

## VI. — SYPHILIS

Si la syphilis congénitale existe, puisque Demme d'après Wölfler aurait trouvé trois fois des gommés thyroïdiennes à l'autopsie d'enfants atteints de syphilis viscérale, il n'en est pas de même de la syphilis acquise dont l'existence reste très douteuse.

## VII. — KYSTES HYDATIQUES

Les kystes hydatiques du corps thyroïde sont extrêmement rares, et Vitrac (1) n'a pu en réunir qu'une vingtaine d'observations.

La tumeur est uni ou multiloculaire. Elle siège en général dans un seul lobe, mais peut envahir la glande tout entière, atteignant parfois le volume des deux poings. Celle-ci tantôt se trouve réduite à une mince couche lamelleuse, tantôt a été refoulée d'un côté, et même peut se trouver hypertrophiée ou fibreuse.

La tumeur a une évolution lente, graduelle et indolore. Elle est de forme régulière, parfois bosselée, coupée par des bandes musculo-aponévrotiques. On peut observer des phénomènes de compression, surtout du côté de la trachée et de l'œsophage, et parfois on a vu le kyste s'ouvrir dans un de ces conduits. Il peut se rompre aussi dans le tissu cellulaire en provoquant une poussée d'urticaire.

Le *diagnostic* est rarement fait. Quant au *traitement*, sans doute l'énucléation ou même une thyroïdectomie uni-lobaire sont les méthodes idéales que l'on devra suivre si leur application paraît facile, mais l'incision déclive et la fixation à la peau peuvent, là comme ailleurs, parfaitement suffire.

## VIII. — TUMEURS

Au point de vue clinique, les tumeurs du corps thyroïde peuvent être divisées en trois groupes :

- 1° Les *goitres, tumeurs épithéliales de nature bénigne.*
- 2° Les *épithéliomas*, avec cette remarque toutefois, qu'il existe entre les premiers et les seconds des formes de transition, adénomes malins dont la structure histologique est celle des goitres, mais que leur malignité doit faire rattacher aux cancers.
- 3° Les *tumeurs conjonctives*, beaucoup plus rares d'ailleurs.

## 1° GOITRES

Les goitres sont des dégénérescences de la glande thyroïde, sous forme de lésions circonscrites ou diffuses et caractérisées clinique-

(1) VITRAC, Kystes hydatiques du corps thyroïde. *Rev. de chir.*, 1897.

ment par la tuméfaction de l'organe et une évolution bénigne.

Autrefois confondus avec les tumeurs lymphatiques ou *strumæ*, ils étaient encore regardés au XVII<sup>e</sup> siècle comme en relation directe avec la trachée et comme produits par la pénétration de l'air dans le corps thyroïde sous l'influence des efforts. En 1817, Ph. von Walther donne déjà une bonne classification anatomique, mais c'est à Virchow que revient le mérite d'avoir montré que l'origine des différentes espèces de goitre est une et que leur point de départ commun est la prolifération de l'épithélium thyroïdien.

Enfin Wölfler (1), se basant sur une étude histologique approfondie, introduit une conception nouvelle : la plupart des goitres naîtraient aux dépens de vestiges de tissu thyroïdien embryonnaire qui sommeillent dans la glande normale, et qui entrent en prolifération pour former la néoplasie.

Entre temps, les descriptions cliniques des diverses variétés de tumeurs étaient l'objet des travaux de Lucke, Demme; Maunoir de Genève étudiait les kystes, et Gruber, Madelung, Gley, et d'autres nous apprenaient à connaître les thyroïdes accessoires, leurs fonctions et les tumeurs qui peuvent en provenir. Les néoplasmes malins, cependant, malgré les études de Cornil, Eppinger, Kauffman, Braun, Bircher; Eiselberg, comportent encore bien des obscurités, et se présentent, tant au point de vue histologique que dans leur marche clinique, avec une physionomie singulière qui leur assigne une place à part parmi les cancers.

Les progrès les plus importants ont été surtout réalisés au point de vue thérapeutique dans ces vingt dernières années. Depuis longtemps, on connaissait l'influence heureuse des préparations iodées, mais l'ablation chirurgicale était envisagée comme une témérité blâmable pour des opérateurs hardis tels que Roux, Velpeau, Dieffenbach.

