

ce dernier résultant d'un travail de prolifération développé dans les cellules embryonnaires situées dans les tissus interacineux, processus qui d'après eux pourrait aboutir à la formation de tumeurs capables de prendre à un moment donné les caractères de la malignité en se reproduisant sur place ou en se généralisant.

C'est ainsi que les goitres vasculaires, pulsatiles, ne seraient que l'exagération de la disposition lacunaire des vaisseaux ; « que le goitre folliculaire ou colloïde, kystique ou mou, représenterait un adénome gélatineux avec ses différentes variétés (adénome interacineux ou cysto-adénome proliférant) ; le goitre fibreux serait l'adénome myxomateux avec dégénérescence fibreuse de la substance fondamentale » (Wölfler-Jeannel).

Quelles que soient les données sur lesquelles s'appuient ces dénominations nouvelles, il ne ressort pas moins des travaux connus jusqu'à ce jour que depuis l'hypertrophie simple jusqu'à la formation kystique la plus nette et la plus avancée, il existe une série d'états dans lesquels on peut suivre parallèlement le développement des follicules, des vaisseaux, du tissu fibreux interstitiel et de l'épithélium.

Le degré le plus simple de l'hypertrophie constitue une tumeur de structure molle où ne se montrent encore ni trabécules résistantes, ni noyaux fibreux, ni kystes, ni vaisseaux exagérés. Le tissu est comme spongieux et parsemé d'espaces folliculaires dilatés pleins de liquides et de cellules proliférées. Les follicules semblent prendre un tel développement que la substance interlobulaire tend à disparaître, entraînant dans sa déchéance les vaisseaux qui marchent avec elle. Ainsi se trouve constitué le *goitre glandulaire mou, folliculaire*, qui semble avoir pour origine la multiplication des cellules des follicules, l'agrandissement de ces follicules et l'envahissement de la substance interacineuse, qui disparaît.

L'*adénome interacineux* dont nous avons parlé ne s'éloigne guère du goitre folliculaire tel qu'il vient d'être décrit : jamais il n'aboutirait à de grands kystes, et sa circulation passerait par deux stades, l'état lacunaire d'abord et la réduction des vaisseaux jusqu'à leur atrophie.

Le cysto-adénome, au contraire, est caractérisé par des espaces folliculaires beaucoup plus considérables, remplis de matière colloïde dont la cavité serait souvent envahie par des végétations venues soit des cellules embryonnaires des cloisonnements, soit de l'épithélium de ces mêmes follicules, végétations vasculaires capables, à un moment donné, de transformer un goitre liquide en une tumeur solide.

On ne voit pas, à part une question de doctrine qui donne aux cellules interacineuses la plus grande influence dans le développement du goitre parenchymateux et en fait un adénome véritable, quelle différence peut exister entre le goitre hypertrophique mou, folliculaire et

colloïde, et l'adénome interacineux ou le cysto-adénome décrit plus récemment.

En effet ces tumeurs sont caractérisées, dans les descriptions, par un développement exagéré des follicules en rapport avec des parois interacineuses où l'atrophie a déjà commencé son œuvre. Seule la complication signalée des bourgeons vasculaires qui pénètrent la cavité des follicules fait exception.

Nous considérerons donc le goitre colloïde et le goitre kystique comme deux degrés de plus en plus avancés de l'hyperplasie qui a commencé par élargir les follicules pour arriver par un progrès insensible à la formation de grands kystes entourés d'une substance plus ou moins fibreuse à laquelle les vaisseaux ne prennent qu'une assez faible part.

Les goitres kystiques peuvent acquérir d'importantes proportions ; ils se trouvent à un moment donné de leur évolution presque isolés du tissu voisin par la zone fibreuse qui les circonscrit ; le liquide qu'ils contiennent est gélatineux, citrin ou hématiche à divers degrés, et parfois on y trouve en outre des sels organiques que dans une circonstance Gosselin a vu former de véritables masses calcifiées.

