

L'accroissement de la tumeur ne suit d'ailleurs pas une marche uniforme, l'établissement de la puberté, et, chez la femme la menstruation et principalement les grossesses, parfois la ménopause sont l'occasion de poussées congestives après lesquelles la tumeur garde toujours un volume supérieur à celui qu'elle avait auparavant.

On peut voir le goitre ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel, tout en atteignant un volume considérable. Il en est ainsi des gros goitres colloïdes envahissant uniformément la glande et en général de tous les goitres dont le développement se fait vers l'extérieur. Il en est ainsi également de certains kystes. Dans d'autres cas, à peine la tumeur est-elle apparente, qu'elle s'accompagne déjà de troubles précoces du côté des organes profonds, tels les goitres constricteurs, les goitres développés aux dépens de l'isthme et surtout ceux qui descendent dans le creux sus-sternal ou qui envoient un prolongement rétro-pharyngien. Il est beaucoup plus rare de voir s'établir de bonne heure des troubles nerveux rappelant le syndrome de Basedow. Les troubles fonctionnels sont caractérisés par des phénomènes de compression qui portent avant tout sur l'appareil respiratoire, par suite de la compression de la trachée et des récurrents. Nous avons déjà signalé l'œdème de la muqueuse trachéale et les diverses sortes de rétrécissement de ce conduit. Il en résulte que si le malade respire librement quand il est au repos, dès qu'il se livre à un effort physique prolongé, course, ascension d'un escalier, des accidents de suffocation apparaissent. A un degré plus avancé, la dyspnée est continue, elle empêche tout sommeil ; la mort peut alors survenir dans un accès de suffocation, ou par asphyxie lente dans la somnolence et le coma. On comprend combien dans de semblables conditions les complications pulmonaires aiguës ou chroniques peuvent acquérir de gravité.

La compression des récurrents se manifeste par divers ordres de phénomènes que l'on peut classer au point de vue physiologique en trois degrés : le spasme des muscles adducteurs de la glotte, la contracture, la paralysie. Les premières manifestations sont caractérisées par de l'enrouement, la voix se voile (voix goitreuse), parfois se montre une toux quinteuse. Peu à peu une paralysie définitive limitée ordinairement à une des cordes vocales peut s'installer. Mais on a vu aussi la mort survenir dans un accès de spasme de la glotte, et Seitz dans son mémoire en rapporte des cas démonstratifs (1).

L'examen laryngoscopique difficile à faire chez beaucoup de malades à cause de la suffocation qu'il provoque permet de reconnaître l'état des cordes vocales et même la voussure trachéale correspondant à la partie comprimée de ce conduit. Wölfler réunissant sa statistique à celles de Socin et de Billoth conclut qu'il existe des

(1) J. SEITZ, Der Kropftod durch Stimmbandlähmung (*Arch. für Klin.* Bd. XXIX, p. 204).

troubles dans la mobilité des cordes vocales dans 12 pour 100 des cas.

Il est rare que la déglutition soit gênée, cependant certains goitres rétro-pharyngiens à tendance scléreuse auraient pu étrangler l'œsophage au point de causer la mort par inanition.

Chez certaines malades, en dehors de tout phénomène d'excitation cardiaque, la face est vultueuse, cyanosée. On peut constater un véritable œdème uni ou bilatéral s'étendant même à la muqueuse buccale et à la langue. Ces troubles doivent être rattachés à la compression des jugulaires. Les goitres endo-thoracique et rétro-claviculaire en comprimant le tronc veineux brachio-céphalique déterminent de l'œdème du membre supérieur.

Enfin nous avons déjà parlé à propos de l'anatomie pathologique des lésions du cœur droit qui peuvent conduire à l'asystolie. A côté de ces troubles cardiaques d'origine mécanique, il en existe d'autres auxquels on peut assigner une pathogénie différente. Chez quelques goitreux, on observe des palpitations fréquentes, revenant par accès, des troubles nerveux tels que l'insomnie, l'agitation, les bizarreries du caractère, en un mot certains éléments du complexe que nous étudierons à propos du goitre exophtalmique. Faut-il les attribuer à des excitations de voisinage dues à des tiraillements du grand sympathique et séparer absolument ces accidents de la maladie de Basedow ? Mais on les voit survenir avec des goitres de petit volume à propos desquels la compression ne semble guère être de mise. Dans des cas semblables, il nous paraît difficile de trancher la question alors que la pathogénie de la maladie de Basedow elle-même est encore discutée (Voy. p. 668).