L'amélioration des procédés d'hémostase a évidemment contribué à rendre les chirurgiens plus audacieux. Les opérations se multiplièrent dans les pays où l'endémie goitreuse en fournissait l'occasion, à Vienne, entre les mains de Billroth, Wölfler en Suisse, de Reverdin, de Kocher, de Julliard, de Roux. En France, il faut faire une large place à l'école lyonnaise et aux travaux de Poncet, Jaboulay, dont les thèses de Bérard (2) et de Rivière (3) nous donnent le reflet.

Quant aux travaux des physiologistes qui, à la suite de Schiff, Horsley, Gley, Baumann, ont cherché à approfondir les fonctions de

(1) WÖLFLE, Entwicklung Bau der Schilddrüse, (*Arch. f. klin. Ch.*, 1883). — Die chirurgische Behandlung de Kropfes (*Arch. f. klin. Ch.*, 1891).

(2) L. BÉRARD, Thérapeutique chirurgicale du goitre, th. de Lyon, 1896.

(3) A. RIVIÈRE, La glande thyroïde et les goitres. Paris, J. B. Baillière et fils, 1893, et *Gaz. des hop.*, 1896.

la glande, à étudier les produits de sa sécrétion, leur nombre est si grand que nous ne pourrions les citer ici.

**Étiologie.** — DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE. — La notion qui domine l'étiologie du goitre, c'est celle de l'endémicité. Ce caractère ne saurait tenir qu'à des conditions locales, inhérentes à certaines contrées, car de tous temps, les mêmes régions sont restées les berceaux de la maladie. D'une façon générale, ce sont les pays montagneux. La Suisse fournit le plus fort contingent de goitreux.

On en rencontre aussi dans les montagnes de l'Angleterre, en Écosse, dans le Tyrol; de même en Afrique dans l'Atlas, en Amérique dans les Cordillères des Andes, en Asie dans les vallées hautes du Thibet.

En France on trouve les goitreux principalement dans la Savoie et le Dauphiné(1), dans le Plateau Central, les Pyrénées, les Vosges. Dans la statistique de Du Cazal (2), le chiffre des exemptions pour goitre est, dans la plupart des départements, de 0,30 à 2 p. 1000, tandis que la Savoie et la Haute-Savoie donnent une proportion de 15,66 et de 20,38 p. 1000, proportion bien différente de ce qu'elle était autrefois, 183,58 p. 1000, d'après Chervin.

Dans les régions goitrigènes, les animaux eux-mêmes n'échappent pas à l'endémie : les chiens, les brebis, les chevaux, les mulets peuvent être atteints.

Les étrangers qui viennent y demeurer sont susceptibles de contracter la maladie.

A vrai dire, ce ne sont pas les hauts plateaux où gisent les goitreux, mais les vallées profondes, encaissées entre de hautes montagnes, mal pénétrées par la lumière, humides, voire même marécageuses. Les habitants, en général, s'y nourrissent mal et vivent dans la malpropreté.

Mais à côté de cette distribution géographique bien définie du *goitre endémique*, il faut reconnaître que l'on voit la maladie se montrer à l'état *sporadique* chez des sujets n'ayant jamais quitté leur pays natal, plaine éloignée des montagnes, ou même bord de la mer. Toutefois, on rencontrera un certain nombre de cas de goitre qui ne sont sporadiques qu'en apparence, les malades ayant fait pendant leur enfance un séjour de quelques années ou même de quelques mois dans un pays à goitre, et y ayant vraisemblablement contracté le germe de la maladie, alors même que celle-ci ne s'est développée que beaucoup plus tard.

Enfin, dans les contrées où le goitre existe à l'état endémique,

(1) JACQUES, Contribution à l'étude du goitre dans les Hautes-Alpes. Th. de Lyon, 1895.