On admet généralement que leur développement ne se fait pas d'emblée au milieu du tissu de la glande, mais qu'ils sont toujours multiples au début, ce qui s'expliquerait assez bien par l'idée adoptée de leur formation aux dépens des follicules que l'anatomie normale nous montre en fréquente communication. Aussi la forme de ces kystes est-elle ordinairement irrégulière et leur surface interne, creusée de cavités acuminées et hérissée de cloisons, de trabécules incomplètes, rappelle la disposition des fibres charnues des cavités cardiaques.

Quand la lésion est très ancienne, les parois kystiques peuvent perdre leur souplesse et prendre alors une consistance plus ou moins ferme qui rappelle la dureté du cartilage ou de la substance osseuse. Il n'y a là que l'apparence de deux tissus qu'on n'a jamais rencontrés dans les goitres, le cartilage et l'os, et cette apparence est due à l'infiltration de sels calcaires ou à l'accumulation d'éléments cellulaires qui jamais n'ont pris la disposition véritable des chondroplastes ou des ostéoplastes.

Dans la pathogénie du goitre le tissu interacineux, interlobulaire, peut par son travail inverse de celui que nous venons d'étudier se trouver prédominant. Il s'agit alors du goitre fibreux, de celui que certains auteurs ont désigné sous le nom de myxomateux. La substance intercellulaire se développe alors avec exagération, tandis que les follicules n'y prennent qu'une part restreinte, et les vaisseaux en activité de prolifération sont alors dilatés dès le début et très capables de produire des hémorragies, ces dilatations contribuant à augmenter le travail de néoformation qui aboutit à une sclérose.

Mais la production fibreuse dans cette forme de goitre ne paraît pas inéluctable. Les hémorragies auxquelles on veut faire jouer le rôle essentiel et qui paraissent en effet se produire par intervalles sous l'influence de poussées congestives aboutissent, quand elles sont importantes, à un degré d'irritation suffisant pour déterminer la sclérose; mais quand elles sont plus limitées, c'est l'hyperplasie des follicules qui prédomine, de telle sorte que la tumeur prend alors un type mixte où les apparences en imposent pour un adénome interacineux, c'est-à-dire pour un goitre folliculaire.

C'est ainsi que dans certaines tumeurs hypertrophiques du corps thyroïde, les vaisseaux prennent parallèlement avec les autres tissus un développement considérable, qui disparaît quand des formations kystiques limitées à des zones de tissu s'accroissent au point d'étouffer autour d'elles les autres parties. Il reste certain que la vascularité des goitres mérite de fixer l'attention des pathologistes. Artères, veines peuvent prendre à l'hyperplasie une part égale, mais il existe cependant deux formes nettement tranchées du goitre vasculaire : celles où les artères multipliées et flexueuses s'accompagnent de dilatations qui remontent jusqu'aux gros vaisseaux, c'est le type du goitre anévrysmal; celles où les veines sont surtout dilatées et nombreuses forment le type du goitre variqueux. La première forme paraîtrait plus fréquente dans les tumeurs où la trame interacineuse prédomine. La seconde se présenterait surtout dans les goitres gélatineux, folliculaires.

Tel est l'ensemble des altérations intimes que révèle l'étude anatomopathologique des tumeurs bénignes du corps thyroïde. Après celles dont nous venons de donner la nomenclature il n'existe ni fibromes vrais ni lipomes, et l'on ne retrouve plus que les cancers ou les tumeurs d'avenure qui par hasard apparaissent dans la région comme elles peuvent le faire ailleurs sans que le diagnostic puisse s'éclaircir soit d'un caractère spécial, soit d'observations déjà recueillies et bien étudiées. Ces tumeurs sont presque toujours causes d'erreurs de diagnostic.

Les symptômes du goitre se trouvent en partie contenus dans le chapitre que nous avons consacré à l'étude des signes communs à la plupart des tumeurs de la glande thyroïde. On doit cependant admettre qu'il est des caractères spéciaux à l'hypertrophie de cet organe.

Au premier rang le volume doit être signalé. Les goitres peuvent acquérir de telles dimensions qu'ils remontent au-dessus du larynx jusqu'à la mâchoire inférieure ou qu'ils descendent sur le sternum, et même sur les parois abdominales. Ce volume excessif n'est cependant qu'une exception.

