

Presque toujours ces trouvailles d'autopsie n'intéressent guère le chirurgien. D'après Krishaber cependant, Nélaton signale des cas chirurgicaux où un abcès froid s'ouvre à l'extérieur et reste fistuleux. Je mentionnerai une observation de Grasset et Estor où, chez une femme atteinte d'un mal de Pott méconnu, une tuberculose thyroïdienne causa une tumeur prise pour une thyroïdite; une autre, de H. Barth, où une thyroïdite caséuse affecta la forme du goitre suffocant. De véritables noyaux caséux, ou même des abcès, ont encore été observés par Bruns, Schwartz. L'abcès étudié par Rolleston s'est ouvert dans l'œsophage<sup>(1)</sup>.

## V

## SYPHILIS

Il n'existe pas de description précise de la syphilis thyroïdienne. Wölfler, dans son travail si complet, se borne à citer pour la syphilis acquise une observation — douteuse car il n'y a pas d'examen histologique — où Navratil aurait vu une gomme thyroïdienne grosse comme le poing. Pour la syphilis héréditaire, il nous apprend que 5 fois Demme a trouvé des gommages du corps thyroïde à l'autopsie d'enfants atteints de syphilis viscérale.

## VI

## TUMEURS

Pendant longtemps, l'usage a été d'appeler goitre toutes les tuméfactions thyroïdiennes. Ainsi, j'ai déjà dit que la thyroïdite a souvent été décrite sous le nom de goitre aigu. Il y a là un langage vicieux, excusable sans doute par ce fait que l'inflammation s'attaque surtout aux glandes réellement goitreuses à l'avance. Mais, de nos jours, on tend de plus en plus à réserver le nom de goitre aux tumeurs proprement dites, et encore parmi ces tumeurs l'attribue-t-on plus particulièrement à une variété spéciale de tumeurs épithéliales : il y a, en effet, dans le corps thyroïde, des tumeurs épithéliales et des tumeurs conjonctives, ces dernières étant d'ailleurs de beaucoup les moins importantes. Notre division initiale va donc être celle en tumeurs épithéliales et tumeurs conjonctives.

## A. — TUMEURS ÉPITHÉLIALES

Il faut comprendre sous le nom de tumeurs épithéliales tous les néoplasmes où la prolifération de l'élément glandulaire est le fait initial, même quand,

<sup>(1)</sup> Outre les articles de WÖLFLE (p. 826) et de KRISHABER (p. 522), consulter CORNIL et RANVIER, Manuel d'histologie normale et pathologique, Paris, 1884, t. I, p. 240 et t. II, p. 515. — JARDET, Bull. de la Soc. anat., Paris, 1884, p. 592. — H. BARTH, France méd., Paris, 1884, t. I, p. 549. — GRASSET et ESTOR, Revue de méd., Paris, 1887, p. 115. — BRUNS, Beiträge zur klin. Chir., Tubingue, 1895, t. X, p. 1. — E. SCHWARTZ, Journal des prat., Paris, 1894, p. 585. — ROLLESTON, Lancet, London, 1896, t. II, p. 1508.

autour des masses épithéliales, les éléments conjonctif et vasculaire deviennent importants, voire prédominants, ainsi que cela s'observe dans certaines variétés de goitre.

Anatomiquement, on divise les tumeurs thyroïdiennes épithéliales en : 1° hypertrophies et adénomes; 2° épithéliomes et carcinomes; ce qui répond à peu près à la division clinique en tumeurs bénignes et malignes.

Mais il faut reconnaître que nous sommes encore loin de pouvoir superposer exactement nos connaissances cliniques à nos connaissances anatomiques, et jusqu'à nouvel ordre le mieux est de diviser ces tumeurs en deux groupes, le goitre et le cancer, sans se préoccuper trop, en clinique, des subdivisions établies par l'étude histologique.

## 1° GOITRE

**Définition.** — On appelle goitre une tumeur thyroïdienne d'origine épithéliale, bénigne de son essence et remarquable par des particularités étiologiques spéciales, par ses relations avec le crétinisme surtout. La cause première, efficiente, nous est encore inconnue, et dès lors il faut s'en tenir à cette définition clinique.

