

dicament doit être administré de bonne heure et pendant assez longtemps. S'agit-il de goîtres anciens déjà fibreux, il ne faut pas compter sur une disparition de la tumeur. On prescrit l'iode à la dose de quatre à six gouttes de teinture prise dans les aliments ou les boissons. L'iodure de potassium a été également préconisé depuis quelques centigrammes jusqu'à six grammes.

Nous rapprocherons du traitement interne la médication topique et principalement les badigeonnages iodés utiles adjuvants de l'iode à l'intérieur. Quant à la pommade mercurielle belladonnée, aux emplâtres, aux sachets, leur efficacité n'est rien moins que démontrée.

Traitement chirurgical. — Les nombreux moyens de traitement préconisés contre les tumeurs thyroïdiennes ont été divisés en deux groupes : 1° le traitement curatif; 2° le traitement palliatif. Le premier s'adresse à la tumeur, le second comprend les opérations d'urgence destinées à remédier aux accidents graves qui menacent l'existence.

A. *Traitement curatif.* — Les divers procédés employés pour la cure des goîtres répondent à deux indications différentes.

1° Certaines opérations *modificatrices* ont pour but d'amener la diminution ou la destruction de la tumeur en provoquant l'inflammation; 2° d'autres méthodes *destructives* plus radicales comprennent l'extirpation du néoplasme ou sa mortification sur place.

Opérations modificatrices. — Elles varient suivant qu'il s'agit de goîtres parenchymateux ou kystiques; nous les exposerons successivement.

a. *Goîtres parenchymateux.* — Un certain nombre de procédés n'ont qu'un intérêt historique.

L'électrolyse, préconisée par JOBERT, CHVOSTECK, ALTHAUS, a donné d'assez bons résultats; des aiguilles multiples en communication avec le pôle négatif sont enfoncées dans la tumeur, tandis que le pôle positif est en contact avec la peau d'une région voisine. Cette méthode longue, incertaine, a l'avantage d'être inoffensive.

Injections interstitielles; méthode de Luton. — De tous les liquides irritants successivement préconisés, la teinture d'iode est le plus employé. Bien qu'elle ait été conseillée par VELPEAU, BOUCHACOURT, la méthode porte le nom de LUTON (de Reims) qui l'a spécialement étudiée : elle a donné des résultats satisfaisants à BERLIN, LÉVÊQUE. Le manuel opératoire, très simple, consiste à injecter un à deux grammes de teinture d'iode pure dans l'épaisseur du parenchyme, après anesthésie locale. L'injection est suivie de douleurs, d'un gonflement marqué et d'un durcissement; le malade a le goût d'iode dans la bouche. Peu à peu la tumeur diminue, mais il est souvent nécessaire de faire des injections répétées; GOSSELIN répète l'injection tous les quatre ou cinq jours. LÉVÊQUE, sur quarante-trois opérations, compte trente-deux guérisons, douze améliorations, une récurrence améliorée par une nouvelle injection. M. MACKENZIE, sur soixante-treize injections trouve cinquante-neuf guérisons et neuf améliorations. Suivant LUCKE ce traitement serait spécialement applicable au goître folliculaire.

L'iode n'est pas la seule substance à laquelle on ait eu recours; ERICHSEN, ALQUIÉ, ont employé le perchlorure de fer qui convient plus particulièrement

au goître vasculaire. MONOD, SCHWALBE, STOERCK, LEFORT se sont servis d'injections d'alcool, PEPPER, S. COGHILL, de solutions d'ergotine injectées autour de la tumeur. Ces divers agents sont inférieurs à la teinture d'iode.

Le *séton*, autrefois en honneur, a été peu à peu abandonné; les uns passaient un séton simple, d'autres des fils imprégnés de substances caustiques; c'est un moyen long, douloureux, exposant aux fusées purulentes, aux phlegmons du cou, aux hémorragies et à la pyohémie. En dehors de ces inconvénients, ce procédé échoue souvent.