Sur ces tumeurs la peau ne présente jamais d'altérations, à part un développement veineux spécial indiquant soit une compression des veines profondes, soit une structure vasculaire du goitre lui-même.

Déjà nous avons dit que toutes ces tumeurs thyroïdiennes ne suivent

pas les mouvements du larynx et de la trachée dans la déglutition : il en est en effet qui, pédiculées, se dégagent de la glande et ne conservent avec elle que des relations de vaisseaux, et d'autres qui appartiennent seulement à des portions du corps thyroïde détachées, c'est-à-dire accessoires.

Toute tumeur du cou est enfin susceptible de recevoir des artères profondes avec lesquelles elle peut être en rapport des mouvements communiqués, des battements qu'il ne faudrait pas prendre pour l'indice d'une structure anévrysmale ou télangiectasique.

Mais de tous les signes du goitre les plus importants sont de beaucoup les troubles de la respiration et de la circulation. Comment se présentent-ils et comment doivent-ils être interprétés?

Continus ou plus fréquemment intermittents, les troubles respiratoires tiennent à deux causes différentes : d'une part la compression de la trachée, que celle-ci soit le résultat d'une sténose avec ou sans altération de son tissu, d'autre part les altérations nerveuses qui affectent le récurrent ou le pneumogastrique.

L'altération trophique des parois de la trachée est moins fréquente qu'on ne l'a cru, mais le resserrement, la compression de ses parois est un fait indiscutable et admis de tous. Les lésions nerveuses paraissent se produire de deux façons différentes, par excitation ou par paralysie du nerf intéressé. C'est ainsi que la paralysie du récurrent amènerait simplement des troubles du côté de la phonation tandis que son excitation produirait de la dyspnée par occlusion de la glotte, et cette occlusion elle-même, dans le cas où un seul récurrent est excité, serait le résultat de la contracture du muscle aryténoïdien innervé à la fois par les deux récurrents (Krishaber-Jeannel).

Les mêmes faits venant à se produire du côté du pneumogastrique ont également pour conséquence soit un spasme des muscles bronchiques avec accès d'asthme, soit des troubles vasculaires congestifs avec sécrétion abondante, toux, râles muqueux et quelquefois menace d'asphyxie.

Il faut donc tenir compte dans les troubles respiratoires : 1° de la suffocation simple qui survient brusquement ou se prépare de longue date, qui existe sans toux, ou est accompagnée d'une petite toux sèche, quinteuse, plus ou moins aphone, suffocation qui résulte de la compression de la trachée ou de l'altération d'un récurrent, et 2° de la dyspnée tenant à l'excitation ou à la paralysie du pneumogastrique.

On comprend au surplus que la distinction est souvent difficile et qu'il sera quelquefois impossible, même en s'aidant de l'examen laryngoscopique, de formuler un diagnostic exact.

Soumis à de pareils accidents, les sujets atteints d'un goitre peuvent mourir subitement et la mort s'explique surtout quand on a reconnu qu'il existait une de ces formes de goitre rétro-pharyngien, rétro-oso-

phagien, rétro-trachéal qui par la situation qu'ils occupent et la tendance qu'ils ont à se répandre au loin menacent les organes voisins et produisent de fâcheuses compressions sur les voies respiratoires et les nerfs. Qu'on suppose un instant un sujet atteint par le fait d'une tumeur thyroïdienne d'une compression de la trachée et d'une altération irritative ou paralytique d'un des récurrents : sous l'influence d'une congestion active ou passive, d'un état inflammatoire subaigu, ces deux complications vont être poussées à leur summum d'intensité et la mort surviendra brusquement : mais il est facile de comprendre d'autre part que, sous la même influence, l'une seulement de ces deux lésions suffira pour amener le même résultat.

Les troubles qui dans le goître se passent du côté des vaisseaux du voisinage obéissent aux mêmes lois que les précédentes. Ils se présentent avec le caractère de continuité que leur donne une compression permanente ou sont intermittents quand la congestion et l'inflammation les produisent.

