno-mastoïdien se ramollissent et s'ulcèrent, ou bien encore aboutissent à l'induration. Sur treize cas réunis par LÉCUYER, cinq fois l'affection, mal soignée, s'était terminée par ulcération. Cette évolution ne s'observe d'ailleurs que dans les cas où le traitement spécifique n'a pas été institué en temps opportun.

Le diagnostic d'une semblable lésion repose d'une part sur les antécédents du malade et la concomitance d'autres manifestations de la syphilis, d'autre part sur les caractères de la tumeur elle-même. Il faut d'abord s'assurer par



une exploration attentive que la gomme est adhérente au muscle, le suit dans ses mouvements, et fait une saillie lorsqu'il se contracte. Les autres affections du sterno-mastoïdien, en dehors de l'hématome, sont très rares, et seuls les abcès froids pourraient simuler une gomme ramollie; la diminution rapide de la tumeur sous l'influence de l'iodure de potassium à doses progressives lève tous les doutes.

### § 3. — Affections de la région de la nuque

#### 1<sup>o</sup> LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les plaies qui intéressent la région cervicale postérieure n'offrent une gravité réelle que lorsqu'elles sont profondes, très étendues; dans le premier cas, leur importance résulte de la blessure simultanée des vertèbres et surtout de la moelle épinière; dans le second, les grandes dimensions des lambeaux exposent au sphacèle, au tétanos et plus tard à des troubles fonctionnels sérieux, par suite de la cicatrisation vicieuse. On a vu des coups de sabre détacher toutes les parties molles de la nuque qui tombaient en arrière en formant un vaste lambeau; les chirurgiens militaires, BAUDENS, LEGUEST, ont observé des lésions analogues en Algérie à la suite des tentatives de décollation pratiquées par des Arabes sur des soldats français. Enfin les coups de feu de la nuque sont loin d'être rares; tantôt il s'agit de sétons, tantôt de gouttières; d'une façon générale ces plaies, assez douloureuses, suppurent beaucoup; seules les larges blessures exposent aux hémorragies et nécessitent parfois la ligature des branches artérielles sectionnées.

Le meilleur traitement consiste à rapprocher les lambeaux après les avoir convenablement nettoyés; un pansement antiseptique est de rigueur; en outre il convient d'immobiliser la tête et de prescrire au malade le décubitus dorsal ou encore mieux latéral.

#### 2<sup>o</sup> LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les seules affections inflammatoires qui présentent quelques particularités sont le furoncle et l'anthrax; la structure feutrée du tissu cellulaire explique suffisamment la douleur très marquée qui accompagne ces lésions. Souvent multiples, les furoncles de la nuque évoluent plus lentement que dans d'autres régions, et la résistance que le derme épais oppose à l'élimination du bourbillon nécessite d'ordinaire l'intervention chirurgicale.

La nuque est en quelque sorte un lieu d'élection de l'anthrax et il y acquiert parfois une gravité exceptionnelle. Non seulement il engendre de vastes pertes de substance qui mettent à nu les muscles disséqués et les vertèbres, mais il est susceptible de compromettre l'existence. Aussi faut-il de bonne heure débrider les foyers et faciliter par des pansements détersifs l'élimination des escarres. Ces cicatrices consécutives à l'anthrax déterminent fréquemment des rétractions et des positions vicieuses de la tête et du cou.

Signalons seulement la présence des abcès froids, rarement isolés, presque toujours ossifluents et liés à quelque altération de la base du crâne et des vertèbres cervicales.

