

gique d'une bourse séreuse, d'un ganglion, ou même de la glande inter-carotidienne de Luschka, elles-mêmes ne méritent pas plus de créance. Il n'est nullement prouvé non plus qu'un groupe de vaisseaux dont les communications se sont oblitérées puisse, en se dilatant, produire des kystes semblables à ceux que nous venons d'étudier.

Nous ne parlerons pas de la théorie de la génération spontanée, invoquée pour expliquer la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire, non plus que de la théorie de l'inclusion fœtale. Nous insisterons plus particulièrement sur une théorie qui a eu une fortune plus grande que les précédentes, et qui a subi des vicissitudes et des modifications diverses pour arriver jusqu'à nous avec l'autorité qu'on lui accorde de nos jours. Rubini avait supposé qu'une portion d'un embryon pourrait bien se déplacer, se transporter dans un autre point du corps de ce même embryon et s'y greffer : c'est de cette théorie que Lebert fit son hétérotopie plastique, mais sans expliquer si la production nouvelle était la conséquence du transport en ce point d'une partie embryonnaire éloignée, ou si elle prenait naissance à l'endroit même où on la trouvait. Cependant, comme pour la face et le cou, il existe des conditions d'anatomie embryonnaire qui rendent plus facile à comprendre le processus de formation des kystes de cette région. Roser, et après lui Heusinger, Virchow, Verneuil et Broca, ont bien vu par quels liens se trouve rattachée la formation de ces kystes à l'évolution des fentes branchiales. Roser et Heusinger considéraient tous les kystes du cou comme produits par la rétention des sécrétions d'une partie des fentes pharyngiennes non oblitérées. Verneuil croyait à une anomalie dans la réunion des téguments branchiaux avec invagination des éléments de la peau.

Quant à Virchow, il pensait qu'il s'agissait d'une altération morbide des bords de la fente branchiale. C'est en quelque sorte l'opinion qui a été reprise par Cusset. Cet auteur parle en effet d'une résorption épithéliale, précédant et préparant la soudure des arcs branchiaux, de telle sorte que si la résorption est incomplète, « l'oblitération sera vicieuse, puisqu'il y aura du tissu épithélial enclavé, lequel tissu pourra devenir le point de départ des kystes cutanés ou muqueux, superficiels ou profonds suivant la nature du feuillet interposé. » Le même auteur étudiant le mode d'oblitération des fentes branchiales prétend que c'est sur les côtés du cou que la soudure s'effectue le plus tardivement suivant une ligne qui partirait de la petite corne de l'os hyoïde pour aller aboutir à l'articulation sterno-claviculaire : de là la plus grande fréquence des fistules branchiales sur les parties latérales du cou. Malheureusement il faut dire que toutes ces considérations, qui paraissent très concluantes, sont contredites par les observations rigoureuses de His. Voir *Thèse de Quénut* (agrégation d'anatomie, 1886).

Des recherches récentes qui attribuent au corps thyroïde et au thy-

mus une origine branchiale pourraient permettre aussi de considérer les vices de développement de ces organes comme la cause des kystes congénitaux et des fistules.

17° MALADIES CHIRURGICALES DU CORPS THYROÏDE.

A. — *Lésions traumatiques.*

Les plaies du corps thyroïde sont peu fréquentes en raison de la situation profonde qu'il occupe et du refoulement que lui fait subir la pression des divers muscles en rapport avec lui.

Plaies par instruments piquants, tranchants, peuvent toutes se présenter avec leurs variétés et leur importance diverses ; mais des rapports de la glande que nous décrirons plus loin, il résulte que les plaies larges, à cause des désordres qu'elles produisent du côté des organes vasculaires, nerveux, respiratoires, offrent quelquefois une gravité exceptionnelle. L'hémorrhagie est surtout à craindre dans un organe comme celui-ci, où les artères et les veines acquièrent un développement si considérable.