Anémie ou congestion cérébrale portant sur la zone irriguée par le système carotidien, symptômes d'une interprétation souvent d'autant plus difficile qu'ils marchent parallèlement avec les accidents respiratoires, état vultueux de la face, subdélire : tel est l'ensemble. Beaucoup plus nets et plus facilement explicables sont les troubles vasculaires qui apparaissent quelquefois du côté de la face, de l'orbite. Sans doute ils peuvent faire croire à l'existence d'un goître exophthalmique, mais le fait seul d'une exophtalmie unilatérale peut lever tous les doutes quand surtout la tumeur est bornée à une partie de la glande et paraît ainsi exercer une compression profonde. Cette compression, où a-t-elle lieu ? sur les vaisseaux ?... Les vaisseaux ici ne sont altérés que consécutivement, de la même manière que la circulation pulmonaire quand le pneumogastrique est atteint par la tumeur : ils doivent leur dilatation à une lésion immédiate du grand sympathique au cou, car ce nerf pas plus que les autres ne peut à un moment donné échapper au progrès du néoplasme qui refoule tout devant lui et finit par altérer profondément les tissus ou organes qu'il a refoulés.

A chaque tumeur du corps thyroïde, à chaque variété de ces tumeurs, liquides, solides, étendues ou circonscrites, appartiennent naturellement des symptômes spéciaux qui peuvent les faire reconnaître ; mais nous ne croyons pas devoir en parler ici, nous proposant de traiter dans un chapitre d'ensemble le diagnostic des tumeurs de la glande thyroïde.

La pathologie s'est longtemps occupée de rechercher les causes du goître. Les circonstances les plus incriminées tour à tour ont été l'abus de certaines eaux contenant un excès de sels de chaux, privées d'iode, contenant des fluorures, etc. ; l'habitation dans des vallées humides privées de soleil et soumises sans cesse aux mêmes courants d'air. Mais que dire contre les faits qui venaient démontrer le goître né et propagé

dans des conditions inverses ? que dire contre les faits de goître épidémique atteignant des réunions d'hommes placés en dehors des conditions précédentes et soumis à une hygiène satisfaisante ?

Voici d'autre part que l'extirpation du corps thyroïde chez des sujets atteints de goître a produit sur les fonctions cérébrales une influence fâcheuse, et qu'on a constaté chez certains crétins l'absence ou l'atrophie du corps thyroïde. Pourquoi, d'autre part, des sujets goitreux de naissance sont-ils crétins à peu près invariablement dans certains pays ?

On remarque en outre que dans les pays où le goître est endémique, les étrangers restent exempts de cette affection, tandis que les indigènes goitreux un peu par hérédité et beaucoup par nationalité ne sauraient par l'émigration se mettre à l'abri du mal qui les menace et à plus forte raison s'en guérir.

Toutes ces questions diverses établissent d'une manière bien certaine qu'on ne sait rien encore de l'étiologie du goître, et qu'à part l'influence de l'hérédité, des conditions hygiéniques mauvaises, de travaux pénibles qui obligent à de grands efforts, à une attention soutenue, de la grossesse, de la puberté et de la menstruation elles-mêmes, qui semblent au moins aider la naissance et l'accroissement de la tumeur, il n'y a rien de sûr, rien de précis, et que la réponse est encore à obtenir de travaux qui n'ont pas été poussés assez loin.

*Tumeurs malignes du corps thyroïde.* — Le cancer thyroïdien est relativement rare et se développe souvent sur la glande déjà malade, comme l'attestent les cas où une notable hypertrophie a tout à coup pris un caractère malin ne permettant pas de méconnaître une transformation.

Primitif ou secondaire, plus souvent secondaire, le cancer revêt histologiquement la forme épithéliale, carcinomateuse ou sarcomateuse ; mais son histoire est encore soumise à bien des incertitudes. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer les cas où l'on a cru que ces tumeurs malignes pouvaient se généraliser en produisant dans des régions éloignées des tumeurs ayant plus ou moins la structure soit des goîtres colloïdes, soit du tissu thyroïdien normal.

