

térisé par le fait qu'un tissu embryonnaire vascularisé d'une façon atypique, donne naissance à des néoplasies épithéliales qui se transforment en tissu normal ou persistent comme telles. Une partie de ces tumeurs se développent chez le nouveau-né, tandis que d'autres ne se montrent qu'à la puberté ou pendant une grossesse. L'**adénome gélatineux** est constitué par des follicules glandulaires à contenu colloïde, ayant pour origine le tissu embryonnaire. Au point de vue histologique, il forme transition entre l'hypertrophie et le carcinome alvéolaire. Woelfler en distingue deux espèces : l'adénome interacineux, dû à une formation nouvelle de follicules interacineux, et le cystoadénome interacineux. Enfin il fait encore mention des adénomes myxomateux et cylindrocellulaire.

Parmi les **tumeurs malignes**, il distingue d'abord l'**adénome malin**, tumeur qui, au point de vue histologique, est un adénome tout en présentant la marche clinique du carcinome. Quant aux **carcinomes**, ils sont divisés en trois catégories, à savoir : 1. le carcinome alvéolaire, 2. le carcinome cylindrocellulaire, 3. le carcinome à cellules plates. Enfin Woelfler mentionne les formes suivantes de **sarcomes** : le fibrosarcome, le sarcome angiocaverneux à cellules fusiformes, le sarcome à cellules géantes, le sarcome angiocaverneux alvéolaire contenant des fibres musculaires striées et, finalement, le sarcome à cellules rondes.

§ 63. — La tumeur, que nous désignons sous le nom de goitre, peut disparaître spontanément ou sous l'influence des médicaments. C'est la terminaison par résolution; les parties solides se dissolvent peu à peu tandis que les parties liquides sont résorbées. Ce mode de terminaison s'observe le plus volontiers dans le goitre hyperplasique folliculaire simple.

Dans d'autres cas le goitre se calcifie ou s'ossifie. C'est le **goitre osseux ou calcaire**. La **calcification** est un processus qui intéresse essentiellement le tissu interstitiel; mais il n'est pas rare de la voir envahir en même temps les vaisseaux. Elle s'observe soit dans les parois des kystes, soit dans les nodosités de la forme fibreuse du goitre. On peut même rencontrer des kystes pourvus d'une véritable coque osseuse, ou des nodosités possédant une sorte de squelette osseux. L'ossification des nodosités fibreuses ne les intéresse presque jamais entièrement. Le dépôt des sels calcaires se fait dans les parties fibreuses et sclérosées, d'abord sous la forme de fines granulations, puis d'une façon tout à fait homogène; la masse entière peut ainsi devenir très compacte. En réalité il ne s'agit pas là d'un véritable tissu osseux, mais d'une calcification régulière, avec des figures arrondies et dentelées indistinctes et fort peu cohérentes. Les vaisseaux et les canalicules vasculaires font défaut, de même que des corpuscules osseux bien développés.

Le goitre amyloïde peut aussi se calcifier; ici la calcification a son point de départ dans les vaisseaux.

Enfin nous avons déjà parlé de l'inflammation aiguë du goitre (§ 60).

## Symptômes du goitre.

Dans la plupart des cas le goitre se **développe très lentement** dans les contrées où il est endémique. Cependant on observe aussi des cas de goitres aigus et suraigus. On a vu chez certains individus la glande thyroïde acquérir en quelques jours ou même en quelques heures un volume considérable, au point même de produire des symptômes tout à fait graves. Dans ces cas il s'agit sans doute toujours de simples hypéremies, survenant sous l'influence de causes particulières, comme les efforts, la menstruation, etc., dans les contrées où le goitre est fréquent. Dans les pays où le goitre est endémique on a remarqué que, chez un très grand nombre d'individus, la tumeur ne s'accompagne d'aucun symptôme et constitue seulement une difformité. Dans ces cas c'est par l'inspection et la palpation seules que l'on reconnaît la présence d'une tuméfaction générale ou circonscrite de la glande. Nous y reviendrons du reste plus loin. Néanmoins le néoplasme est loin d'être toujours une affection aussi indifférente; dans un certain nombre de cas il est une source d'inconvénients sérieux en relation avec la situation topographique de la glande, telle que nous l'avons décrite plus haut.