En elles-mêmes, les plaies de la thyroïde, quand elles n'atteignent pas des parties majeures, quand, en un mot, elles ne sont pas compliquées, ont peu de gravité. Elles se cicatrisent bien, et il n'en résulte plus tard aucun trouble fonctionnel sérieux. De plein droit elles rentrent dans le chapitre général des plaies du cou (voir plus loin).

Autrement graves seraient les plaies qui atteindraient un corps thyroïde malade, déjà goitreux. Soit par hémorrhagie, soit par inflammation d'un tissu creusé de cavités kystiques prêtes à donner à la suppuration un vaste terrain, elles seraient rapidement compliquées. Mais développer ici cette partie de la question serait nous répéter, puisque plus bas, à propos du traitement des tumeurs, il nous faudra insister sur les accidents qui surviennent à la suite des plaies chirurgicales.

B. — *Lésions nutritives.*

Thyroidite. — L'inflammation du corps thyroïde expose aux mêmes accidents que les tumeurs de cet organe avec cette différence qu'ils peuvent être plus rapides et surprendre par leur intensité (v. plus loin).

Par elles-mêmes, les tumeurs sont une prédisposition à l'état inflammatoire, soit qu'elles développent autour d'elles de la congestion, de l'irritation qui ira jusqu'à l'état phlegmoneux, soit qu'elles rendent nécessaires des opérations partielles qui quelquefois déterminent un phlegmon localisé ou diffus. Le sexe féminin serait, dit-on, plus prédisposé à la thyroidite pendant la grossesse. Les travaux pénibles, les efforts réitérés et toutes les circonstances qui gênent la circulation de

retour céphalique et cervicale, méritent d'entrer dans cette étiologie spéciale; mais parmi les causes prédisposantes, il n'en est pas de plus réelles que les maladies générales infectieuses, les fièvres éruptives, par exemple, qui affaiblissent l'organisme et prédisposent à la suppuration.

Les causes déterminantes sont les traumatismes, les plaies, les piqûres, l'action du froid.

Les symptômes de cette affection, heureusement assez rare, ressemblent à ceux de tous les états inflammatoires aigus, par leur intensité et leur degré : la fièvre, la céphalalgie, les frissons du début et plus tard ceux qui signalent l'apparition du pus. L'exagération de ces signes généraux ne demande point de description spéciale : on comprend assez comment ils se produisent et quelle intensité ils ont dans certaines circonstances.

On doit cependant être averti qu'ils précèdent l'apparition du gonflement de deux ou trois jours.

Quand la tuméfaction survient, les symptômes locaux revêtent immédiatement des caractères assez nets pour qu'il soit facile de reconnaître l'inflammation : douleurs souvent excessives qui ne permettent guère l'exploration, raideur du cou, empâtement profond, dysphagie, oppression, état plus ou moins vultueux de la face. Mais, comme nous le verrons dans les considérations générales qui précéderont l'étude des tumeurs thyroïdiennes, il y a des degrés entre l'inflammation adhésive légère qu'on recherche dans un but thérapeutique et celle qui par sa violence menace toute la glande de suppuration, de sphacèle, et tous les organes voisins de compression ou de perforation.

Nous n'insisterons pas sur les complications de la thyroïdite, que nous étudierons plus loin. Nous signalerons seulement en passant la suppuration du corps thyroïde, qui s'accompagne dans de rares circonstances de développements gazeux provenant des voies respiratoires ouvertes ou d'épanchements sanguins suppurés dans d'anciennes tumeurs.

Nous ajouterons enfin que la résolution est fréquente, mais que la suppuration peut survenir et manifester sa présence par de la fluctuation, symptôme souvent difficile à constater, du quinzième au vingtième jour.

L'état chronique sous forme d'hypertrophie sans caractères précis paraît avoir été observé dans quelques cas; mais de toutes les terminaisons, la plus défavorable est certainement l'état fistuleux. Un ou plusieurs trajets en rapport avec une poche qui suppure et ne se comble pas constituent un accident des plus sérieux auquel se heurte quelquefois avec insuccès ou grand danger la thérapeutique.