L'état général des malades semble être également influencé d'une façon directe par le goitre. Chez la moitié des sujets environ, on pourrait constater un teint pâle, une peau flasque et de l'affaiblissement musculaire. Hayem a signalé l'augmentation des leucocytes dans le sang. Dans quelques cas très rares, on a vu ces troubles généraux, indice probable d'une insuffisance de la fonction thyroïdienne, conduire au myxœdème.

Les *signes physiques* ne peuvent être indiqués que d'une façon générale, et nous avons déjà suffisamment insisté au chapitre de l'anatomie pathologique sur les variétés de forme et de consistance de la tumeur. La palpation fera reconnaître les tuméfactions molles, régulières, comme spongieuses, formées par le goitre diffus. Certaines nodosités du goitre médian font une saillie apparente, d'autres profondément situées demandent à être tâchées par une palpation attentive. La fluctuation des kystes de petit volume est parfois difficile à reconnaître. Elle devient évidente dans les poches un peu volumineuses. Les battements n'appartiennent pas toujours à des goitres vasculaires ; parfois, ils sont communiqués par la carotide ; il faut alors, suivant le conseil de Boyer, faire pencher en avant la

tête du malade et on voit disparaître les battements communiqués.

Parmi les tumeurs développées aux dépens d'une partie de la glande seulement, celles qui descendent dans le creux sus-sternal et que nous avons décrites sous le nom de *goitre rétro-sternal* sont les plus intéressantes. La tumeur limitée dans son accroissement par l'orifice supérieur du thorax comprime de bonne heure la trachée en déterminant des symptômes de rétrécissement de ce conduit et des accès de suffocation. Selon que le goitre est plutôt au-dessus ou au-dessous de la fourchette sternale, les crises de suffocation sont atténuées par la flexion ou l'extension du cou. Parfois, une bosselure que l'on sent dans le creux sus-sternal reçoit des battements qui sont transmis par le tronc innominé et pourrait simuler un anévrysme de la crosse de l'aorte. Certains de ces goitres ambulants sont aspirés dans le thorax et descendent derrière le sternum à chaque inspiration. Il arrive alors parfois, à la suite d'une poussée congestive, qu'ils ne peuvent plus repasser dans le cou, et, bridés par le sternum, ils déterminent de graves accidents de suffocation.

Complications. — Nous avons déjà parlé des accidents du côté de la respiration. Il nous reste à envisager deux complications qui peuvent en peu de temps aggraver considérablement le pronostic de la maladie, ce sont les hémorragies et les inflammations. *Les hémorragies* ont ordinairement pour cause un effort, une quinte de toux, un traumatisme. Lorsqu'elles sont d'une certaine abondance, elles s'annoncent par une brusque augmentation de volume de la tumeur qui devient tendue, douloureuse avec de la rougeur à la peau.

S'il existait déjà un certain degré de compression des voies aériennes, la poussée congestive peut conduire à la mort à bref délai par suffocation. Quant au rôle curatif des petites hémorragies qui provoqueraient autour d'elle un processus de sclérose, il reste d'une valeur douteuse. Il faut faire une mention spéciale pour les hémorragies *dans les kystes* d'un certain volume. Le sang s'y épanche jusqu'à ce que le contenu kystique ait acquis une tension égale à la tension intra-vasculaire; la tumeur devient dure et élastique, elle se développe au niveau de ses points les plus faibles; si la paroi cède du côté de la profondeur, l'asphyxie apparaît; si c'est du côté de la peau, sa forme primitive se modifie, elle proémine sous forme de bosselures parfois en prenant l'aspect d'un cône ou d'une poire renversée. Enfin, la peau se perforé, et les complications septiques viennent se mêler aux hémorragies répétées. Dès lors, la terminaison fatale ne se fait pas attendre.

L'*inflammation* du goitre ou strumite a les mêmes origines que celles qui surviennent dans une glande saine et que nous avons déjà étudiées au chapitre de la thyroïdite. Que l'apport des agents septiques résulte d'une auto-infection ou de tentatives chirurgicales mal conduites, il en résulte des foyers de suppurations d'autant plus graves

que la richesse veineuse du goitre facilite la phlébite, les thromboses et la septicémie.