On comprend aisément que les symptômes soient avant tout ceux d'une **compression des organes voisins**.

La glande thyroïde embrasse étroitement le larynx, la trachée et une partie de l'œsophage; ce dernier, il est vrai, n'est recouvert par la glande que latéralement; celle-ci n'arrive en contact avec la face postérieure de l'œsophage que dans certains cas particuliers. On comprend dès lors que les obstacles à la perméabilité des deux conduits soient relativement fréquents dans le goitre. Nous devons maintenant rechercher pourquoi l'on voit survenir dans certains cas des phénomènes de compression, tandis qu'ils font complètement défaut dans d'autres.

Lorsqu'une glande thyroïde s'accroît d'une façon régulière autour de la trachée et de l'œsophage, l'augmentation de volume dans une direction centrale diminue l'espace occupé par ces conduits, qui se rétrécissent en conséquence. C'est, en effet, ce que l'on observe quelquefois dans le goitre congénital ou gélatineux, mais, en somme, cette forme de goitre est assez rare; le plus souvent l'anneau formé par le néoplasme est ouvert en arrière, ou bien c'est une tumeur unilatérale qui s'accompagne de symptômes de compression. Comment se produit le rétrécissement dans ces cas? Nous savons que, lorsqu'une tumeur se développe latéralement contre le larynx ou la trachée, ces organes en se déplaçant se déroberont à la compression; d'autre part, une tumeur qui s'accroît en avant de ces organes, ne les comprime pas parce que son accroissement se fait essentiellement vers l'extérieur. Par conséquent, si dans le cas d'une compression unilatérale, on observe des phénomènes de compression, c'est qu'une cause mécanique a empêché le déplacement latéral des

organes comprimés. Admettons que l'isthme de la glande et les lobes latéraux ne s'accroissent pas d'une façon régulière; certaines conditions particulières des muscles et de la trachée décideront alors si le goitre va provoquer ou non des phénomènes de compression. Si les muscles sont longs et relâchés, le goitre pourra se développer librement vers l'extérieur, mais s'ils sont courts et tendus, la masse de la tumeur se frayera un passage entre les muscles et la trachée; celle-ci ne pouvant fuir latéralement se trouvera ainsi comprimée d'avant en arrière contre la colonne vertébrale.

Dans d'autres cas, au lieu des muscles, ce sont des parois osseuses rigides qui sont la cause de la compression exercée sur les organes par le néoplasme. Ainsi dans le goitre rétro-sternal, la portion moyenne de la glande pénètre sous le sternum, et la trachée, qui ne peut fuir, est aplatie contre la colonne vertébrale; de même un lobe latéral peut pénétrer en arrière de la clavicule; enfin, dans le goitre congénital à forme sous-maxillaire, il peut arriver que les lobes de la tumeur viennent s'appuyer contre le maxillaire et produisent ainsi une compression du larynx.

Mais, sans doute, le plus souvent la trachée est comprimée latéralement par un kyste à parois indurées, par une nodosité calcifiée, ou par une tumeur dure bilatérale. Par suite de cette compression latérale la trachée perd sa forme tubulaire, et, dans les cas typiques, elle est aplatie en forme de fourreau de sabre (DEMME). Les kystes peuvent encore déterminer d'une autre manière des troubles respiratoires; le pus formé dans un kyste à la suite de processus inflammatoires peut, en effet, pénétrer dans la trachée, de même que l'on voit suivre la même voie à des abcès formés à côté de la glande thyroïde.