Ces remarques s'appliquent également à la *cautérisation* profonde avec les flèches de Canquoin; cependant la cautérisation superficielle mérite d'être conservée dans le but de déterminer des adhérences entre la peau et la tumeur dans le cas de goître rétro-sternal; on la combine alors avec le soulèvement par le procédé de Bonnet.

Le *broiement sous-cutané*, sorte d'écrasement, constitue un procédé exceptionnel qui n'a été employé qu'un petit nombre de fois, GAILLET lui a dû quelques succès.

Ligature des artères afférentes. — L'idée d'arrêter les progrès du goître en liant les artères qui s'y rendent serait due à LANGE et à JONES (1807); mais BLIZZARD paraît avoir le premier pratiqué la ligature des thyroïdiennes dans ce but. Le premier succès fut obtenu par WALTHER (1814). Après une période de faveur assez marquée, puisque LE FORT a pu réunir trente et un cas, cette opération a été abandonnée. En effet ces quatre ligatures sont difficiles et exposent à maintes complications; en outre l'existence fortuite d'une thyroïdienne de Neubauer compromet les résultats. Néanmoins cette méthode compte des succès et plusieurs d'entre eux ont été obtenus dans des cas où l'on n'avait lié qu'une partie des artères. Dans un fait unique, où BOILEAU dut pratiquer la ligature de la carotide primitive, à la suite d'une tentative de suicide, le goître s'atrophia.

b. *Goîtres kystiques.* — Les divers procédés appliqués au traitement des goîtres kystiques sont loin d'avoir la même valeur. Ce sont :

1° *Ponction.* — Traitement beaucoup plus palliatif que curatif; on se sert pour la pratiquer de fins trocarts qui permettent de faire en même temps l'aspiration; il est recommandé de ne pas vider complètement la poche. Une seule ponction suffit rarement pour amener la résolution; les ponctions multiples ont donné des succès à GOSSELIN, LANNELONGUE, DUPLAY, JOHN, SIMON. Cette méthode conviendrait également à toutes les variétés, et DURDOS, OLLIER ont obtenu de cette façon la guérison de kystes hématiques; cependant il faut se rappeler qu'elle n'est pas absolument inoffensive; quelques cas de morts par septicémie en ont été la conséquence (STROMEYER, POINSOT).

Injections irritantes. — MAUNOIR avait eu l'idée d'injecter du vin rouge dans la poche; plus tard VELPEAU, BOUCHACOURT y substituèrent la teinture d'iode; ce dernier procédé est resté dans la pratique. La ponction ayant été pratiquée au moyen d'un trocart suffisamment large, la poche vidée et au besoin lavée, le chirurgien injecte dans la cavité de 10 à 20 grammes d'une solution de teinture d'iode iodurée au 1/3 suivant les uns ou au 1/5 (PIACHAUD), qu'il évacue au bout de cinq à dix minutes. Peu de temps après l'injection la tumeur

gonfle, devient douloureuse et la résolution n'arrive qu'au bout de plusieurs semaines. Ce résultat favorable n'est pas toujours obtenu; tantôt l'action de l'injection a été insuffisante pour modifier la paroi et le kyste se reproduit; tantôt l'inflammation dépasse le but et le kyste suppure. OBALENSKI a perdu un opéré qui mourut de pyémie. (*Centralbl. f. Chir.*, 1884). Vingt-quatre cas d'injections iodées réunis par FLEURY ont donné quinze succès, deux morts et sept résultats incertains; sur quinze goîtres, GOSSELIN a obtenu neuf guérisons après une seule injection, deux après deux injections, deux après ponction ultérieure et deux après suppuration. Si le kyste se reproduit, on ne doit pas recourir au même moyen avant deux mois. STÆRCK opère différemment; après avoir aspiré un peu de liquide, il injecte tous les trois ou quatre jours de petites quantités de teinture d'iode (de 0^{sr}, 6 à 1^{sr}, 8); dès que le liquide est devenu albumineux il faut s'arrêter.

On a également conseillé le perchlorure de fer, le chlorure de zinc qui exposent beaucoup à la suppuration de la poche. Sur cinquante-neuf cas où il a eu recours au chlorure de zinc, M. MACKENZIE a eu cinquante-huit guérisons après suppuration et une mort par entrée de l'air dans une veine. L'alcool préconisé par MONOD agit lentement et échoue assez souvent; il a du moins l'avantage d'être inoffensif.