(2) DU CAZAL, Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire (*Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, 1896, p. 67).

on voit parfois survenir dans les collèges, les casernes, les prisons, de véritables *épidémies* atteignant la moitié ou les deux tiers des individus. Sont-ce bien là des goitres ou de simples congestions thyroïdiennes, des thyroïdites épidémiques comparables aux oreillons? Si, chez un grand nombre de sujets, ces accidents ne sont que passagers, chez d'autres, ils persistent bien à l'état de goitre permanent. Cette considération, jointe à la notion du développement de la maladie dans une contrée infestée par l'endémie, doit faire admettre qu'il y a entre le goitre épidémique et le goitre endémique un lien étroit dont, il est vrai, la nature intime nous échappe.

**AGE.** — Le goitre peut exister à la naissance avec un volume déjà très développé. Ces faits sont connus depuis le mémoire de Betz sur la bronchocèle congénitale, ils sont d'ailleurs extrêmement rares. Nous allons en dire quelques mots pour n'y plus revenir :

On cite comme les plus curieux, le cas de Demme, qui a trait à un goitre de 102 grammes chez un fœtus de 3 kilogrammes, et celui décrit par Mondini, qui s'étendait du menton au sternum. Un certain nombre sont des goitres kystiques, tels les faits de Friedreich, Boucher, Bednar, Adelman, Demme. Demme a observé un goitre fibreux. Beaucoup n'ont qu'un petit volume et sont des hypertrophies vasculaires qui tendent à disparaître. Quelques-uns sont peut-être aussi de véritables angiomes congénitaux.

Un grand nombre de goitres apparaissent à l'époque de la *puberté*, de sept à douze ans. Dans certaines écoles de la Savoie, le nombre des enfants atteints de goitre est parfois plus grand que le nombre de ceux qui sont indemnes. Wölfler, sur 90 cas de goitre examinés au point de vue de l'âge, a trouvé que 46 p. 100 étaient apparus à la naissance ou à la puberté. Il admet d'ailleurs que tous ces goitres proviennent d'ébauches goitreuses existant déjà à la naissance et méritent par conséquent d'être considérés comme congénitaux.

La *grossesse* est une seconde époque de prédilection pour l'apparition des goitres (1). D'après Lawson, ce serait, dans 66 p. 100 des cas, à l'occasion du premier accouchement, et dans 34 p. 100, lors des accouchements ultérieurs. Il n'y a là, comme dans la puberté, qu'une cause prédisposante. Enfin, exceptionnellement, on peut voir la tumeur apparaître ou grossir à l'époque de la *ménopause*. Passé cet âge, elle ne se montre plus.

**SEXE.** — La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre une grande prédominance du goitre chez la femme. Baillarger sur 13 090 cas a trouvé 4 606 hommes contre 8 484 femmes. Dans les écoles de la

(1) MANGIN, Contribution à l'étude du goitre puerpéral. Th. de Paris, 1894. — TAILHEFER, Le goitre génital de la femme. Th. Toulouse, 1895. — ODEYE, Influence des modifications utéro-ovariennes sur la glande thyroïde. Th. Paris, 1895.

Suisse, d'après Combes, le nombre des garçons goitreux serait de quatre par rapport à cinq filles.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Les anciennes théories qui admettaient une relation entre le goitre et la tuberculose ne méritent aucune créance ; il y aurait même plutôt antagonisme (Girard). Il en est de même de ses rapports avec l'impaludisme (Barton, Greco), aussi contestables que les relations admises par certains physiologistes entre la glande thyroïde et la rate. La plupart des cas de goitre cités coïncidant avec d'autres affections ont d'ailleurs les caractères de goitres aigus, et il s'agissait vraisemblablement de thyroïdites.

HÉRÉDITÉ. — Il est difficile d'apprécier la valeur de ce facteur étiologique dans les régions où le goitre est endémique, puisque les enfants dès leur naissance se trouvent dans les mêmes conditions que leurs parents ; mais dans les formes sporadiques, on a parfois constaté son influence, non seulement chez l'homme, mais même chez les animaux. Friedreich cite l'observation d'une famille, parmi laquelle le père et ses cinq enfants étaient goitreux dans une contrée dépourvue d'endémie ; il parle encore d'un hameau où sur 92 individus d'une même famille on pouvait compter 45 goitreux, alors que les autres habitants avaient toujours été indemnes.