HOUEL, Des tumeurs du corps thyroïde. Thèse d'agr. en chir. de Paris, 1860. — PARCHAPPE, Études sur le goitre et le crétinisme. Paris, 1874. — BIRCHER (H.), Der endemische Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und Cretinismus. Bâle, 1885. — BOURSIER, Traitement des tumeurs du corps thyroïde. Thèse d'agrég. en chir. de Paris, 1885. — ROBINSON (W.), Endemic goitre or thyroocele. Londres, 1885. — L. BÉRARD, Thérap. chirurgicale du goitre. Thèse de doct. de Lyon, 1896-1897 (bibliographie très complète). — Consulter en outre les articles déjà cités de Virchow, de Krishaber, de Wölfler.

**Historique.** — Si je voulais citer même une faible partie des travaux qui ont été consacrés à l'étude du goitre, il faudrait un volume entier. C'est que cette lésion, extérieurement très visible, remarquable par une tendance frappante au développement endémique, a, depuis bien des siècles, attiré l'attention des observateurs. Les auteurs anciens distinguaient même, avec quelque confusion sans doute, les tumeurs thyroïdiennes, ou bronchocèles, des tumeurs ganglionnaires ou strumes. Mais vers la fin du moyen âge, en Allemagne surtout, des confusions se sont établies entre toutes les tumeurs de la région antéro-latérale du cou; toutes ont été appelées *strumæ*, et de nos jours encore *struma* est le nom courant en Allemagne pour désigner le goitre; les confusions ont cessé, mais le terme vicieux qu'elles avaient engendré persiste.

C'est depuis la fin du xv<sup>m</sup> siècle, depuis Kortum et Fodéré, que l'on a pris soin de bien déterminer cliniquement les tumeurs thyroïdiennes. Peu à peu, au xix<sup>m</sup> siècle, Ph. von Walther (1817), Hedenius (1822), Beck (1855), Rust (1855), Heidenreich ont donné des descriptions systématiques du goitre et de ses principales variétés. Maunoir (de Genève) avait montré dès 1815 que, parmi les kystes ou « hydrocèles » du cou, une bonne partie, chez l'adulte, avait pour siège la glande thyroïde. Les études cliniques n'en étaient pas restées là. En même temps, grâce surtout à Fodéré, on avait fait des enquêtes pour déterminer avec soin les relations du goitre et du crétinisme, et l'on avait de la sorte élucidé en partie un problème étiologique important.

En somme, donc, depuis une soixantaine d'années, la connaissance clinique



du goitre est très avancée. On s'est ensuite attaché aux investigations anatomiques, et c'est du milieu de notre siècle que datent, avec Ecker (1847), Frerichs, Rokitansky, les premières recherches anatomo-pathologiques, peu à peu complétées par L. Porta, Bach (de Strasbourg), Friedreich, Billroth; et les choses en étaient là lorsque, dans ses remarquables leçons sur les tumeurs, en 1867, Virchow édifia une théorie d'histogenèse extrêmement séduisante, bientôt adaptée à la clinique par Lücke et classique jusqu'à ces dernières années. De cette théorie, il est resté une idée dominante : l'unité originelle des goitres en apparence les plus dissemblables. Mais depuis quelque temps des contestations se sont élevées, sous l'influence de Wölfler surtout, sur le rôle primordial de l'épithélium thyroïdien normal.

C'est que, de nos jours, les pièces soumises à l'examen des histologistes ont été et plus nombreuses et plus fraîches. Ce n'est plus seulement par le hasard des autopsies qu'on se les procure, mais à l'aide des opérations que, grâce à la chirurgie antiseptique, nous sommes en mesure d'opposer au goitre. Ces opérations, les thyroïdectomies, ont ouvert une phase d'une importance capitale dans l'histoire du goitre. Non point seulement parce que nous sommes à même d'obtenir des résultats thérapeutiques importants, mais encore il en est résulté des enseignements d'un grand intérêt sur la physiologie de la glande thyroïde, enseignements dont la pratique chirurgicale a vite fait son profit.