Incision. — Ce procédé ne convient qu'aux kystes suppurés; appliqué aux kystes simples, il offre plus d'inconvénients que d'avantages; l'incision de la paroi et la rupture des vaisseaux pariétaux engendrent parfois des hémorragies. Aussi a-t-on cherché à y remédier en se servant des caustiques ou du thermocautère pour sectionner les parties molles. Quelques auteurs combinent ce moyen de traitement avec des cautérisations profondes. La guérison n'est obtenue qu'au prix d'une suppuration très longue qui expose les malades à des complications graves et surtout à la septicémie; aussi malgré les succès relativement beaux obtenus en Allemagne par SCHINZINGER, croyons-nous devoir proscrire ce mode de traitement. L'excision d'une portion de la paroi préconisée par BECK (de Fribourg) (1837), tentée depuis par FLEURY, n'est qu'une modification de la méthode précédente; elle peut être suivie d'hémorragies, de septicémie, sans abrégier la durée du traitement.

Cautérisation. — Méthode lyonnaise ou de Bonnet. — Elle consiste à appliquer les caustiques à la surface du kyste dans le but de l'ouvrir, ou à se servir de sétons caustiques; ces derniers sont aujourd'hui abandonnés. Pour pratiquer la cautérisation, BONNET employait du caustique de Vienne qu'il renouvelait jusqu'à l'ouverture de la poche; ensuite ce chirurgien cautérisait la paroi avec des rondelles de pâte de Canquoin appliquées dans les points les plus épais et saillants. L'existence d'une vascularisation anormale sur cette face interne est une contre-indication formelle. La suppuration s'établit bientôt et la poche s'élimine lentement; mais la guérison définitive n'est obtenue qu'au bout de plusieurs mois. Encore faut-il dire que les complications ne sont pas très rares en raison de l'action diffuse du caustique; des hémorragies et surtout des accidents septiques ont maintes fois enlevé les opérés. C'est donc une méthode que l'on doit employer avec circonspection.

Le *séton* simple passé à travers la poche kystique a été vanté par HAMBURGER;

plus récemment D. MOLLIÈRE a tiré de l'oubli cette méthode en substituant des crins de cheval au séton vulgaire (BOUZOL, th. de Lyon, t. I, n° 10). Les résultats obtenus par le chirurgien de Lyon sont satisfaisants et on peut attribuer l'innocuité du procédé au drainage antiseptique. THÉVENOT a également préconisé le drainage de la cavité.

En résumé les méthodes modificatrices ne valent rien contre les kystes crétaqués et en général on devra donner la préférence aux procédés les plus simples, aux méthodes résolutive. Si la poche du kyste est épaisse, il faudra recourir de suite aux injections irritantes, au drainage capillaire de MOLLIÈRE. Dans les kystes hématiques contenant du sang pur, mieux vaut n'intervenir que si les accidents forcent la main, et en pareil cas BOURSIER préconise le perchlorure de fer.

Méthode destructive. — De tous les procédés imaginés dans le but de détruire les goîtres, un seul a survécu : l'extirpation au bistouri encore appelée thyroïdectomie. Néanmoins nous mentionnerons au point de vue historique 1° la ligature par le procédé de MAYOR, qui avait pour but d'amener insensiblement le sphacèle de l'organe par la constriction progressive du lien; 2° l'écrasement linéaire essayé sans succès par CHASSAIGNAC; 3° l'ablation avec l'anse galvanique défendue par SHUH, PESME.

Extirpation. — L'histoire de cette grave opération comprend deux périodes distinctes : l'une qui va de HÉDÉBUS, le premier auteur qui en parle (1770) jusqu'en 1870; l'autre, contemporaine, commence avec le travail de BRIÈRE (d'Yverdon).