A côté des fusées purulentes dans le médiastin, il faut faire une large place à la *broncho-pneumonie infectieuse* qui survient comme accident terminal plus particulièrement appelé sur le poumon par les conditions défectueuses dans lesquelles se fait la respiration.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, qu'il est difficile de tracer un tableau général de la *marche* du goitre. Celle-ci est éminemment variable, depuis la bénignité d'un lipome jusqu'aux plus graves complications (1). Bien plus, tel goitre resté longtemps stationnaire peut, à un moment donné, prendre tous les caractères d'une tumeur maligne. Nous parlerons de ces faits à propos du cancer.

Diagnostic. — Rien de plus simple que de reconnaître une tumeur goitreuse à son début : faire avaler une gorgée d'eau au malade, saisir pendant la déglutition la tumeur entre ses doigts en cherchant à l'immobiliser et constater son ascension franche et bien marquée, au même degré que celle du larynx, tel est le moyen classique. Il permettra de distinguer le goitre d'avec certaines *tuméfactions ganglionnaires* qui n'ont pas le siège carotidien habituel, que l'on voit notablement en dedans du sterno-mastoïdien, ovoïdes, allongées verticalement, en tout semblables à un lobe thyroïdien hypertrophié, molles et pseudo-fluctuantes comme lui. Encore arrive-t-il que celles-ci suivent parfois à un certain degré les mouvements de la trachée. C'est alors qu'une investigation attentive des autres groupes ganglionnaires des régions sous-maxillaire et sus-claviculaire, l'examen des amygdales et la recherche des prédispositions du sujet permettront de faire une distinction. On tiendra compte aussi en faveur du goitre des augmentations de volume qui peuvent se produire périodiquement à l'époque des règles.

Des abcès froids venus des vertèbres cervicales peuvent également faire saillie dans la région, et un certain degré de réductibilité empêche d'y sentir nettement la fluctuation. Mais il est rare dans ces cas que des symptômes douloureux n'attirent pas l'attention du côté de la colonne cervicale. Enfin certains *lipomes* sous-cutanés placés au-devant de la trachée seront reconnus sinon à leur consistance, du moins à leur grande mobilité.

Les tumeurs développées aux dépens des vaisseaux tels que les *anévrismes* carotidiens, restent toujours très en dehors et ne sauraient être confondues avec les goitres vasculaires. Cependant, Syme a commis l'erreur et lié la carotide primitive, croyant avoir affaire à un goitre pulsatile. Il en est de même des *kystes congénitaux* du cou, cependant ceux-ci peuvent se rapprocher de la glande thyroïde et même entourer le cou d'un collier simulant un goitre kystique congénital.

(1) JABOULAY, Les causes de la mort chez les goitreux. La responsabilité médicale dans le traitement des goitres (*Arch. d'anthrop. criminelle*, mai 1895).

Les difficultés deviennent grandes quand on se trouve en présence d'un goitre aberrant ou d'un goitre accessoire. Si une tuméfaction concomitante de la glande thyroïde proprement dite n'est pas là pour faire penser à l'affection thyroïdienne, on risque fort de s'égarer. On a pu croire ainsi à un rétrécissement de la trachée ou même à de l'asthme, alors qu'il s'agissait d'un goitre rétro-sternal.

Quant au diagnostic de la nature anatomique du goitre, il faudra tenir compte non seulement des caractères physiques, mais aussi de l'âge du sujet, de l'ancienneté de la tumeur. Les goitres des jeunes sujets sont presque toujours des adénomes fœtaux ou des hypertrophies. Parmi les goitres anciens, ce sont les goitres colloïdes (adénomes gélatineux) qui forment ces volumineuses tumeurs en gibecière à surface régulière, de consistance pseudo-fluctuante et recouvertes d'une peau bien mobile et sans dilatation vasculaire. Les goitres fibreux ont quelque chose de squirrheux dans leur dureté et dans leur adhérence intime à la trachée. Les kystes ne sont pas toujours faciles à distinguer des hypertrophies. A défaut de fluctuation distincte, la présence de bosselures d'égale tension aidera à faire reconnaître les kystes un peu volumineux. Quant au goitre vasculaire, la dilatation du réseau veineux, la consistance spongieuse, la réductibilité partielle, les pulsations, les frémissements et les souffles sont des phénomènes de toute évidence. Il faudra cependant éviter de prendre pour un goitre pulsatile une tumeur qui ne recevrait que des battements communiqués.