Symptômes, étiologie clinique, anatomie pathologique et traitement opératoire, voilà autant de points sur lesquels nos connaissances sont assez complètes. L'agent causal initial reste encore inconnu, et c'est dans ce sens qu'on dirige de nos jours quelques recherches; mais les praticiens prennent patience, car depuis longtemps déjà ils ont appris empiriquement à connaître l'action quasi-spécifique au début de la médication iodée.

*Anatomie pathologique.* — J'envisagerai successivement : 1° les lésions du corps thyroïde; 2° celles des parties voisines.

1° *Lésions du corps thyroïde.* — Dans l'étude des lésions du corps thyroïde, il faut considérer : A. l'aspect macroscopique; B. la constitution histologique; C. les doctrines d'histogenèse.

A. *ASPECT MACROSCOPIQUE.* — Rien n'est variable comme le volume, la forme et même, jusqu'à un certain point, le siège du goitre. Pour le volume, tous les intermédiaires existent entre les petits noyaux appréciables seulement à la palpation et les tumeurs énormes qui pendent devant le tronc, jusqu'au nombril même. Quant à la forme, elle dépend du mode de développement de la tumeur. Lorsque la dégénérescence atteint le corps thyroïde tout entier, la tumeur, pourvu qu'elle ne soit pas trop volumineuse, dessine la forme en fer à cheval de la glande normale. Mais déjà, dans ces conditions, il est rare qu'elle soit bien symétrique, que même un lobe entier soit également envahi; de là des bosselures plus ou moins grosses et plus ou moins irrégulières. Et même il n'est pas exceptionnel que la néoplasie ne porte que sur un lobe, sur une partie d'un lobe, sur l'isthme, sur la pyramide de Lalouette. Certes, dans ces cas, il est de règle que le reste de la glande soit malade, que la palpation y révèle des nodules morbides vérifiés par l'histologie; mais à la simple inspection du cou on ne s'en douterait pas, ou presque pas. De là des tumeurs, ici latérales, là médianes et plus ou

moins élevées; ou bien le goitre envahit toute ou presque toute la glande; mais en un point se développe une bosselure kystique, quelquefois énorme, attirant souvent à peu près seule l'attention au premier abord.

Ce n'est pas tout. Jusqu'ici on s'y reconnaît, et le siège thyroïdien est vite mis en évidence par le clinicien aussi bien que par l'anatomiste. Mais les *goitres aberrants* viennent compliquer la question.

Il est bien connu aujourd'hui que les corps thyroïdes accessoires, noyaux erratiques développés aux dépens d'invaginations épithéliales anormalement persistantes ou anormalement dirigées, sont loin d'être rares. Souvent, sans doute, cela se borne à un lobule surajouté, adhérent à la glande ordinaire par un pédicule plus ou moins étroit; mais parfois l'indépendance est absolue et la masse accessoire n'a aucune connexion avec la masse principale. Or le goitre envahit ces noyaux aussi bien que la glande classique; quelquefois même c'est à eux presque exclusivement qu'il s'attaque. Le goitre plongeant, rétro-sternal<sup>(1)</sup>, dont les chirurgiens se sont tant occupés, relève d'une anomalie primordiale du corps thyroïde, et non point d'une sorte de déplacement secondaire. Il est des corps thyroïdes au bord inférieur desquels sont appendues des masses qui vont au contact de la sous-clavière, du tronc artériel brachio-céphalique, de la crosse de l'aorte, et même de la plèvre et du poumon; le goitre plongeant n'est que l'état pathologique répondant à cette anomalie anatomique. A ces goitres plongeants sont parfois (5 fois sur 90, Wuhmann) associées des déformations de la cage thoracique, qui semblent être plutôt cause (Demme) qu'effet (Wuhmann) du développement rétro-sternal de la tumeur. Une variété spéciale est le goitre rétro-claviculaire, par développement des cornes inférieures des lobes latéraux. Dans d'autres cas, le tissu thyroïdien normal entoure la trachée en un anneau complet, capable de former même un vrai cylindre; ailleurs il passe jusque derrière l'œsophage; à cela aussi correspondent des variétés de goitre, et en particulier les goitres rétro-œsophagiens, qui, signalés par N. Guillot, par Tarnier, par Chaboureau, ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de Kaufmann (de Zurich)<sup>(2)</sup>.