RAPPORTS DU GOITRE AVEC LE CRÉTINISME. — L'étude de la distribution géographique du crétinisme nous montre, ainsi que l'ont établi Morel, Baillarger, Bischer, Virchow, Kocher, qu'elle est à peu près la même que celle de l'endémie goitreuse avec cette restriction, que le crétinisme frappe des régions plus circonscrites, là précisément où le goitre atteint son maximum de fréquence. Les crétins sont souvent goitreux dans la proportion d'au moins 75 p. 100. Dans les deux tiers des cas, leur goitre apparaît avant deux ans, exceptionnellement après douze ans ; souvent aussi ils ont des goitreux parmi leurs ascendants. Kocher a toujours constaté le goitre chez un des parents et affirmé que l'on peut toujours en trouver des traces par une exploration attentive. Mais inversement on ne peut dire que deux parents goitreux soient fatalement exposés à engendrer des crétins. Baillarger, dans les conclusions de la Commission française, se contente d'admettre que « les parents goitreux engendrent des enfants crétins dans une proportion exceptionnelle comparativement aux parents exempts de goitre ».

Il y a donc surtout une coïncidence tenant à ce que crétins et goitreux sont soumis à des conditions étiologiques identiques, agissant sur la glande thyroïde à des âges et à des degrés différents. Ne savons-nous pas aujourd'hui que les crétins qui ne sont pas goitreux n'ont pas de glande thyroïde (Bourneville, Kocher) ? Nous pouvons donc conclure que dans les contrées à endémie, la glande thyroïde peut dégénérer incomplètement (goitre vulgaire), ou complètement,

d'où alors des accidents d'insuffisance thyroïdienne qui chez l'enfant nouveau-né conduisent au crétinisme, chez le jeune enfant au nanisme et à l'idiotie, chez l'adulte au myxœdème.

Pathogénie. — Nous sommes encore dans l'ignorance absolue au sujet de la véritable cause du goitre. Bien que toutes les influences étiologiques aient été sondées, puisque Saint-Lager n'en énumère pas moins de quarante-deux, malgré les progrès de l'anatomie pathologique et de la bactériologie à notre époque, la question n'est pas plus avancée sur ce point qu'il y a vingt ans. Les théories peuvent être rangées sous trois chefs : *théorie mécanique*, *théorie chimique* et *théorie parasitaire*.

THÉORIE MÉCANIQUE. — Elle a pour base l'influence de l'effort sur la circulation thyroïdienne. La congestion thyroïdienne produite par l'effort ne peut pas être mise en doute : tout l'effet de la pression intrathoracique se transmet presque sans obstacle dans cette éponge vasculaire qu'est la glande thyroïde, et de fait on la voit se gonfler pendant les cris, les efforts, les attaques convulsives. Mais ces turgescences répétées peuvent-elles produire un goitre ? Rien n'est moins établi, en dépit des cas cités par quelques auteurs, et partout reproduits, tels que les aveugles que Larrey a vus en Égypte et qui deviendraient goitreux à force de chanter, tels aussi les deux officiers du général Morin qui contractèrent un goitre, passager d'ailleurs, en restant de longues heures le cou tendu sur des plans, telles encore les dentelières de Luzarches qui d'après Hahn auraient dû leur goitre à l'attitude penchée de la tête. Dans les cas analogues à celui de Morétin, qui vit se développer subitement un goitre pendant l'accouchement, on peut se demander s'il ne s'est pas agi d'une hémorragie survenue dans un petit goitre préexistant. L'effort est un facteur étiologique trop communément répandu pour pouvoir exercer autre chose qu'une influence occasionnelle tout à fait secondaire.

THÉORIE CHIMIQUE. — A une époque où la bactériologie n'était pas encore née, on cherchait volontiers dans l'analyse chimique la clef des phénomènes pathologiques ; aussi, tous les *circumfusa* dans les régions goitreuses ont-ils été successivement interrogés.