Première période. — Pendant un demi-siècle la thyroïdectomie ne trouva droit de cité nulle part et les tentatives hardies ne furent ni couronnées par les succès, ni encouragées par les sociétés savantes; d'ailleurs quelques guérisons obtenues à grand-peine ne pouvaient effacer l'impression pénible d'une assez longue série d'échecs. HÉDÉBUS, DE GRÆFE, GROOCH auraient les premiers, vers 1770, tenté l'extirpation; en 1792 DESAULT lui dut un succès, mais il fut moins heureux une seconde fois et DUPUYTREN perdit ses deux opérés. NÉLATON, VOISIN, BLANDIN, ROUX publièrent plusieurs cas d'extirpation; c'est à l'occasion d'un fait de ROUX qu'en 1850 l'Académie de médecine se prononça nettement contre l'opération. Cependant à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne, la thyroïdectomie ne fut pas complètement abandonnée; WOOS, WOOD, PARSON, SMITH, HAMILTON, BILLROTH, LUCKE, EMMERT, etc., protestèrent par leurs opérations ou leurs écrits contre le discrédit exagéré jeté sur cette méthode.

Seconde période. — Le travail publié par BRIÈRE en 1871 dans lequel cet auteur avait réuni cinquante guérisons sur soixante-treize opérations surprit quelque peu les chirurgiens et remit l'extirpation en honneur. Depuis quinze ans la question a été étudiée avec soin et grâce aux perfectionnements des méthodes de pansement, grâce encore aux modifications apportées dans l'exécution des procédés opératoires par WATSON, KOCHER, ROSE, la thyroïdectomie a pris droit de cité en Europe. Le nombre des succès récents obtenus en France est assez élevé; TRÉLAT, LE FORT, TILLAUX, LABBÉ, RICHELOT, PÉRIER, SCHWARTZ, TERRILLON, MONOD, etc., en ont publié des exemples.

Dans ces dernières années, ROSE a proposé la trachéotomie et l'introduction d'une longue canule comme opération préliminaire pour remédier à l'affaissement trachéal dont nous avons parlé; sa conduite n'est pas acceptée par tous les chirurgiens. D'un autre côté, pour obvier aux dangers de l'hémorragie toujours considérable pendant l'opération, WARREN GREEN (1871) et HERON-WATSON (1873) ont préconisé la ligature préalable des pédicules vasculaires. Le conseil théoriquement excellent, présenterait dans la pratique de grandes difficultés, en raison de la déformation de la région.

L'opération en elle-même comprend trois temps : 1° l'incision de la peau, de forme variable, tantôt en H (MICHEL), en croissant à convexité inférieure (ROSE), quadrilatère et trapézoïde à base supérieure adhérente (TILLAUX); 2° l'énucléation avec la sonde cannelée, la spatule, en ayant soin de couper tous les vaisseaux entre deux ligatures; 3° l'isolement, la ligature et la section du pédicule.

KOCHER et ROSSANDER ont conseillé d'inciser la capsule qui recouvre la tumeur avant de l'énucléer afin d'avoir une barrière susceptible de s'opposer à la marche des fusées purulentes; cette modification expose davantage à l'hémorragie. L'emploi des pansements antiseptiques a permis de diminuer notablement la durée du traitement qui oscille entre une et quatre semaines. REVERDIN a guéri un malade en six jours.

Parmi les complications les plus communes nous citerons : l'hémorragie primitive ou secondaire, les fusées purulentes dans le médiastin (BOECHAT), l'entrée de l'air dans les veines, la section des pneumogastriques, des laryngés avec toutes leurs conséquences, le tétanos (dix cas sur soixante-dix opérés d'après WÖFLER), les complications broncho-pulmonaires, la pyohémie. Sur vingt-deux extirpations totales BILLROTH a eu treize fois la paralysie laryngée uni ou bilatérale. KOCHER dut réséquer l'extrémité inférieure du sternum dans un cas où il existait un abcès du médiastin antérieur. En outre les opérés sont exposés à une sorte de cachexie (*cachexia strumipriva*), le malade présente les symptômes de l'abuminurie sans albumine. Quelques chirurgiens ont apporté des modifications à l'opération; les uns ne font qu'une extirpation partielle; d'autres, comme FIORANI, DEVECCHI, après décortication de la masse et ligature des principales branches artérielles, lient la tumeur à sa base sur de grosses aiguilles en croix avec des fils élastiques, conduite qui expose à la lésion des récurrents. Ces auteurs ont eu des succès et des échecs par ces divers procédés encore trop récents pour être appréciés à leur juste valeur. Enfin KOCHER, pour obvier aux inconvénients de l'aplatissement de la trachée, a cherché à exercer une pression sur le bord antérieur saillant, au moyen d'une anse de fil (*Centr. f. Chir.*, 1883).