#### 3<sup>o</sup> TUMEURS

De toutes les productions morbides que l'on rencontre à la nuque, les plus communes sont assurément les *lipomes*; tantôt bien circonscrites, sous cutanées, tantôt diffuses, ces tumeurs se développent lentement et peuvent acquérir des dimensions considérables, ainsi que nous l'avons dit au chapitre général. On les voit alors pousser des prolongements entre les muscles, sous le trapèze, s'insinuer dans les régions voisines et donner lieu à des difformités graves dont la figure 173 nous montre un exemple; la tumeur formait éga-

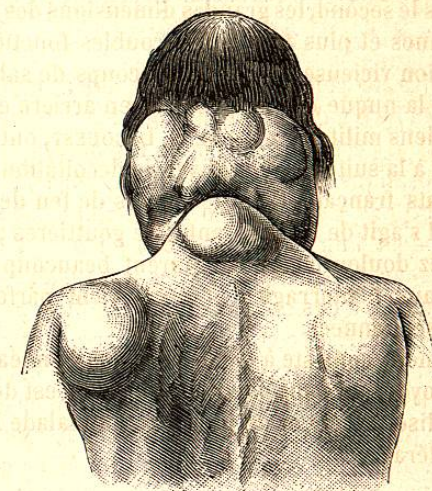


Fig. 173. — Lipome de la nuque et des parties latérales du cou.

lement une masse saillante sur les parties latérales. Leur fausse fluctuation habituelle, leur indolence, leur forme ne permettent guère de confondre les gros lipomes; il n'en est pas de même des petites tumeurs que l'on a prises pour des kystes, des angiomes caverneux, etc. Une ponction exploratrice tire le chirurgien d'embarras. Ajoutons que l'extirpation est le seul traitement convenable des lipomes; cependant il nous semble plus sage de respecter les tumeurs volumineuses en raison des dégâts considérables que l'intervention nécessiterait.

Les autres néoplasmes intéressants de la nuque sont les *kystes* congénitaux habituellement situés sur la ligne médiane et un peu au-dessous de l'occipital. Ces kystes, moins communs que ceux des autres régions cervicales, sont parfois en communication avec les méninges céphaliques par une solution de continuité de la base du crâne (*spina-bifida cranien*); il s'agit d'une variété d'encéphalocèle et de méningocèle; le gonflement de la tumeur par l'effort,



les cris, les pulsations isochrones au pouls, la réductibilité permettront de reconnaître cette origine.

## CHAPITRE V

### MALADIES DU CORPS THYROÏDE

#### § 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques

**Bibliographie.** — HORTELOUP, Thèse d'agr., Paris, 1866. — LEBERT, *Krankh. d. Schilddrüse*, Breslau, 1862. — FISCHER, in *Deutsche Chir.* de Billroth et Lucke, Lief. 34 (Bibliogr.).

L'histoire des plaies du corps thyroïde est assez mal connue; cela tient sans doute à ce que la lésion de cet organe coïncide presque constamment avec celle de la trachée et des gros vaisseaux de la région. Quelquefois le chirurgien incise l'isthme pour pratiquer la trachéotomie; ailleurs on a vu le thyroïde intéressé par le rasoir dans les tentatives de suicide; enfin les projectiles traversent accidentellement l'un des lobes de la glande et même peuvent s'arrêter dans son épaisseur. Signalons aussi les contusions consécutives à des tentatives d'étranglement, à des coups de poing, à des chutes.

Un seul symptôme caractérise ces plaies, l'hémorragie primitive remarquable par son abondance, sa persistance, la multiplicité des orifices par où le sang s'écoule. Elle peut être assez considérable pour entraîner le mort. Cette vascularité de l'organe explique aussi la fréquence des hémorragies secondaires. A la suite des traumatismes, le corps thyroïde se tuméfie et l'inflammation envahit plus ou moins le parenchyme. Tantôt une couche de bourgeons charnus recouvre la solution de continuité et la comble peu à peu, tantôt la suppuration envahit le lobe correspondant; le pus peut encore fuser dans le médiastin antérieur.