Deux cas semblent pouvoir se présenter dans l'évolution du cancer de la thyroïde quand il est primitif : la tumeur naît sur une glande saine jusqu'alors et prend les caractères d'une des variétés décrites, ou bien elle apparaît comme un degré plus avancé d'un adénome thyroïdien interacineux et constitue l'une de ces tumeurs mixtes encore peu étudiées, peu décrites, dans lesquelles l'épithélium ou les cellules interacineuses des trabécules ont évolué et se sont groupés pour constituer du carcinome ou du sarcome.

Il serait difficile, avec des notions aussi incomplètes, de tracer un tableau exact des néoplasmes malins de la glande thyroïde, et il semble mieux, après avoir indiqué la seule chose qui paraît certaine dans leur

histoire, c'est-à-dire leur évolution parallèle du goître adénoïde et leur développement d'emblée sur une glande saine, de les comprendre tous sous une même dénomination : le cancer. Ces tumeurs affectent du reste, à part les formations kystiques qui si souvent modifient leur structure, les différentes formes du cancer encéphaloïde, squirrheux; se présentent avec un développement exagéré des vaisseaux et des larges espaces lacunaires où le sang est plus ou moins rouge; leurs altérations générales marchent du reste comme toutes les tumeurs de même nature. Rapidement elles compromettent les organes en rapport avec elles, et pour indiquer ces lésions secondaires nous n'aurions qu'à répéter ce que déjà nous avons dit dans le chapitre d'anatomie pathologique générale des maladies de la région thyroïdienne.

Si l'histoire anatomo-pathologique de ces tumeurs est incertaine, leurs symptômes ne sont pas mieux définis. Leur marche seule, plus rapide, l'état de la peau qui reste moins longtemps indemne, le développement plus exagéré des vaisseaux, l'état des ganglions, et enfin les caractères d'infection générale doivent être signalés. Mais elles restent longtemps sans présenter le plus souvent d'autres signes que ceux d'un goître vulgaire; c'est à peine si l'on peut accorder une valeur quelconque à l'apparition d'un noyau dur dans une partie de la glande, d'un foyer de ramollissement lui succédant ou l'accompagnant : peut-être la douleur vive qui naît en même temps que la tumeur devient de plus en plus vive, s'irradie vers la mâchoire, le cou, la poitrine et coïncide avec des troubles fonctionnels importants, est-elle le meilleur signe que l'on puisse invoquer pour formuler ce diagnostic exact; mais les surprises que ménage à cet égard la clinique sont et resteront encore nombreuses, car les tumeurs malignes primitives ou secondaires de la glande thyroïde sont trop peu nombreuses pour donner à chaque praticien l'expérience personnelle si nécessaire dans le jugement des cas difficiles.

#### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE.

Les tumeurs du corps thyroïde peuvent être souvent confondues avec d'autres tumeurs nées dans les tissus et les organes voisins, et avec l'inflammation qui se développe dans la glande elle-même, cette inflammation n'étant pas toujours liée à l'existence des tumeurs thyroïdiennes.

Mais le diagnostic doit encore se préoccuper de reconnaître les variétés de ces tumeurs et d'interpréter les complications qui paraissent dues à leur développement.

Quand une tumeur apparaît dans la région sous-hyoïdienne, soulevant la peau, refoulant plus ou moins loin les plans musculaires, sa forme, son siège, sa consistance, doivent fournir les renseignements né-

cessaires pour formuler un diagnostic exact. En effet, toute production solide ou kystique quand elle est située sur la ligne médiane dans la région occupée par le corps thyroïde, en rapport avec elle par une large base d'implantation ou reliée à sa surface par un pédicule, a les caractères généraux que nous avons déjà décrits et sur lesquels nous ne reviendrons pas, qui indiquent l'origine thyroïdienne. Un des principaux est le mouvement d'ascension, de déplacement, produit pendant le deuxième temps de la déglutition.