Résultats. — On ne saurait comparer, comme nous l'avons dit plus haut, les résultats anciens à ceux que l'on obtient avec les nouvelles méthodes de pansement. SUSKIND, sur cinquante-cinq thyroïdectomies pratiquées dans les dernières années, trouve quarante-six guérisons et neuf morts. BOURSIER, sur un total de deux cent quinze observations, relève quarante-six décès, et sur quarante-six cas postérieurs à la thèse de SUSKIND, huit décès seulement, soit une mortalité de 18 p. 100. De 1877 à 1881 BILLROTH a enlevé cinquante-huit goîtres; il y eut trois récidives, quarante-huit guérisons et sept morts, soit une morta-

lité de 12,7 p. 100. En défalquant les cas de goître malin on n'arrive plus qu'à une mortalité de 8,3 p. 100. Le pourcentage de la mortalité tend donc à diminuer. Ce résultat n'est pas absolument dû aux perfectionnements opératoires et à l'antisepsie; il tient aussi à ce que l'opération devenue classique est faite pour des tumeurs thyroïdiennes qui ne déterminent pas encore des accidents très graves, c'est-à-dire dans des conditions beaucoup plus favorables qu'autrefois.

Opérations palliatives. — Elles ont presque toutes pour but de remédier aux troubles respiratoires provoqués par le goître suffocant.

La *section des muscles et des aponévroses du cou*, ancienne méthode aujourd'hui délaissée était plus théorique que pratique. Les chirurgiens espéraient, en pratiquant cette opération, diminuer la compression de la trachée et par suite les accidents dyspnéiques. Les résultats n'ont pas été satisfaisants et la ténotomie aussi bien que le débridement aponévrotique de GROSS ont été abandonnés.

Le *déplacement de la tumeur*, appliqué par BONNET au traitement des goîtres plongeants, repose sur cette remarque que les accidents s'amendent lorsqu'on porte le goître en avant et en haut. Après avoir imaginé des sétons filiformes, des compresseurs spéciaux, BONNET inventa pour réaliser cette indication une fourche qui embrochait le goître de bas en haut et prenait point d'appui sur le thorax. Non seulement on obtenait le déplacement de la tumeur, mais en outre le goître contractait avec la peau des adhérences grâce à des cautérisations superficielles. Huit succès sur neuf cas, tel serait le bilan de cette manière d'agir. De nos jours, TERRILLON a également obtenu un succès par un procédé analogue. Cette méthode n'est pas absolument sans dangers, et n'a d'efficacité que si le goître s'arrête dans son développement.

La *trachéotomie* est le véritable traitement palliatif dans les cas où l'accès de suffocation menace la vie du malade; elle se présente ici avec une gravité exceptionnelle en raison des déformations, des déviations de la trachée, de la difficulté d'atteindre cet organe recouvert par une volumineuse tumeur. ROSE a bien proposé de pratiquer la section de l'isthme entre deux ligatures, LEGROS de le diviser avec l'écraseur ou de décoller le goître de bas en haut s'il est peu développé, mais c'est à la cricotomie (BÖCKEL, KAUFMANN) et de préférence à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne de VICQ D'AZYR rajeunie par KRISHABER qu'il faudra donner la préférence. Les premiers temps de l'opération sont exécutés au bistouri ou au thermocautère et après l'ouverture de la membrane on introduit une longue canule susceptible de dépasser les limites du goître. La question de l'ablation ultérieure de la canule est toujours très délicate, le fait de TERRILLON en est un exemple; dix mois après la trachéotomie la canule était encore indispensable.