Les véritables goitres aberrants, ceux qui ont été l'objet de nombreux travaux anatomiques et cliniques, dus surtout à Gruber, Lücke, H. Braun, Madelung, Wölfler, sont plus indépendants encore. Il n'est pas d'endroit où l'on n'en ait trouvé dans la région cervicale antéro-latérale, et quelquefois la glande ordinaire semble saine. D'autre part, s'il est de règle que la masse anormale soit reliée au corps thyroïde par un pédicule vasculaire, il faut convenir que cette règle souffre des exceptions; et c'est ainsi que von Bruns, von Ziemssen signalent des tumeurs intra-laryngées ayant la structure du goitre; de même que (je l'ai déjà dit et expliqué embryologiquement) des kystes à paroi thyroïdienne peuvent exister dans la base de la langue<sup>(3)</sup>; on a même observé de vraies masses goitreuses dans cette région. Lorsque ces goitres occupent la région cervicale, Albers avait un mot expressif pour les désigner : il les appelait *goitres ganglionnaires*, car c'est volontiers aux ganglions qu'on attribue ces tumeurs, cliniquement indépendantes du corps thyroïde. Une autre cause d'erreur est la suivante : quelquefois des noyaux solides et surtout des kystes s'énucléent peu à peu hors

(1) GIROD, Thèse de doct. de Montpellier, 1888-1889, n° 56.

(2) KAUFMANN, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, Leipzig, 1885, t. XVIII, p. 254. — BÜCHER, Thèse de Zurich, 1895-1894.

(3) VOY. t. V, p. 51 et 162.



de la glande où ils sont nés et ils semblent dès lors en être indépendants. On observe des migrations analogues pour les adénomes de la mamelle.

Telles sont les principales variétés de forme et de siège. Passons maintenant aux différences, non moins grandes, de l'aspect à la dissection et à la coupe. De ces variétés, les principales sont les goitres folliculaires, colloïdes, fibreux, kystiques, vasculaires.

Le *goitre folliculaire*, encore appelé *mou*, *glandulaire* ou *parenchymateux*, est une tumeur molle, de volume modéré, souvent diffuse, prenant tout un lobe du corps thyroïde ou les deux lobes sans grande asymétrie; un peu noueuse cependant à la palpation profonde et lobulée à la surface, mais relativement lisse. La coupe est à peu près semblable à celle d'un corps thyroïde normal.

Le *goitre colloïde* est celui qui atteint les plus grandes dimensions. Sur la coupe on voit une infinité de loges petites ou grandes, énormes même, remplies d'une gelée jaunâtre, amorphe ou faiblement granuleuse, ressemblant à de la colle forte. Suivant que leur développement a été lent ou rapide, ces loges sont arrondies, ou au contraire polyédriques, aplaties par pression réciproque.

Le *goitre fibreux* est dû à une modification du goitre folliculaire, par hyperplasie, puis sclérose du tissu conjonctif interstitiel. Cette sclérose tantôt est spontanée, tantôt est provoquée, et dans ce dernier cas une de ses causes les plus usuelles est le traitement par les injections interstitielles irritantes. Presque toujours elle n'est que partielle, disséminée, et de là des parties dures, blanches, rétractées, criant sous le scalpel, entourées des tissus mous du goitre folliculaire. Tantôt ces indurations sont diffuses, les tractus fibreux se perdant sans démarcation dans les parties voisines; tantôt elles sont en forme de noyaux circonscrits, de dimensions très diverses, contenus dans une coque d'où ils sont facilement énucléables. Quelquefois la sclérose est totale ou à peu près, et ratatine le goitre: c'est alors qu'elle est dangereuse, surtout lorsque le goitre entoure la trachée, et devient ainsi constricteur.