On conçoit ainsi que le pronostic de la thyroïdite est grave.

Traitement. — Le traitement a pour but de prévenir cette gravité et de la combattre sans insister sur les soins du début, les antiphlogis-

tiques, les résolutifs mercuriels locaux, les émoullients, les vésicatoires, etc., etc. Il convient d'insister sur la surveillance que réclame l'état phlegmoneux local ou généralisé. Dès que le pus apparaît, de larges incisions sont nécessaires, et Duplay fait, avec juste raison, remarquer qu'ici plus qu'ailleurs il est indiqué d'ouvrir très largement : le pus s'écoule plus librement et le chirurgien se trouve plus à l'aise pour combattre une hémorrhagie toujours à redouter.

L'antisepsie est nécessaire plus que partout ailleurs à cause de la stagnation du pus sous les divers plans aponévrotiques et musculaires qui le retiennent souvent.

Quant aux trajets fistuleux consécutifs, ils réclament d'abord les injections modificatrices, l'abrasion plus tard, bien que cette dernière opération soit souvent d'une extrême difficulté.

C. — *Lésions formatrices.*

1° Considérations générales. — Le corps thyroïde placé dans la région sous-hyoïdienne en avant de la trachée et du larynx auxquels il est uni par des tractus de tissu fibreux, au-dessus des gros vaisseaux veineux de la base du cou, dans l'espace que laissent libre entre eux les muscles sterno-mastoïdiens, est fixé dans cette situation par les aponévroses du cou, par les muscles sous-hyoïdiens qui l'enveloppent en avant et par la face profonde des muscles sterno-mastoïdiens. Ses bords latéraux sont donc voisins des carotides et des pneumogastriques, des plexus sympathiques et du récurrent.

Sa structure, malgré des divergences d'idées qui ne sauraient modifier l'opinion généralement acceptée, se réduit à une disposition lobulaire, d'éléments fibreux qui forment la charpente de l'organe, d'un système remarquable de vacuoles, et de vaisseaux très nombreux établissant autour de l'organe et dans son épaisseur un riche plexus artérioso-veineux.

Les vacuoles ou vésicules creusées dans le parenchyme sont tapissées par un épithélium polygonal et remplies d'un liquide colloïde un peu brunâtre, tenant en suspension des granulations, des noyaux et des cellules détachées de la paroi épithéliale qui prolifère et se détruit avec une extrême facilité.

Les artères fournies par les thyroïdiennes et les laryngées, bien que très développées, ne peuvent cependant être comparées au volume des veines très multipliées, sans valvules et anastomosées entre elles, tandis que chaque artère paraît indépendante de ses voisines et simplement destinée au territoire dans lequel elle pénètre. Des veines volumineuses se retrouvent à l'état normal jusqu'au milieu du parenchyme; leur calibre avertit du rôle qu'elles peuvent jouer quand le tissu s'hypertrophie.

Les rapports du corps thyroïde et sa structure spéciale expliquent exactement la plupart des symptômes présentés par les lésions du tissu et la pathogénie de ces mêmes lésions.

Ce qui domine en effet dans la pathologie de la glande thyroïde, ce sont les hypertrophies, toutes réunies sous la dénomination générale de *goîtres*, et suivant que les vaisseaux, les vésicules ou le tissu fibreux prendront un plus grand développement, la composition des tumeurs aura une physionomie spéciale. Quel que soit, d'autre part, le tissu proliféré, il en résulte une augmentation de volume qui produira autour d'elle des compressions, des saillies, et à un moment donné des altérations du côté des organes voisins, d'autant mieux que la situation de la thyroïde bridée de toute part s'oppose à son développement vers l'extérieur. Ainsi se trouvent expliquées les complications fréquentes signalées soit du côté des voies aériennes, soit sur les vaisseaux de la base du cou ou les nerfs laryngés et pneumogastriques; mais on comprend qu'elles seront d'autant plus rapides et plus accusées qu'il s'agira d'une tumeur maligne qui, par sa marche envahissante, déterminera plus rapidement des compressions ou des altérations de structure sur les parties voisines qu'elle gagnera de proche en proche.