Nous avons signalé la fréquence du goitre puerpéral, on saura éviter toutefois de prendre pour un goitre l'hypertrophie thyroïdienne physiologique, qui disparaît après l'accouchement.

Le diagnostic avec le cancer présente les plus grandes difficultés quand le néoplasme est à son début. Nous y reviendrons dans un autre chapitre. La maladie de Basedow sera également étudiée à part.

Enfin on tiendra compte des conditions nosologiques pour diagnostiquer les goitres épilémiques dont le pronostic est beaucoup plus favorable, car ils disparaissent facilement. Quant à prédire quelle sera l'évolution ultérieure d'un goitre sporadique ou endémique, en un mot porter un pronostic pour l'avenir, on ne saurait se baser sur aucun élément.

Traitement (1). — I. MÉDICATION IODÉE. — L'iode a été employé depuis longtemps contre les goitres. On prescrivait empiriquement

(1) LANZ, Zur Schilddrüsenfrage (Sammlung klinischer Vorträge, 1894, n° 98). — HERTOEGHE, De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance (Bull. Acad. de Belgique, 1895, n° 9). — F. HEINSHEIMER, Entwicklung und jetsiger Stand der Schilddrüsenbehandlung (Munch. med. Abhandlungen. Anal. in Centralbl. für Chir., 1895, n° 11, p. 245). — BAUMANN, Ueber die Virksamkeit des Thyrojodins (Munch. med. Woch., 1896, n° 14). — Ueber das normale Vorkommen des Jods im Thierkörper. Der Jodgehalt der Schilddrüsen von Menschen und Thieren (Zeitschr.

l'éponge calcinée, sans savoir qu'elle devait ses propriétés aux iodures qui s'y trouvent. C'est Coindet de Genève qui fit cette démonstration en 1820. Dès lors on a administré la teinture d'iode, 1 à 6 grammes, l'iodure de potassium 5 centigr. à 2 grammes, l'iodoforme 10 à 20 centigr. Nous avons employé avec succès l'iodure d'amidon 1 gramme. Ce traitement ne doit pas être continué au delà d'un ou deux mois; il faut d'ailleurs le surveiller, car on l'a vu déterminer des phénomènes d'iodisme, accidents attribués par certains auteurs non pas à l'iode, mais à la mise en liberté des toxines thyroïdiennes (Mayor, Gautier). On peut espérer quelque efficacité de l'iode sur les goitres récents et mous, les hypertrophies des jeunes gens, les poussées congestives que l'on observe au moment de la menstruation et de l'accouchement.

II. MÉDICATION THYROÏDIENNE. — Depuis peu, l'opothérapie thyroïdienne a été appliquée aux goitres. Bien que son efficacité ne soit pas encore complètement établie, le principe nouveau de cette médication, les applications nombreuses qu'elle peut recevoir en pathologie nous obligent à en dire ici quelques mots (1).

Le traitement thyroïdien, comme nous le verrons plus loin, a d'abord été employé contre le myxœdème avec un succès éclatant. De là à l'expérimenter contre les goitres, il n'y avait qu'un pas. Le goitre en effet sous son apparence hypertrophique ne cache-t-il pas une véritable atrophie de l'élément glandulaire? Certaines de ces tumeurs ne sont-elles pas, comme le dit Van den Corput, un myxœdème du corps thyroïde lui-même? Toutefois, les résultats, quelque encourageants qu'ils paraissent, sont loin d'être aussi satisfaisants que dans le myxœdème. A côté d'un certain nombre de faits tels que ceux de Séné, Marie, Sabrazès et Cabannes, où une diminution considérable ou même une disparition complète de la tumeur ont été obtenues, il faut citer les conclusions de Bruns (1) qui a expérimenté