Les plaies par instruments tranchants semblent être plus sérieuses que les plaies contuses et les plaies par armes à feu. Le pronostic offre toujours une certaine gravité. Le seul traitement convenable en pareil cas consiste à arrêter l'hémorragie au moyen de pinces hémostatiques, de ligatures, de liquides astringents, du thermo-cautère, et ensuite à appliquer un pansement antiseptique.

#### § 2. — Lésions inflammatoires

##### 1<sup>o</sup> CONGESTION DU CORPS THYROÏDE

**Bibliographie.** — BACH, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIX. — VIRCHOW, *Pathol. des tumeurs*, t. III, p. 215. — GUYON, in *Arch. de physiol.*, 1868. — 1870. — OLLIVIER,

*Arch. gén. de méd.*, 1873. — JENKS, *Amer. J. of Obstetr.*, 1882. — WOLFGANG FREUND, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, p. 215, t. XVIII, 1883.

La congestion du corps thyroïde n'est pas à proprement parler une maladie spéciale; elle consiste dans un gonflement fluxionnaire analogue à celui des autres glandes vasculaires sanguines.

**Étiologie.** — L'influence de l'établissement des règles sur la congestion du corps thyroïde est aujourd'hui bien connue, et chez certaines femmes, à chaque période menstruelle, le gonflement se reproduit, mais cette congestion devient surtout manifeste pendant la grossesse. En dehors de ces causes d'ordre physiologique, l'affection a été observée dans le cours de diverses maladies; BIEBUYCK, GRECO l'ont signalée dans les fièvres palustres. Enfin les recherches de GUYON, de FREUND, tendent à démontrer que les efforts brusques et l'occlusion prolongée de la glotte s'accompagnent quelquefois de la congestion de l'organe. Tels sont l'extension forcée du cou, la constriction lente par des liens, les efforts de la parturition, les effets d'une chute, etc.

Les seuls caractères de cette congestion sont: le gonflement uniforme, total, indolent et intermittent de l'organe. Dès que la cause qui la produit vient à cesser, les symptômes disparaissent sans laisser de traces appréciables, à moins qu'il ne s'agisse de congestions successives fréquentes, qui contribuent au développement du goître hypertrophique. C'est surtout en pareille circonstance qu'on voit survenir les hémorragies interstitielles sur lesquelles nous reviendrons.

Une semblable affection ne doit être traitée qu'autant qu'elle est liée à un état général spécial, la malaria par exemple; les bons effets du sulfate de quinine ont alors été notés.

##### 2<sup>o</sup> THYROÏDITE AIGÜE

SYNONYMES. — Goître aigu. — Goître inflammatoire.

**Bibliographie.** — BAUCHET, *Gaz. hebdom.*, t. IV, p. 49. — KOCHER, in *Deutsch. Zeitschr.* t. IV et X, et *Berlin klin. Wochens.*, 1878. — GASCOYEN, *Brit. Med. J.*, 1876. — BOEGEHOLD, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1880, n<sup>o</sup> 12. — LIOUVILLE, *Soc. de biologie*, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 91. — REVILLIOUT, *Gaz. des Hôp.*, 1877. — WÖLFIER, *Arch. de Langenbeck*, 1883, t. XXIX (Bibliogr.).  
Thèses de Paris. — 1861, MARTINACHE. — 1877, ROELLINGER. — 1879, DÉTRIEUX. — 1880, SIMON. — 1881, GALTIER, LARDILEY, PINCHAUD.

Il existe encore une certaine confusion au sujet des inflammations du corps thyroïde; les uns ne distinguent pas l'inflammation de l'organe primitivement sain (*thyroïdite simple*) de celle du corps thyroïde malade, hypertrophié (*goître enflammé* ou *strumite*); cette distinction doit nécessairement être faite. Ceci posé nous n'aurons en vue ici que la thyroïdite aiguë, car il nous semble impossible de séparer l'histoire de la thyroïdite chronique de celle du goître fibreux,

**Étiologie.** — La thyroïdite aiguë, bien étudiée aujourd'hui, n'est pas une