Il est à remarquer du reste que la plupart des tumeurs de la glande thyroïde, indépendamment des troubles trophiques qu'elles déterminent autour d'elles par compression, amènent encore dans les tissus voisins, nappes celluleuses, aponévroses, muscles, des inflammations plus ou moins étendues, qui sont le fait d'une irritation par contact ou d'une inflammation de la glande elle-même, lentement ou rapidement propagée.

Enfin, par sa structure éminemment vasculaire, le corps thyroïde paraît prédisposé à une série d'accidents congestifs, qui souvent empruntent à la marche des affections dont il est atteint un caractère spécial dont il faudra tenir compte dans l'appréciation des symptômes et le diagnostic des complications.

Les tumeurs et leur traitement constituent le chapitre le plus important de la pathologie du corps thyroïde. Mais avant d'aborder leur étude, nous examinerons l'ensemble des lésions qu'elles produisent sur les organes voisins et les symptômes généraux qu'elles présentent.

2° *Anatomie pathologique générale des tumeurs du corps thyroïde.* — Sans nous occuper de la nature spéciale des tumeurs, considérons d'abord la façon dont elles se comportent vis-à-vis des organes en rapport avec elles. Nous savons que le corps thyroïde peut se trouver hypertrophié ou envahi soit dans sa totalité, soit dans l'une de ses parties seulement.

De là des caractères différents qui s'imposent non seulement au point de vue de la forme, mais encore à celui des altérations produites. Tandis qu'une tumeur limitée à la pyramide, à l'isthme, d'une manière

générale à la partie antérieure de l'organe, aura plus de facilité pour s'étaler au dehors et ne pas amener de compression, telle autre tumeur plus profondément située qu'elle, occupant une grande étendue de la glande, ou seulement ses limites les plus reculées, pourra causer des troubles du côté des vaisseaux, des nerfs, surtout du côté de la trachée. C'est ainsi que les vaisseaux veineux de la base du cou seront effacés, oblitérés, thrombosés, quelquefois ouverts; que le nerf récurrent tiraillé ou comprimé par un tissu de formation nouvelle, d'origine inflammatoire, perdra ses fonctions motrices sur la glotte.

Mais les voies respiratoires sont, de toutes les parties en rapport avec les tumeurs, celles qui méritent de fixer le plus l'attention, car c'est à cause d'elles surtout qu'on est obligé d'agir le plus souvent et de recourir à un traitement chirurgical. Compression, déviation, atrophie, ulcération, tel est l'ensemble des dommages causés par les néoplasmes sur la trachée. Celle-ci, en effet, peut dans quelques cas être simplement enserrée par un anneau parce que les lobes hypertrophiés l'entourent en arrière et tendent à effacer son calibre, ou bien encore parce que l'hypertrophie circulaire autour du tube aérien a surtout pris le type fibreux, scléreux, et que la rétraction qui est le fait essentiel de ce genre de lésion tend à resserrer la trachée à la façon d'un ruban de jour en jour plus étroit.

Les cas de ce genre ne sont pas les plus fréquents, mais ils existent assez souvent pour qu'il soit nécessaire de les bien connaître.

Tous ces cas graves consécutifs à des altérations directes de la trachée par la tumeur thyroïdienne appartiennent à la classe des *goîtres suffocants*. Il en est de même encore des cas où la tumeur, bien que développée vers l'extérieur, plonge entre le sternum et la trachée et détermine sur celle-ci une compression indirecte; nous croyons cependant qu'ici le phénomène est complexe et qu'il faut tenir dans les signes observés le plus grand compte de la compression des vaisseaux.

D'autres tumeurs développées en pleine région sous-hyoidienne, et seulement sur l'une des parties latérales de la glande, amènent des déviations de la trachée qui, refoulée par la pression du néoplasme, se laisse d'abord repousser en masse, puis peu à peu s'allonge et s'amincit de telle sorte que son calibre s'efface et qu'elle offre, quand on la dissèque, l'aspect d'un fourreau de sabre ou d'un ruban.