L'eau a déjà été incriminée par Hippocrate et Galien ; les Béotiens accusaient l'Asopos d'être la cause de la maladie. N'y aurait-il pas quelques propriétés particulières dans ces eaux de montagnes, filtrant à travers des couches géologiques de nature différente, et si abondamment chargées de calcaire ? Est-ce l'aération qui leur manque (Piot) ? Que dire alors de l'usage de l'eau bouillie ? Est-ce l'acide carbonique, les phosphates ? Doivent-elles leur nocuité à une trop forte proportion de magnésie (Grange) ? de pyrites de fer (Saint-Lager) ? de fluorures, etc. ?

Toutes ces hypothèses paraissent sans grande valeur, car il résulte des analyses faites des différentes eaux goitrigènes par Blondeau,

Finot et d'autres, qu'il n'existe aucune relation entre la fréquence des goitres et la plus grande abondance dans l'eau de l'un ou l'autre de ces principes. Comme le fait remarquer Kocher, la constitution géologique du sol reste la même, tandis que l'on voit varier l'intensité de l'endémie dans beaucoup de régions.

Il faut attacher une plus grande importance aux opinions qui font jouer un rôle à l'absence de l'iode dans l'eau des montagnes, si l'on tient compte des bons effets que produit dans le goitre la médication iodée et de la richesse en iode du corps thyroïde lui-même, comme l'a démontré Baumann.

Chatin en 1852 établit par des analyses minutieusement faites que l'eau, comme l'air d'ailleurs, dans les pays de montagne et les vallées, contient des proportions de ce métalloïde infiniment moindres que l'eau des plaines. Cette insuffisance d'iode ne pourrait-elle amener la dégénérescence de la glande thyroïde ? Mais ici encore se présentent des objections. Le goitre disparaît sur les hauts plateaux et les sommets élevés et pourtant l'iode ne pourrait y être encore que plus rare. Les goitres sont fréquents autour de Trieste, région que le voisinage de la mer devrait imprégner d'iode. Les iodures que contient l'eau de l'Allier n'empêchent pas le développement du goitre sur les rives de ce cours d'eau. Il faut donc reconnaître l'insuffisance des théories chimiques.

THÉORIE PARASITAIRE. — Émise pour la première fois par Humboldt, elle ne repose que sur des hypothèses. Le parasite a été cherché inutilement dans le sang, dans le goitre, mais on a pensé qu'il avait l'eau pour véhicule. L'influence nocive des eaux des boissons semble du moins nettement établie (Saint-Lager, Klebs, Bircher, Kocher) (1), Wagner citait en 1860 des puits de certaines contrées de la Suisse dont l'eau donnait le goitre. Aujourd'hui encore, au dire de Combes, il existe dans quelques villages des cantons de Vaud et de Berne, des fontaines où les autorités et les instituteurs interdisent aux enfants de boire, et où, pour échapper au service militaire, vont parfois s'abreuver les conscrits. Que dire du fait rapporté par Bircher : une commune tellement atteinte qu'elle avait 59 p. 100 d'enfants goitreux à l'école, et 25 p. 100 d'exemptions annuelles du service militaire pour goitre se décide à amener l'eau d'une autre source. Le nombre des écoliers malades descend l'année suivante à 37 p. 100, puis quelques années après à 25 p. 100. Mêmes considérations dans les faits de Saint-Lager, de Boussingault, de Hanke. Le goitre qui était fréquent à Reims il y a cent ans, disparut lorsque l'on remplaça l'eau des puits par une eau de source.

On pourrait s'étonner qu'une eau pure comme celle des montagnes ne soit pas stérile. Or Kocher a fait examiner par Tavel une eau

(1) KOCHER, Festschrift für prof. Thiersch (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1892).

pure et limpide en apparence, qui était accusée de donner le goitre : elle renfermait trente-trois espèces de microbes ; une autre eau, légèrement trouble, provenant d'une région indemne de goitre, examinée par comparaison, ne contenait que neuf espèces. Mais quels sont ceux de ces micro-organismes qui ont une action nuisible ? Bircher, Klebs, Lantz, n'ont jamais pu ni cultiver, ni même constater un microbe dans le goitre. Pour Baumann, les micro-organismes agiraient en s'opposant à l'assimilation des traces d'iode contenues dans les aliments.