Le *goitre kystique*, signalé dès l'antiquité, a fait l'objet de nombreux travaux anatomiques et opératoires; la première étude détaillée est celle de Maunoir (de Genève) en 1815. Il présente des dispositions anatomiques très variées. Les kystes y sont grands ou petits, uniloculaires ou multiloculaires, nombreux ou rares. Leur paroi est ici mince et souple, là épaisse, rigide, calcifiée même, incapable de revenir sur elle-même après évacuation. Si on l'incise, on la voit tantôt lisse, tantôt incomplètement cloisonnée par des saillies plus ou moins marquées, tantôt même hérissée de végétations intra-kystiques. Le contenu est, suivant les cas, un liquide incolore ou un peu jaune, quelquefois filant, riche en mucine; il y nage des cellules épithéliales, des paillettes de cholestérine, mais parfois les éléments solides l'emportent et l'on se trouve en présence d'une véritable bouillie. Chez certains malades, enfin, des hémorragies ont lieu dans la cavité et, selon son abondance et son ancienneté, la poche contiendra du sang pur, diffus ou en caillots, ou bien un liquide chocolat ou même noir<sup>(1)</sup>.

Dans tout goitre, les vaisseaux thyroïdiens sont remarquablement volumineux, mais dans certains cas ils prennent une exubérance toute spéciale, et cela constitue le *goitre vasculaire*, ordinairement développé de bonne heure et peut-être même souvent congénital, d'après Heidenreich, Virchow. Il est fré-

(1) PEUT, Thèse de doct. de Paris, 1884-1885, n° 505.

quent aussi au cours de la grossesse, et d'autre part Lücke signale sa nature volontiers épidémique. Il faut subdiviser ces goitres vasculaires en deux variétés: dans l'une, l'hyperplasie porte sur les veines; dans l'autre, sur les artères. Le *goitre veineux* ou *variqueux*, bien étudié par de Haen, Fodéré, Portal, Bruns, est caractérisé par des veines périthyroïdiennes grosses, flexueuses, à dilatations ampullaires; et dans la glande même les veines sont dilatées en ampoules, en sacs, en chapelet; leur paroi amincie perd ses fibres musculaires. Dans le *goitre artériel* ou *anévrismatique*, sur lequel Ph. von Walther surtout a insisté, les troncs artériels volumineux, flexueux, forment de véritables pelotes hors du corps thyroïde; dans la glande ils sont souvent moins énormes, mais ils restent gros encore. Au milieu de ces goitres vasculaires, les hémorragies interstitielles ne sont pas rares, mais elles ne sont pas leur apanage exclusif; et même, affirme Wölfler, elles sont surtout fréquentes dans la variété dite fœtale, où est développée une très riche circulation capillaire et lacunaire; mais c'est là, à vrai dire, une variété de goitre vasculaire.

J'ai signalé les hémorragies intra-kystiques; je parle maintenant d'hémorragies interstitielles: c'est que les ruptures vasculaires, spontanées ou provoquées par un effort, par un coup, ne sont pas rares dans le goitre. En cas d'hémorragie interstitielle, le sang pourrait s'enkyster, ce qui pourtant n'est pas une origine usuelle des kystes. En général il se résorbe, et c'est là un point de départ fréquent de la transformation fibreuse, par irritation du stroma autour de l'hématome.

J'en arrive maintenant à des variétés d'importance médiocre.

La *calcification* partielle est possible, atteignant soit un ou plusieurs noyaux fibreux, soit une paroi kystique; et Gosselin a trouvé libre dans le liquide d'un kyste une lame calcaire venant de la paroi; dans un cas de Daake, il y avait plusieurs calculs dans un kyste; dans un autre, dû à Michaux (de Louvain), la poche contenait une bouillie crayeuse.

Autrefois, Parsoons a parlé de *goitres osseux*; Albers, Lebowicz, de *goitres cartilagineux*: ces faits restent douteux.

Le *goitre cirieux* ou *amyloïde*, décrit par Friedreich, Beckmann, Laycock, Virchow, est une forme rare due à une altération spéciale des vaisseaux. Le tissu folliculaire a d'ordinaire disparu en grande partie et est remplacé par un lacis vasculaire très riche avec une faible quantité d'un tissu vaguement fibrillaire. Par l'action de la teinture d'iode, la coupe prend la couleur rouge vineuse caractéristique.