On s'est beaucoup attaché dans ces derniers temps à déterminer ces altérations subies par les voies respiratoires, et les raisons invoquées pour les expliquer sont l'altération graisseuse produite par la compression et les troubles circulatoires.

La forme, la direction, la valeur du néoplasme sont toujours en rapport suffisant avec l'étendue des troubles observés du côté de la trachée pour que la théorie mécanique de la compression, par tous les troubles trophiques qu'elle amène, conserve jusqu'à nouvel ordre une

réelle valeur. Dans tel cas le canal aérien est aplati, déprimé; dans tel autre il est coudé à angle plus ou moins aigu; enfin il peut être perforé et la tumeur fait alors saillie dans sa cavité, ce qui ne saurait que très exceptionnellement être le fait d'une tumeur bénigne et cependant la perforation de la trachée se présente plus fréquemment qu'on ne serait tenté de le croire, dans les tumeurs du corps thyroïde. L'inflammation, la thyroïdite pouvant être une conséquence facile du développement des tumeurs, la suppuration qui l'accompagne se fait jour profondément dans les voies respiratoires, et l'on sait quels accidents peuvent en être la conséquence.

Les compressions diverses que nous venons d'énumérer s'accompagnent de peu de modifications du côté de la muqueuse trachéale, qui conserve son aspect normal jusqu'au moment où sa perforation se produit.

Terminons cette énumération rapide en disant qu'on a vu le poumon, le plexus brachial comprimé, adhérer aux tumeurs derrière la première côte.

En raison des troubles inflammatoires qui atteignent souvent le corps thyroïde, hypertrophié ou envahi par une tumeur, il est rare de le voir libre au milieu des tissus qui l'entourent. A sa surface de nombreuses adhérences rendent toute dissection difficile. Les aponévroses épaissies, les muscles distendus et atrophiés sont englobés dans un tissu sclérosé qui devient trop souvent cause de difficultés extrêmes dans les opérations de thyroïdectomie. Plus rarement les poches kystiques si fréquentes dans le goitre présentent de semblables adhérences: elles sont libres et s'énucléent facilement, mais c'est alors que des interventions inopportunes, des ponctions suivies d'injections irritantes, arrivent trop souvent à produire de l'inflammation suppurative, et par suite des fistules quelquefois très rebelles.

Le court exposé que nous venons de faire suffit cependant pour établir que les tumeurs du corps thyroïde se trouvent dans deux conditions différentes: selon qu'elles sont limitées à une partie de la glande ou qu'elles l'ont envahie tout entière. Mais quelle qu'elle soit leur étendue elles sont toujours situées dans une région où elles ne sauraient prendre un certain volume sans réagir sur des organes importants.

Les caractères physiques du *goitre* ou des tumeurs confondues avec lui peuvent être variables. Le premier qui attire l'attention est une tuméfaction, une augmentation de volume. Or ce caractère n'est pas absolu, et il est bon de remarquer que les goîtres les plus volumineux ne sont souvent pas les plus graves: certaines tumeurs s'étalent en profondeur, d'autres en surface; quoi qu'il en soit, celles qui comprennent toute la glande produisent une saillie excentrique, qui est comprise entre le cartilage thyroïde et la fourchette sternale, et qui de chaque côté déborde ou soulève les bords antérieurs du sterno-mas-

toïdien. Cette saillie est tantôt uniforme, régulièrement étalée, à limites éloignées, effacées; tantôt au contraire moins régulière en haut, où elle déborde le larynx, ou bien en bas, où elle dépasse la fourchette sternale et pend plus ou moins loin sur le thorax.

La peau, à moins qu'il s'agisse de tumeurs malignes, beaucoup plus rares que les goîtres hypertrophiques, n'offre guère de lésions caractéristiques, celle qui existe le plus souvent est un développement des veines superficielles qu'on voit se dessiner en un réseau très apparent.