Ces incertitudes ont permis de supposer que l'air pouvait servir de véhicule, Virchow l'admettait. Combes le soutient en s'appuyant sur l'étude d'une épidémie qu'il a observée à Ouchy près Lausanne et qui a sévi sur l'école des filles, y compris leur maîtresse, sans atteindre l'école des garçons, bien que l'eau fût commune.

Comme on le voit, la théorie parasitaire en est encore à attendre les premiers éléments d'une démonstration rigoureuse.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions du goitre peuvent être générales, je veux dire porter sur la glande tout entière, ou partielles, affectant dans ce cas un des lobes seulement ou l'isthme ; de là nous pouvons induire des différences dans la forme et la situation de la tumeur. En second lieu, on peut se trouver en présence d'altérations diffuses, mal limitées au milieu d'un parenchyme glandulaire avec lequel elles se fusionnent intimement, ou au contraire, bien circonscrites, nucléaires, voire même encapsulées. Ces goitres nucléaires sur lesquels a insisté Gutknecht (1) ont mérité une place à part depuis que l'on s'est attaché aux thyroïdectomies partielles et aux énucléations intra-glandulaires qui leur sont particulièrement applicables. Lorsque la nodosité siège dans les couches périphériques de la glande, non seulement elle émerge au dehors de celle-ci, mais elle s'énuclée à la façon de certains fibromes de la mamelle et de l'utérus, et peut n'être plus rattachée à la glande que par un étroit pédicule. Enfin il est des cas où le tissu malade est encore plus indépendant, mais alors le goitre n'est plus originellement développé dans la glande thyroïde elle-même, il a pour point de départ les glandes thyroïdes accessoires : nous y reviendrons.

Ce n'est pas seulement dans leur forme et dans leur siège, mais aussi dans leur aspect sur une coupe que les goitres peuvent affecter les apparences les plus variables. Ici, ils montrent une surface rappelant celle d'une tranche de la glande normale, là des travées conjonctives épaisses, ailleurs des foyers ramollis ou hémorragiques, des kystes, des vaisseaux en abondance.

Ces variétés d'aspect rendent difficile une description générale ou une classification basée sur la structure macroscopique. Virchow a

(1) GUTKNECHT, Die histologie der Struma aus dem path. Institut. in Bern (*Virchow's Arch. für pathol. Anat.* Bd. 99).

eu le mérite de faire remarquer que toutes ces formes différentes ne résultaient que de transformations évolutives ou de modifications régressives ayant pour base originelle la prolifération de l'épithélium glandulaire ; il distingue les catégories suivantes :

*Goitre parenchymateux* ou *hypertrophique*, *goitre colloïde* ou *gélatineux*, *goitre fibreux*, *goitre vasculaire*, et *goitre kystique*.

Wölfler qui a fait un grand nombre d'examen histologiques détaillés, parfois en s'aidant d'injections dans les vaisseaux, a établi un grand nombre de subdivisions histologiques ; il distingue : 1° comme Virchow l'*hypertrophie* ; 2° le groupe des *adénomes*, qu'il partage en sous-variétés nombreuses.

Nous ne saurions suivre complètement la division de Wölfler qui est purement histologique, et manque des caractères généraux suffisants pour qu'on puisse la faire concorder avec la clinique ; nous gardons donc la division de Virchow, en y intercalant l'*adénome fœtal* de Wölfler qui mérite bien sa place à part et en complétant la description de Virchow à l'aide des données histologiques de Wölfler.

Mais auparavant voyons la valeur de ce terme *adénome* appliqué aux goîtres :

Pour Virchow, la multiplication épithéliale dans les goîtres se ferait de la façon suivante : par endroits, on verrait proliférer les cellules des follicules thyroïdiens de façon à former des bourgeons pleins ramifiés envahissant le tissu conjonctif interstitiel. Ces bourgeons s'étrangleraient, se transformant ainsi en nouvelles vésicules glandulaires, et secondairement interviendraient les modifications du tissu interstitiel qui donnent lieu aux différentes variétés de goitre. Son opinion est encore partagée par Hitzig (1).

