

minué dans le myxoédème et que ce taux pouvait être augmenté en donnant de l'extrait de thyroïde. Il fut également le premier à démontrer que le taux du métabolisme, dans le goitre exophthalmique, était très élevé, par le fait le contraire du myxœdème.

Voilà les grands faits connus et entièrement admis aujourd'hui.

*Histologie.*—Une coupe de glande normale, montre une surface de follicules d'égale grosseur et de forme, remplissant de matière colloïde les acinies et reposant sur une base de cellules épithéliales cuboïdes.

Avant d'aller plus loin, examinons, puisque nous venons de voir l'histologie normale, ce qui se passe quand la glande s'hypertrophie.

Sans s'occuper de la cause déterminante, lorsque la thyroïde réagit à la dite cause, nous remarquons un élargissement de la glande, la vascularisation augmente, la glande se ramollit, la quantité d'iode contenue dans la substance colloïde est diminuée, les follicules sont plus larges, les cellules épithéliales augmentent en grosseur.

Ceci constitue l'hypertrophie simple.

Si la cause déterminante ou excitante continue d'agir, les lésions décrites augmentent d'intensité, il y a prolifération de l'épithélium dans les follicules ou formation de nouvelles follicules, des formations papilliformes avancent dans les follicules. Ceci constitue l'hyperplasie.

Si la cause excitante cesse d'agir, la glande a tendance à revenir à la normale, il y a régression et quand cette régression a atteint son point maximum, nous avons le goître colloïde constitué.

Autant qu'il a pu être prouvé, le goître colloïde a la même physiologie et biologie qu'une glande normale: il réagit à la quantité d'iode normale ou insuffisante. La différence qu'il y a entre une thyroïde normale et un goître colloïde c'est que ce dernier, à un moment donné a été hypertrophique ou hyperplasique