La tumeur n'est point immobile: on peut la saisir et lui imprimer des mouvements de haut en bas, et de droite à gauche; mais on se rend facilement compte que cette mobilité va en diminuant à mesure qu'on se rapproche des régions profondes et qu'il est un point où la tumeur est fixée.

La consistance est de toute nécessité variable: molle le plus souvent, dure en certains points, ligneuse, osseuse rarement.

La résistance aux doigts explorateurs est donc très variable quand le tissu néoformé a subi des altérations inflammatoires ou se trouve situé au-dessous de couches de tissus normaux. C'est ainsi que, à côté d'une surface ferme, solide, on peut trouver une vraie fluctuation. Inversement la consistance peut être égale, uniforme, etc. Les cas ne sont pas rares où l'on ne trouve qu'un kyste saillant sous la peau.

Enfin certaines tumeurs peuvent offrir une sensation de réductibilité, et dans des circonstances exceptionnelles des battements, du souffle et tous les caractères physiques des tumeurs anévrysmales ou télangiectasiques.

Parmi les signes qu'il convient de rechercher pour le diagnostic il en est un sur lequel les auteurs insistent avec raison: nous voulons parler des mouvements communiqués par la déglutition. Dans le second temps de cet acte physiologique il se produit une extension du larynx et de la trachée et partant un déplacement dans le même sens du corps thyroïde. Toute tumeur développée dans cette glande suivra ce mouvement, et quand par la simple vue on doute qu'il se soit produit, il suffit avec les doigts de fixer la saillie en déprimant la peau: on sent alors pendant la déglutition un déplacement qui ne laisse aucun doute sur le siège précis qu'on recherchait.

Il est cependant des goîtres kystiques de petit volume, pédiculés, périphériques, qui peuvent ne point donner cette sensation spéciale et à plus forte raison ne pas paraître mobiles à la simple vue, mais ce sont des exceptions qui n'infirment en rien cette règle générale.

Parmi les signes physiques il convient de ranger la mensuration qui, si elle ne dit rien de précis sur le diagnostic, attire l'attention dès le début, et plus tard rend assez exactement compte des progrès accomplis par la lésion. Bien des sujets ne se sont un jour aperçus qu'ils étaient porteurs d'un goitre que par la peine qu'ils éprouvaient pour ajuster leur col ou nouer leur cravate.

Les troubles fonctionnels entrent pour une bonne moitié dans le diagnostic clinique, qui doit se préoccuper de toutes les circonstances qui peuvent indiquer ou modifier l'intervention chirurgicale.

Ces troubles sont parfois nuls ou très légers et le goitre acquiert des dimensions considérables sans provoquer la moindre gêne fonctionnelle. Ils s'affirment au contraire avec une extrême gravité dans d'autres circonstances.

Le goitre est rarement douloureux, la douleur est surtout le fait des tumeurs malignes de la thyroïde; mais il ne faut pas oublier que les nerfs voisins, les pneumogastriques, les nerfs cervicaux et brachiaux refoulés ou comprimés deviendront douloureux dans le point où ils auront souffert, ou seront le point de départ d'irradiations douloureuses le long de leurs branches, comme cela s'est présenté dans toute l'étendue des membres supérieurs quand la tumeur avait atteint le plexus brachial.

Après la douleur, les autres accidents appartiennent au système nerveux central ou aux voies respiratoires.

Des vertiges, de la céphalée, du subdélire, sont le résultat d'un état congestif durable ou intermittent qui survient dans la tumeur, en augmente le volume, rend ainsi plus difficile la circulation de retour et réagit par suite sur l'encéphale; on sait l'importance accordée à ce point de vue au corps thyroïde par Guyon, et les exemples nombreux d'atrophie cérébrale observée dans les goitres congénitaux volumineux semblent donner raison à la théorie.

Les symptômes respiratoires ont une plus grande importance. C'est eux que le chirurgien doit surveiller, toujours prêt à intervenir s'ils s'accroissent.