Je viens de passer en revue les formes élémentaires du goitre et, pour la clarté de la description, je les ai montrées isolées. Mais je dois dire que généralement elles ne le sont pas. Certes, une variété prédomine le plus souvent dans un goitre, mais souvent aussi les autres ne sont pas exclues. De là des diversités d'aspect impossibles à décrire.

Enfin il est un point, que j'ai signalé à propos du goitre fibreux, mais que je veux mettre en relief: le processus néoplasique est tantôt diffus et tantôt circonscrit. Dans ce dernier cas, il aboutit à la formation de *noyaux*, fibreux ou kystiques, énucléables, et c'est là, on le conçoit, une particularité opératoire d'une importance extrême. Les hyperplasies diffuses, générales, revêtent surtout la forme folliculaire ou colloïde.

B. HISTOLOGIE. — Les *éléments glandulaires* du goitre apparaissent, soit sous



forme d'amas cellulaires et de cordons pleins, soit sous forme de follicules creux et de tubes. Les amas cellulaires sont constitués par des cellules très variables de forme, ressemblant souvent à celles du corps thyroïde fœtal; ils peuvent se creuser en vésicules et en tubes de formes et de dimensions beaucoup plus diverses que dans le corps thyroïde normal et tapissés d'un épithélium très changeant, ici mince, presque pavimenteux, là épais, cylindrique même. Ces vésicules n'ont pas de paroi propre, et les capillaires, normaux ou élargis, reposent directement sur les cellules épithéliales; quelquefois même entre ces cellules a lieu une circulation lacunaire, normale d'ailleurs à une époque déterminée de la vie fœtale.

Dans ces cavités s'accumule souvent de la *matière colloïde*, due exclusivement, pour Virchow, à la sécrétion des cellules glandulaires, et non à leur dégénérescence, comme l'avaient prétendu avant lui Frerichs, Ecker, Rokitansky. Mais il y a quelques années Gutknecht<sup>(1)</sup> a repris la question, et il a adopté l'opinion de ces derniers auteurs. Il pense même que cette transformation colloïde peut avoir lieu aux dépens d'éléments non épithéliaux, par une dégénérescence spéciale du tissu conjonctif, des parois vasculaires, et du sang contenu dans les vaisseaux ou extravasé.

Ainsi, les *kystes* du goitre ne seraient pas tous d'origine folliculaire: il y aurait des kystes par ramollissement, dus à la dégénérescence hyaline du stroma ou des amas hémorragiques. Mais, en tout cas, les kystes folliculaires, ou par dilatation, semblent les plus fréquents. Ils sont caractérisés par la présence d'un revêtement épithélial, fort irrégulier d'ailleurs et souvent incomplet. Les végétations, dont j'ai signalé plus haut la présence sur la paroi, sont tantôt à nu dans le liquide, tantôt tapissées d'épithélium. Mais dans un cas comme dans l'autre, affirme Wölfler, elles sont dues à des proliférations glandulaires extrakystiques, refoulant la paroi ou la perforant.

Je ne reviendrai pas sur la transformation fibreuse ou calcaire du stroma; sur le développement vasculaire toujours grand, quelquefois énorme, sur les variétés en présence desquelles on se trouve selon la prédominance de tel ou tel élément.

Un point est très important dans la structure des goitres nucléaires. Les noyaux dont j'ai décrit déjà l'aspect macroscopique sont entourés d'une coque formée de tissu thyroïdien condensé, comprimé: pour arriver sur eux le bistouri doit fendre, outre la capsule fibreuse d'enveloppe, cette coque glandulaire.