für physiol. Chemie, Bd. XXII, p. 1). — O. LANZ, Beiträge zur Schilddrüsenfrage (Mittheilungen aus kliniken und med. Instituten der Schweiz, B. III, S. Heft 8. An. in Centralbl. für Chir., 1896, n° 30, p. 719). — LÉPINE, La thyroïdine (Sem. méd., 19 août 1896, n° 42, p. 333). — G. BUSCHAN, Ueber Myxoedem und verwandte Zustände. Zugleich ein Beiträge zur Schilddrüsenpathologie und Schilddrüsen-therapie (Anal. in Centralbl. für Chir., 1896, n° 47, p. 1113). — REVILLON, Thyroïdisme et Thyroprotéisme (Revue méd. de la Suisse romande, t. XV, n° 8, p. 413). — CATILLON, Des préparations thyroïdiennes (Merc. méd., 1895, p. 586). — BAUMANN et GOLDMAN, Ist das Iodothyryn (Thyrojodin) der lebenswichtige Bestandtheile der Schilddrüse (Munch. med. Woch., 24 nov. 1896). — CASTAGNOL, Étude historique et bibliographique sur la médication thyroïdienne, thèse de Paris, 1896, n° 250. — G. TREUPEL, Stoffwechseluntersuchung bei einem mit Iodothyryn behandelten Falle von Myxoedem und Mittheilung einiger Thierversuche mit Iodothyryn (Munch. med. Woch., 22 septembre 1896). — LÉPINE, De la médication thyroïdienne (Sem. méd., 1896, n° 8, p. 57). — J.-L. FAURE, Étude sur le rôle du corps thyroïde en thérapeutique (Gaz. des hôp., 1896, n° 11, p. 905).

(1) BRUNS, Beobachtungen u. Untersuchungen über die Schilddrüsen-er Behandlung des Kropfes (Beiträge zur klin. Chir., Bd. XVI, Hft 2). et Corresp. bl. für Schweizer Aerzte, 15 mars 1895, n° 6, p. 191.

la médication thyroïdienne dans 300 cas chez l'homme, et aussi sur 12 chiens goitreux, ce qui lui permit de faire l'étude microscopique des modifications subies par la glande. Bruns a obtenu un résultat parfait dans 8 p. 100 des cas, bon dans 36 p. 100, médiocre dans 30 p. 100, faible ou nul dans 25 p. 100. Lorsque la médication agit, on s'en aperçoit rapidement et le résultat est souvent atteint au bout de quinze jours. C'est chez les sujets jeunes qu'il est le plus marqué. Il semble que le médicament porte en quelque sorte son éléction sur l'élément hypertrophique, et les hypertrophies pures ont de grandes chances de disparaître. Dans les formes nucléaires ou polykystiques, les noyaux s'isolent et se dessinent mieux. S'il existe des phénomènes de compression, on les voit s'amender. Il en résulte que l'intervention chirurgicale serait facilitée par un traitement thyroïdien préopératoire, et l'hémorragie elle-même diminuée.

Malheureusement Bruns reconnaît que ces beaux résultats ne peuvent pas être considérés comme durables; dans les trois quarts des cas, le goitre reparait après la suppression du traitement, et cela d'autant plus vite qu'il avait mieux réagi. Toutefois, l'administration de petites doses à des intervalles déterminés pourrait permettre de ne rien perdre du résultat acquis. Angerer (1) déclare également avoir obtenu de bons résultats dans 78 cas, mais ni Ewald, ni Stabel n'ont été aussi satisfaits; ce dernier, sur 83 cas traités à la clinique de Bergmann, compte seulement deux guérisons et quatre améliorations. Kocher reste encore sceptique sur ce point et prétend qu'on obtient d'aussi bons résultats avec la médication iodée.

La médication thymique a été essayée dans le goitre par Mikulicz, Reinbach (10 à 15 grammes de thymus de mouton trois fois par semaine) (2). D'après ce dernier, on obtiendrait des résultats analogues à ceux que donne la médication thyroïdienne, mais sans crainte d'intoxication. Ce seraient encore les goitres hyperplasiques qui rétrocéderaient, sans toutefois jamais disparaître complètement, mais quelques-uns de ceux-ci, rebelles à la médication thyroïdienne, auraient été améliorés par le thymus.

Quoi qu'il en soit, en attendant que des observations plus nombreuses nous aient précisé ses indications, le traitement thyroïdien devra être mis à l'essai dans toutes les variétés de goitres, à part les formes franchement fibreuses ou kystiques qui ne réagissent pas. La meilleure préparation est encore la glande thyroïde fraîche de mouton ou de veau (glande du cornet) hachée avec du beurre salé et prise sous forme de sandwichs; la dose moyenne est de 50 centigr.

(1) ANGERER, Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsenstoff (*Munch. med. Wochenschrift*, 28 janvier 1896).