Les tumeurs thyroïdiennes ont une forme qui le plus souvent exclut un certain nombre d'affections voisines : elles sont lisses à leur surface, assez régulières et pénètrent profondément avec les éléments de la glande qu'elles ont envahie.

Leur consistance, à part les kystes qui sont surajoutés à leur tissu, ou se présentent seuls avec des caractères assez nets, est celle du corps thyroïde lui-même ou s'en rapproche beaucoup, et donne en définitive aux doigts qui l'explorent la sensation de mollesse ou de fausse fluctuation. Si certaines tumeurs, par leur dureté, par leurs inégalités, s'éloignent beaucoup de cette consistance spéciale, elles ont en revanche dans la résistance de leur trame, les saillies de leur surface, des traits distinctifs qui servent à les faire reconnaître.

Parmi les tumeurs qui cependant peuvent être confondues avec celles que nous étudions, il convient de placer en première ligne les adénites, les néoplasmes des ganglions lymphatiques de la région. Les adénites anciennes ont été précédées de symptômes aigus ou subaigus, ont succédé à des accidents strumeux indiscutables, et quelle que soit leur origine, unique ou multiple, n'occupent point la ligne médiane, se trouvent plutôt sous les sterno-mastoïdiens, ne suivent jamais les mouvements du larynx et de la trachée, et se présentent enfin avec l'apparence de bosselures plus ou moins indépendantes pouvant être isolées les unes des autres.

Quand il ne s'agit plus d'adénites simples, mais de vraies tumeurs ganglionnaires, de lymphadénome par exemple, à plus forte raison ne peut-on commettre une erreur quand on retrouve et la multiplicité des tumeurs, l'indépendance relative des voies respiratoires et de la glande thyroïde, et un état général toujours assez mauvais dans ce genre d'affection.

Certains kystes du cou, kystes congénitaux, kystes ganglionnaires suppurés, vestiges anciens de la scrofuleuse, ectasies de la trachée, laryngocèles, ont été l'objet d'erreur. A quels signes pourrait-on les reconnaître ?

Si les kystes congénitaux restent ordinairement assez indépendants du corps thyroïde pour qu'il soit permis de retrouver cet organe et de limiter ses contours, s'ils offrent des caractères de fluctuation nette, de transparence, de développement latéral plutôt que médian, et si

grâce à ces signes ils peuvent facilement être reconnus, surtout quand on les voit faire saillie vers le plancher de la bouche, le diagnostic est plus difficile quand il s'agit d'une ectasie de la trachée. Mais cette affection, caractérisée par une sorte de kyste muqueux des parois du conduit aérien, est d'une grande rareté, et l'on conçoit qu'il sera en définitive impossible de la distinguer des goîtres.

La sonorité permettra toujours de reconnaître le laryngocèle ventriculaire sur lequel il est inutile d'insister.

En présence des cas où de grandes difficultés sont suscitées par un néoplasme que ne distingue aucun trait nettement dessiné, et qui semble appartenir soit au corps thyroïde soit aux tissus voisins, il faut se rappeler que deux faits doivent surtout guider le diagnostic, l'état de la glande et les complications. La glande est-elle irrégulière, est-elle en un mot altérée dans sa forme, sa consistance, son volume ? il y a beaucoup de probabilités pour que la tumeur soit un goître. Existe-t-il des complications du côté des voies aériennes, des nerfs laryngés et cardiaques, du côté de l'œsophage ? Il est presque certain que la tumeur est un goître.

Les variétés des tumeurs thyroïdiennes sembleraient, si l'on s'en rapportait aux définitions anatomo-pathologiques, devoir être facilement reconnues. Mais la clinique nous apprend qu'il n'en est rien, et les nombreuses ponctions exploratrices faites pour dissiper un doute, asseoir un jugement définitif, en sont la meilleure preuve.

La tumeur est-elle liquide ou solide ?