D'après Wölfler, la grande majorité des goîtres résulterait d'un processus qu'il qualifie d'*adénomateux* et que nous allons résumer : il est nécessaire d'abord d'envisager la glande thyroïde saine du nouveau-né ou de l'adolescent. Wölfler y distingue deux zones qu'il désigne sous le nom de corticale et de médullaire et dont l'importance résulterait de ce fait qu'elles ne participent pas à un égal degré aux processus pathologiques. Or, dans la corticale, on trouve entre les vésicules glandulaires des amas de cellules rondes, qui sont des cellules glandulaires restées à l'état embryonnaire et gardant une vascularisation embryonnaire, c'est-à-dire imparfaite. Ces amas cellulaires dans les cas normaux servent à l'accroissement de la glande adulte et disparaissent. Dans les goîtres ce sont eux qui prolifèrent en adénomes. Si le fait est exact, le terme adénome est impropre, car il ne correspond pas à la définition de l'adénome que nous sommes habitués à regarder depuis Valdeyer comme une néoplasie épithéliale rappelant dans sa constitution le type de la glande normale. Bien au

(1) HITZIG, Beiträge zur histologie und histogenese des Struma. Inaug. Dissert. Zurich, 1894 et Arch. f. kl. Chirurgie, p. 464.

contraire il s'agit d'une prolifération atypique et diffuse perdant souvent l'ordination acineuse.

Wölfler, selon l'évolution ultérieure de ces amas glandulaires embryonnaires, établit des subdivisions :

Cette évolution se fait-elle dans le sens du tissu thyroïdien fœtal, c'est-à-dire en reproduisant des tubes glandulaires, on a l'*adénome fœtal*. Conduit-elle au tissu thyroïdien adulte, c'est-à-dire à la formation de vésicules glandulaires, c'est l'*adénome gélatineux* (goitre colloïde classique) avec des variétés déterminées par les modifications ultérieures, *cysto-adénome*, *adénome myxomateux*, *folliculaire* ou *tubulaire*. Revenons à présent à l'étude de nos principaux types anatomiques.

1° **Goitre hypertrophique** ou **parenchymateux**. — Il est encore appelé goitre folliculaire, goitre glandulaire, dénominations qui tendent toutes à rappeler que le tissu de ces goîtres affecte de grandes ressemblances avec celui de la glande normale. Il se présente ordinairement sous la forme diffuse, mais son accroissement irrégulier donne parfois à la tumeur une apparence noueuse, bosselée. Au point de vue microscopique, il se compose de vésicules glandulaires serrées les unes contre les autres à peu près normales ou légèrement dilatées, sans matière colloïde dans leur intérieur. L'aspect diffère de celui d'une glande normale en ce que les septa conjonctifs qui séparent les lobules les uns des autres ne se retrouvent plus (Müller). Cette variété de goitre est constituée d'après Virchow par une continuation des phénomènes histologiques qui déterminent la croissance du corps thyroïde à l'état normal. Il la considère comme fréquente. Wölfler au contraire la regarde comme extrêmement rare. C'est que Virchow confond dans sa description la variété suivante que Wölfler sépare avec raison sous le nom d'*adénome fœtal*.

2° **Adénome fœtal** (Wölfler). — Il affecte principalement la forme nucléaire, tantôt ce sont de gros noyaux durs, distincts, émergeant de la substance thyroïdienne, on en voit parfois qui atteignent le volume du poing. Tantôt ce sont des noyaux plus petits, gros comme une noisette ou un pois, inclus au sein du tissu glandulaire et se laissant découvrir seulement par une palpation attentive. Ces masses sont parfois nettement circonscrites par une coque formée en partie de tissu conjonctif, en partie de tissu sain refoulé et atrophié. Sur une coupe elles ont une teinte gris jaunâtre ou brunâtre, parfois rouge lorsqu'il s'est produit une infiltration hémorragique dans leur intérieur ; selon l'abondance du tissu fibreux, leur parenchyme est résistant ou au contraire se laisse facilement évacuer. Nous avons dit que Virchow décrivait ces nodosités dans le goitre hypertrophique et les considérait comme des foyers de prolifération circonscrits ; elles semblent également correspondre au *goitre glandulaire enkysté* décrit par Stromeyer.