C. HISTOGENÈSE ET VARIÉTÉS. — J'ai décrit, d'après l'aspect macroscopique, des formes multiples; je viens de dire que l'histologie vérifie jusqu'à un certain point ces données en montrant la prédominance des amas épithéliaux, des masses fibreuses, des kystes, etc. Pendant très longtemps, on a ainsi admis que ces formes correspondaient en effet à des variétés réellement distinctes. Les choses en étaient là, lorsque Virchow a fait une sorte de synthèse. « Pour le goitre proprement dit, nous enseigne-t-il, on a pensé pendant longtemps qu'il embrasse une série d'espèces particulières (goitres lymphatique, cystique, osseux, etc.), qui pouvaient très bien se produire indépendamment l'une de l'autre. C'est là une erreur. Toutes ces espèces ne sont rien autre chose que le mode différent de développement d'une production originellement iden-

<sup>(1)</sup> GUTKNECHT, *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, Berlin, 1885, t. XCIX, p. 514 et 419.

tique. Elles répondent en grande partie à des formes diverses de terminaison, de métamorphose, et elles peuvent se continuer entre elles dans la même tumeur, ce qui donne à la structure de ces tumeurs une grande et singulière variété. »

Voilà donc la doctrine générale: l'origine de toutes ces variétés est une, elle est épithéliale. La forme primordiale, c'est le goitre folliculaire. Quant aux évolutions colloïde, fibreuse, kystique, anévrysmatique, modifications secondaires que tout cela.

Au fur et à mesure que la technique histologique s'est perfectionnée, cette doctrine a été confirmée dans ses grandes lignes. Mais ce qui est mis en discussion, c'est le point de départ exact de la prolifération épithéliale.

Pour Virchow, tout dérive du tissu thyroïdien normal, adulte. Il y a une *hypertrophie* glandulaire, hypertrophie qui peut être identique au processus de développement normal de la glande — d'où le goitre folliculaire pur — mais qui peut aussi porter en quantités inégales sur les divers tissus constituants, d'où les goitres fibreux, vasculaires. En outre, des modifications secondaires sont dues aux hémorragies, aux poussées inflammatoires. Ou bien, sans intervention de ces éléments, étrangers en quelque sorte, les vésicules se remplissent de masses colloïdes ou deviennent kystiques; et je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de la genèse de ces kystes et amas colloïdes.

Tel est le résumé succinct de la doctrine de Virchow: tout provient du tissu thyroïdien adulte préexistant. Virchow a pendant longtemps triomphé sans conteste, car il s'attaquait à une opinion de nos jours insoutenable. Avant lui, en effet, Frerichs, Heschl, tout en admettant la nature épithéliale de la tumeur, avaient prétendu que des bourgeons épithéliaux pouvaient naître dans le tissu conjonctif interstitiel. C'est inadmissible, d'après tout ce que nous savons aujourd'hui sur l'origine embryonnaire des épithéliums.

Mais Frerichs, Heschl, avaient-ils eu absolument tort quand ils disaient avoir vu des amas épithéliaux indépendants des vésicules thyroïdiennes adultes? Peut-être pas, et ceci m'amène à l'exposé de la doctrine de Wölfler.

Wölfler ne nie pas la participation des vésicules adultes au processus. Mais, à son sens, c'est là un point accessoire. Dans le corps thyroïde normal, dit-il, entre les vésicules adultes, au milieu du stroma, l'invagination épithéliale originelle laisse des amas cellulaires qui dans l'état normal sommeillent, ou tout au moins n'évoluent que lentement pour constituer des vésicules adultes, de remplacement pour ainsi dire. C'est à peu près exclusivement sur ces amas, jusqu'alors indifférents, que la cause morbide exerce son influence. C'est eux qui se mettent à proliférer et vont constituer la masse néoplasique.

Et maintenant, dans quel sens exactement vont évoluer ces masses embryonnaires inter-acineuses? Ici encore Wölfler est en désaccord avec Virchow. Certes, il admet leur évolution dans le sens du tissu thyroïdien normal et adulte, d'où une tumeur reproduisant, ou à peu près, la structure du corps thyroïde normal. C'est là ce qui caractérise l'*hypertrophie* vraie; et encore devrait-on en nier l'existence s'il fallait pour la prouver rencontrer un goitre où fussent normaux et normalement proportionnés les éléments glandulaires, conjonctifs et vasculaires du corps thyroïde normal. Mais contentons-nous des seuls éléments glandulaires et de leur évolution dans le sens du tissu thyroïdien adulte, avec sa vascularisation typique: l'hypertrophie ainsi entendue existe, mais déjà elle est rare. Wölfler n'en a pu examiner que cinq pièces et il se