La toux est rare, sans valeur diagnostique, à moins que, revenant par quintes et coïncidant avec une dyspnée plus fréquente ou plus forte, elle ne devienne l'indice d'une perforation trachéale prochaine ou déjà accomplie. Mais alors elle ne se présente guère sans expectoration: des crachats sanglants, purulents, noirs briquetés, séreux, révéleraient par leur abondance et leurs caractères spéciaux l'ouverture d'un abcès, d'un kyste séreux ou hémattique.

La dyspnée a deux explications différentes: elle résulte d'une compression directe de la trachée, ou bien elle est la conséquence d'une altération des nerfs destinés au larynx ou au parenchyme pulmonaire. Les récurrents ne sauraient être compromis sans qu'une paralysie survienne du côté des muscles laryngiens, et simultanément le timbre de la voix est affaibli jusqu'à l'aphasie. Les pneumogastriques ne sont pas détruits ou gênés par le voisinage d'une grosse tumeur sans qu'il survienne dans le poumon des congestions, des œdèmes ou du spasme des muscles bronchiques.

De tous les organes qui se trouveront compris dans la zone de com-

pression par la tumeur thyroïdienne, la trachée est celui qui a le plus fréquemment à souffrir, et la dyspnée par compression est une complication fréquente. Rarement elle est permanente, elle se présente sous forme d'accès durant lesquels la vie est souvent en danger; elle suit, en général, le mouvement fluxionnaire qui sur la thyroïde peut se produire d'autant plus facilement qu'une tumeur s'y est développée.

Parfois subite et inattendue, elle annonce dans un goitre, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'un grand développement des vaisseaux, qu'une hémorrhagie s'est produite. Progressive et incessante après certaines actions chirurgicales limitées, elle avertit que l'inflammation survient; enfin, on comprend sans peine qu'elle arrive au paroxysme quand la suppuration menace la trachée et la perfore.

Certains phénomènes de dysphagie, moins fréquents, peuvent encore se présenter durant l'évolution des affections du corps thyroïde alors que la tumeur qui s'est glissée en anneau tout autour de la trachée comprime l'œsophage d'avant en arrière ou quand, par ses bords latéraux, elle engaine à la fois la trachée et l'œsophage.

3° *Tumeurs du corps thyroïde.* — La dénomination de goitre donnée pendant longtemps aux tumeurs de cet organe consacre un fait d'une réelle importance que les travaux histologiques n'ont point de nos jours démenti, c'est que la glande thyroïde est fréquemment atteinte d'un développement exagéré de son tissu normal.

L'hypertrophie est donc le cas le plus fréquent. Viennent après elle les tumeurs malignes, beaucoup plus rares, le tubercule et certains kystes qui n'ont point là un lieu d'élection; nous voulons parler des kystes hydatiques.

C'est à l'hypertrophie que le nom de goitre doit être réservé, et, mieux délimitée, la grande classe des goitres ne s'en trouve guère plus restreinte, car aujourd'hui, grâce aux études cliniques mieux faites et aux recherches micrographiques autrefois ignorées, on connaît de nombreuses variétés de ces tumeurs dont les éléments ne sont en somme qu'une multiplication morbide de ceux que l'anatomie normale démontre dans la structure de la thyroïde. Tels sont les goitres hypertrophiques mous et gélatineux, les goitres fibreux, kystiques, vasculaires. Tous contiennent sans doute un tissu surabondamment développé, mais jamais ce tissu ne s'éloigne du type normal, et toujours par ses plus minutieux détails il rappelle exactement la structure de l'organe thyroïdien.

Seules les tumeurs malignes s'éloignent de ce type; aussi plusieurs de leurs symptômes s'écartent-ils tout à fait de la marche clinique affectée par les goitres.

La plupart des auteurs considèrent les goitres comme le résultat d'une hypertrophie circonscrite ou généralisée. D'autres établissent une distinction nette entre l'hypertrophie proprement dite et l'adénome,