(2) MIKULICZ, Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 22 avril 1895, n° 16, p. 342). — REINBACH, Ueber die Erfolge der Thymusfütterung bei Kropf. (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chir.*, Bd. I, Heft. 2).

de glande fraîche, par jour, c'est-à-dire un demi-lobe de corps thyroïde de mouton. On peut aussi employer les tablettes du commerce dites à tort de thyroïdine. Elles sont constituées par la glande desséchée dans le vide et réduite en poudre, 10 centigr. de poudre correspondant à 50 centigr. de glande fraîche. Quant à la thyroïdine de Baumann qui est 500 fois plus active, on la trouve dans le commerce sous forme d'un mélange à 1 p. 1000 dont on peut donner 50 centigr. par cachet. On a également fait des pommades à la lanoline thyroïdienne. De toute façon, il faudra surveiller l'état général du sujet afin d'éviter les accidents d'intoxication thyroïdienne. Ceux-ci se manifestent principalement par de l'agitation et de l'insomnie, du tremblement, de la tachycardie avec arythmie, parfois de l'exophtalmie. On observe aussi de l'élévation de la température, de la polyurie, de la glycosurie et de l'albuminurie. Certains autres accidents, diarrhée, urticaire, ne seraient, d'après Lanz, que du faux thyroïdisme et proviendraient d'un empoisonnement par des préparations avariées.

III. INJECTIONS INTERSTITIELLES. — C'est Luton de Reims qui a le premier préconisé les injections de teinture d'iode dans les goitres. Depuis, les applications nombreuses qui furent faites de cette méthode par Bertin, Terrillon, Le Dentu, Duguet sont venues en établir la valeur.

L'injection doit être faite avec une seringue de Pravaz armée d'une aiguille de platine et portera en plein centre de la tumeur de 10 à 20 gouttes de teinture d'iode fraîchement préparée. Luton est même allé jusqu'à la dose de 5 grammes. Comme elle provoque une certaine douleur, on aura soin de faire coucher le malade afin d'éviter la syncope. Il est aussi une précaution capitale à prendre: plusieurs cas de mort subite immédiatement après l'injection ont été observés, dus probablement à la pénétration du liquide dans une veine. On aura donc soin, après avoir enfoncé la canule, d'enlever la seringue, et on ne fera pas d'injection si une goutte de sang sort par la canule laissée en place. Quelques heures après l'injection, une réaction locale apparaît, la tumeur augmente de volume et reste pendant deux ou trois jours sensible à la pression, puis elle diminue peu à peu. Mais pour amener une régression notable du goitre, il faut d'ordinaire plusieurs injections, 5, 10, 15 ou même davantage. Celles-ci peuvent être renouvelées tous les quinze jours.

Cette méthode est donc d'une très grande lenteur. D'ailleurs, après avoir été très en faveur, elle est presque généralement abandonnée. Les chirurgiens lui reprochent d'être trop souvent inefficace, et ce qui est pire, d'aggraver la situation en provoquant des adhérences du goitre avec les parties voisines, qui rendent plus difficile une extirpation ultérieure. Reverdin, Kocher se refusent à l'employer. Peut-être cependant ne mériterait-elle pas d'être complètement laissée dans

l'oubli. Il ne saurait sans doute en être question à propos des formes nucléaires, des gros goîtres colloïdes, encore moins de goîtres vasculaires ou constricteurs, mais certaines formes d'hypertrophies thyroïdiennes des adolescents trop peu volumineuses pour que le malade consente à l'intervention sanglante, assez pour être disgracieuses, pourront disparaître après quelques injections qui déposeront l'iode en pleine tumeur.

On a cherché à remplacer l'iode par d'autres solutions plus ou moins caustiques, qui n'ont donné que de médiocres résultats. Mosefig, Garré ont employé l'éther iodoformé. On a préconisé également l'alcool, le chlorure de zinc. Je ne cite que pour mémoire les injections coagulantes de perchlorure de fer tentées par Alquié, auxquelles l'électrolyse tout au moins serait préférable.

IV. TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — 1° THYROÏDECTOMIE TOTALE. — Je ne signale qu'à titre historique les anciennes méthodes inspirées par la crainte de l'hémorragie ou de l'infection telles que le broiement (Billroth, Gaillet de Reims), la ligature en masse (Heister, Moreau, Mayor), l'emploi de l'écraseur ou de l'anse galvanique, pour exposer d'abord les diverses méthodes d'ablation. Je décrirai ensuite les procédés relevant d'indications spéciales, ligatures artérielles, exothyropexie, trachéotomie.