Quelquefois, chez les individus affectés d'un gonflement léger de la glande thyroïde, on observe de temps en temps des altérations peu marquées de la voix et de la respiration, qui, sans aucun doute, doivent être mises sur le compte d'une compression de la trachée. C'est principalement chez les femmes, pendant la menstruation, que l'on voit assez souvent survenir tout à coup des inspirations très longues et bruyantes, avec une toux rauque particulière et une certaine modification de la voix; ces phénomènes doivent être attribués à l'augmentation de volume d'un goitre préexistant, due elle-même à la dilatation des vaisseaux pendant la période menstruelle. Une petite dose d'iodure de potassium met fin à ces accidents; sinon ils prennent peu à peu une intensité plus grande, l'inspiration devient de plus en plus prolongée et sonore, tandis que la voix est rauque, dépourvue de force et de sonorité; enfin ces accidents peuvent se compliquer d'un catarrhe bronchique avec les symptômes d'une asphyxie très rapide. Quelquefois même, sans prodromes, sans que, peut-être, la femme se doute de l'existence de son goitre, un accès d'asphyxie entraîne subitement la mort.

Tous ces accidents subits et imprévus survenant chez des personnes

qui avaient joui jusqu'alors d'une bonne santé, et pouvant entraîner la mort dans certaines circonstances, ne sont pas toujours l'effet de causes purement mécaniques; ils peuvent être, en effet, la conséquence de phénomènes nerveux (paralysies et spasmes) capables de causer l'asphyxie et la mort. On peut alors émettre l'hypothèse que la paralysie du nerf vague a, par voie réflexe et par l'intermédiaire des centres, déterminé une paralysie des nerfs du larynx, et en premier lieu des nerfs des muscles abducteurs de la glotte, tandis que, dans d'autres cas, aux troubles fonctionnels déjà existants d'un nerf récurrent est venue s'ajouter une paralysie de l'autre récurrent (SEITZ).

On a aussi observé, dans un certain nombre de cas, des accès d'asthme, que l'on a expliqués par une compression des nerfs récurrents (STOERK); on les voit survenir le plus souvent chez des femmes nerveuses.

Dernièrement ROSE a soumis à une révision la doctrine des phénomènes consécutifs du goitre, en se basant sur son expérience dans les opérations, et sur l'examen de la trachée des individus morts d'asphyxie; il est arrivé à des résultats qui, au point de vue des symptômes d'asphyxie, s'écartent notablement des opinions qui ont eu cours jusqu'ici et ont servi de base à notre description. Comme ces résultats sont d'une grande importance pratique, nous donnerons brièvement les résultats principaux des recherches de ROSE et les conclusions qu'il en tire, tout en renvoyant le lecteur au mémoire intéressant de cet auteur (*Archives de Langenbeck*, vol. XXII).

ROSE part du fait qu'un certain nombre de cas de mort subite chez les individus affectés de goitre ne peuvent être expliqués par aucune des hypothèses qui ont cours actuellement (compression de la trachée, goitre rétro-sternal, paralysie des récurrents); il constate ensuite que lorsqu'un goitre existe depuis longtemps, la trachée devient le siège d'altérations qui se développent très lentement et sont l'origine de troubles persistants du mécanisme respiratoire. Ce sont précisément ces troubles de la respiration qui expliquent les phénomènes observés du côté de l'appareil vasculaire, tels que nous les avons décrits plus haut, à savoir la dilatation et l'engorgement des veines de la tête et du cou, la dilatation et l'affaiblissement du cœur allant jusqu'à l'atrophie graisseuse de ses parois; enfin la mort subite qui peut en être la conséquence. Lorsqu'une nodosité du goitre arrive latéralement jusque sur la trachée, le cartilage de ce conduit subit une atrophie graisseuse au niveau du point de contact de la tumeur; la trachée perd son élasticité et sa consistance pour se transformer en un conduit mou, semblable à un tube mince de caoutchouc. Le malade respire bien et ne présente aucun trouble grave de la respiration aussi longtemps que la trachée ramollie conserve sa direction rectiligne; il cherche à maintenir cette direction en tenant la tête dans une certaine position; d'autre part, lorsque le goitre s'est développé régulièrement et entoure la trachée sur une grande étendue, la tumeur peut pour ainsi dire servir d'attelle à ce conduit. Mais lorsque le malade oublie de maintenir la tête dans une position convenable, et surtout lorsqu'il lui imprime un mouvement de rotation, on voit survenir des troubles respiratoires ou l'asphyxie; ces accidents s'observent d'autant plus facilement que peu à peu l'atrophie du cartilage tend à envahir la trachée sur une plus grande étendue, si bien que le conduit entier finit par