Dans quelques circonstances la vérité s'impose et la fluctuation, une saillie régulière, lisse, bien dégagée du reste de la glande, indiquent la présence d'une collection liquide. Mais que la fluctuation devienne douteuse sous les doigts qui la recherchent, ou bien qu'une saillie se présente quoique bien régulière et bien fixée sur la glande, avec une dureté manifeste, l'on devra se demander s'il ne s'agit pas d'un kyste recouvert par les éléments du corps thyroïde, d'un kyste central, ou d'une de ces collections liquides à parois tellement distendues qu'elles ne se prêtent en rien à la recherche de la fluctuation. L'apparition récente d'un point suspect, son développement régulier et rapide sur un goître préexistant préviennent en faveur du kyste, mais ils ne sauraient donner la certitude et l'on est obligé d'en venir à une ponction exploratrice malgré ses inconvénients et souvent ses dangers.

Si les kystes peuvent rester méconnus, la nature de leur contenu est d'un diagnostic encore plus difficile. Sans parler des kystes hydatiques qui sont une rareté et ne méritent que d'être signalés, il est nécessaire d'affirmer qu'on s'exposera toujours à un démenti, si l'on veut affirmer la nature du liquide. Kystes séreux, kystes gélatiniformes, kystes hématiques, kystes à contenu plus ou moins solide et comblés en partie par des bourgeons solides venus des parois : telles sont les variétés qui se ren-

contrent sans offrir des caractères qui permettent de les distinguer sûrement. Cependant le développement exagéré des vaisseaux, un bruit de souffle sur la tumeur, une augmentation brusque du volume du kyste, indiquent peut-être la présence du sang dans sa cavité ; la consistance réelle de la tumeur rappelant le goître gélatineux est plutôt en rapport avec un kyste à contenu épais et gélatineux ; une tendance de toute la tumeur à s'accroître, à prendre une tournure maligne peut prévenir en faveur de ces kystes, dont les productions de nature suspecte viendraient combler la cavité ; enfin des parois dures rappelant l'infiltration calcaire ou l'induration fibreuse appellent l'attention sur un contenu plus ou moins solide, résultant d'un travail d'organisation depuis longtemps préparé dans un goître d'origine ancienne.

Les mêmes difficultés se retrouvent dans le diagnostic des variétés de goître solide et des complications qu'ils offrent, qu'ils soient avec ou sans collections kystiques. C'est l'uniformité ou l'inégalité de consistance, la lenteur ou la rapidité du développement qui servent surtout pour les reconnaître. Toute tumeur régulière, ou peu accidentée dans ses contours volumineux, rappellera soit le goître hypertrophique quand elle est ferme et résistante, soit une de ces variétés d'adénomes interacineux, à structure gélatineuse quand elle est molle et tremblottante.

Bien que les cas de cette variété ne s'offrent qu'à titre d'exception dans la clinique, il faut savoir distinguer le goître vasculaire des autres variétés et des affections plus graves qui pourraient être confondues avec lui. Sur lui se trouvent réunis tous les signes de l'angiome ou de l'anévrysme, et cela suffit pour affirmer la nature spéciale de la tumeur, mais encore faut-il admettre que beaucoup de goîtres sans souffle, sans battements, sans mouvement d'expansion ont encore une structure très vasculaire que, seuls, un accroissement uniforme de la tumeur, un développement accentué des vaisseaux sous-cutanés et cutanés, phénomènes subits de congestion, pourront faire pressentir.

Le volume du goître vasculaire, quand il s'étend sur les parties latérales du cou ou descend derrière la fourchette sternale et les clavicules, alors qu'il est réductible, agité de battements et fait entendre un bruit de souffle, le ferait à la rigueur confondre avec un anévrysme de la région, si l'examen attentif des gros vaisseaux, de leurs branches, ne montrait pas que la circulation carotidienne n'a subi aucune modification ; certaines tumeurs, dans de telles conditions, ont quelquefois cédé devant un traitement général alors qu'on les avait prises pour des anévrysmes.

Ajoutons enfin qu'il est des cas où l'erreur est fatale : nous voulons parler des néoplasmes solides ou kystiques quelquefois vasculaires, développés sur la glande thyroïde et reliés à elle par un long pédicule, ou dans des parties accessoires de cette glande séparées de sa masse, de