Les premiers opérateurs qui tentèrent l'extirpation cherchèrent naturellement à la faire aussi radicale que possible ; on s'attachait à ne pas laisser de débris de la tumeur et on pratiqua nombre d'extirpations totales, mais bientôt l'apparition des accidents graves du myxœdème opératoire attira l'attention sur la valeur vitale de la glande thyroïde, la thyroïdectomie totale fut complètement abandonnée, on vit s'imposer la nécessité des extirpations partielles et prendre place, à l'instigation de Socin, la méthode des énucléations intra-glandulaires.

2° EXTIRPATION PARTIELLE. — Elle peut être pratiquée suivant deux procédés, soit *a*) en enlevant le lobe malade avec sa capsule propre, *extirpation extra-capsulaire*, soit *b*) en pénétrant en plein tissu malade pour aller directement aux noyaux adénomateux et les extraire par une *extirpation sous-capsulaire* ou *énucléation intra-glandulaire*.

a. Extirpation extra-capsulaire. — Quel que soit le procédé que l'on emploie, et d'ailleurs, on peut ne pas être toujours fixé à l'avance sur ce point, il est nécessaire de bien mettre à découvert le champ opératoire par une incision suffisante. Celle-ci sera dans bon nombre de cas rectiligne, mais longue et parallèle au grand axe de la tumeur, c'est-à-dire suivant à peu près la direction du sterno-mastoïdien, ou bien coudée suivant un angle très obtus ouvert en dedans (Kocher). C'est seulement lorsque l'on aura à agir sur une glande dégénérée dans sa totalité que les incisions en H ou en croissant à concavité supérieure seront de mise. Dans tous les cas, il ne faut pas hésiter à

Fig. 96 et 97. — Thyroïdectomie partielle pour un énorme goître charnu très vasculaire, suffocant (service de M. Poncet). Th. de BÉRARD.

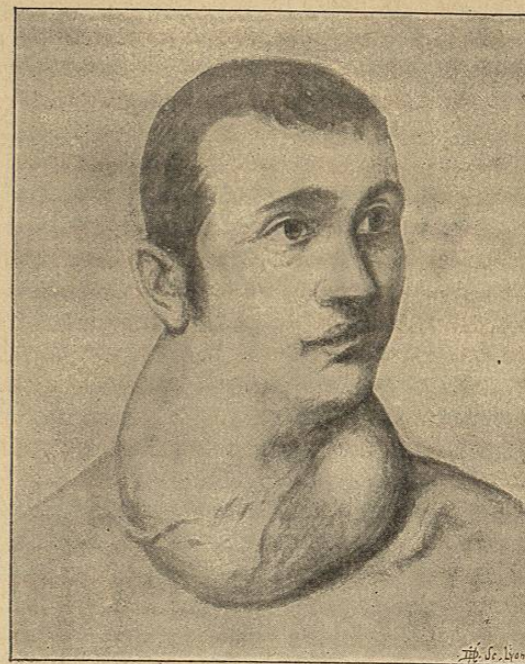


Fig. 96. — Avant l'opération.

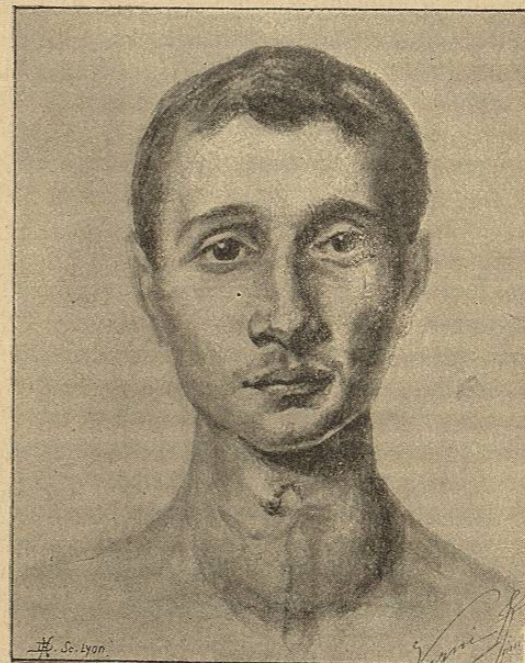


Fig. 97. — Aspect du malade à la sortie de l'hôpital.