

versité de formes de cette affection. Les formes habituelles de tuméfactions qui affectent la totalité de la glande ne causent aucun danger ; il en est de même d'une grande partie des goîtres circonscrits qui se développent à l'extérieur, et de beaucoup de tumeurs kystiques présentant un développement semblable. Ces tumeurs constituent simplement une difformité et gênent, soit par leur pesanteur, soit par la difficulté de les cacher sous le vêtement. Elles ne mettent en péril la vie du malade que lorsqu'elles produisent les phénomènes de compression que nous avons décrits plus haut. C'est la compression des voies respiratoires qui présente les plus grands dangers ; cependant, il faut bien se garder d'attacher peu d'importance à la compression des vaisseaux et du conduit alimentaire (*Voir le chapitre sur les rétrécissements de l'œsophage*). Les goîtres volumineux entraînent peu à peu dans les organes internes des altérations qui sont une source de dangers sérieux ; ils s'accompagnent volontiers d'un catarrhe chronique persistant des voies respiratoires, d'emphysème, et, plus tard, de dilatation du cœur, de stase rénale, d'hydropisie, etc.

Le goître peut disparaître spontanément. C'est ce qu'on a observé, principalement dans les formes légères, lorsque le malade quitte une contrée où le goître est endémique, pour aller se fixer dans un pays qui en est indemne. Les maladies aiguës entraînent aussi quelquefois une régression rapide du goître (LUECKE).

§ 66 — Le traitement du goître se divise en médicamenteux et opératoire. Parmi les médicaments, il faut placer, en première ligne, l'iode avec ses différentes préparations ; l'iode guérit les hypertrophies de la glande, surtout les formes folliculaires, moins sûrement les goîtres gélatineux, qu'ils soient diffus ou sous forme de nodosités. Le goître diminue souvent très rapidement sous l'influence de l'usage interne de doses modérées d'iodure de potassium ou de l'application d'une pommade iodée, qui suffit habituellement à elle seule dans les goîtres récents développés chez les individus jeunes.

C'est le moment où jamais de vouer notre attention aux états morbides connus sous le nom d'iodisme. D'après ce que j'ai vu, il ne me semble pas que l'on soit autorisé à mettre sur le compte de l'iode certains symptômes particuliers d'irritation cardiaque et d'amaigrissement rapide ; il est plus vraisemblable que ces phénomènes sont dus à la résorption rapide et à la pénétration dans le sang de la substance du goître sous l'influence de l'iode. Naturellement on supprimera le traitement iodé dès l'apparition des symptômes dont nous venons de parler. Malgré cette précaution, les malades ne se remettent, en général, que très lentement de ces accidents, après la résorption complète du goître.

Le traitement interne par l'iodure de potassium (à la dose parfaitement suffisante d'une cuiller à soupe matin et soir d'une solution de 5 : 200) est surtout efficace lorsqu'on voit survenir de bonne heure une amélioration. Mais on devra bien se rappeler que parfois on voit apparaître pen-

dant l'administration de ce médicament des phénomènes de congestion dans la glande thyroïde malade. Il peut arriver ainsi que la tumeur augmente quelque peu dans les premiers jours, et il est même possible que les symptômes respiratoires s'aggravent tout d'abord. Puis la glande prend une consistance dure et la tuméfaction diminue peu à peu. A cette période de congestion du goître, il est bon de suspendre pour quelques jours l'emploi des préparations iodées.

Dans un grand nombre de cas, le traitement médical est insuffisant ; quelquefois même il ne réussit pas à faire disparaître l'hypertrophie simple ; mais il échoue plus souvent dans les formes colloïde et vasculaire ; dans les goîtres fibreux, il ne donne à peu près aucun résultat. Quant aux formes kystiques, elles ne subissent l'influence de l'iode qu'autant que ce dernier amène la résorption du tissu hypertrophié entourant le kyste. Ici, les médicaments doivent faire place à l'intervention chirurgicale. Nous allons donc considérer particulièrement ce mode de traitement et nous voulons d'abord répondre à la question suivante : comment doit-on traiter les goîtres parenchymateux qui ont résisté à la pommade iodée et à l'usage interne de l'iodure de potassium ?

On a imaginé dans ce but une série de procédés, que nous ne mentionnerons que pour mémoire, tels que la **ligature des artères afférentes** (Chl. LANGE, v. WALTHER, etc.), comme aussi le **passage d'un séton**, dans le but de provoquer une inflammation de la glande malade. Tous ces procédés ont l'inconvénient de mettre à nu la tumeur, de l'ouvrir et de laisser longtemps le tissu malade en contact avec l'air ; il peut en résulter des conséquences graves provenant soit d'une hémorragie, soit d'une fonte putride du goître. C'est pour la même raison que l'on a laissé aussi de côté les opérations consistant à mettre à nu la tumeur et à y pratiquer des cautérisations répétées avec le chlorure de zinc, ou à introduire des flèches caustiques dans l'intérieur du goître. Ces modes de traitement par trop dangereux ne sauraient être que d'un emploi très limité, et l'on y aura recours seulement dans les cas où les autres procédés, qu'il nous reste à décrire, n'ont donné aucun résultat. De même nous ne pouvons recommander le procédé conseillé dernièrement par BILLROTH, bien qu'il ait donné quelques succès ; il consiste à plonger un trocart dans la tumeur et à y promener la pointe de l'instrument dans toutes les directions.

Le procédé qui, d'après les nouvelles publications à ce sujet, est certainement le moins dangereux et offre une certaine garantie de succès, consiste dans les **injections interstitielles** (LUTON, LUECKE). Mais avant d'user de ce moyen, nous devons nous faire une idée exacte de la nature du goître. On rencontre parfois des goîtres anciens trop volumineux pour qu'on puisse songer à les soumettre à un traitement quelconque. Ce sont les tumeurs affectant la forme de nodosités qui cèdent le plus facilement aux injections iodées, et il en est surtout ainsi des tumeurs molles qui n'intéressent pas toute l'étendue de la glande. Dans ces cas, en effet, on observe rapidement une atrophie cicatricielle du goître. Voici le procédé

tel que le décrit LUECKE : on se servira d'une seringue de Pravaz tout à fait propre ; avant de la remplir du liquide à injection on aura soin de la plonger un moment dans l'eau bouillante. Il n'est pas absolument nécessaire de se servir de teinture d'iode ; d'autres substances irritantes comme l'alcool (SCHWALBE) peuvent remplir le même but. Cependant LUECKE continue à préférer l'iode soit au point de vue de son action phlogogène, soit en même temps à cause de ses propriétés antiseptiques et spécifiques. Certainement l'iode, tel qu'il est contenu dans la teinture concentrée, n'a pas d'inconvénients, et l'on fera bien, si l'on veut agir sûrement, de s'en tenir provisoirement à cette substance, qui paraît avoir une action spécifique. Pour la première injection on ne dépassera pas la dose de 10 à 15 gouttes et pour les injections suivantes on se réglera d'après le degré de réaction produit.

Dans le choix du point à ponctionner on évitera naturellement les grosses veines sous-cutanées ; la piqûre des vaisseaux profonds par la fine aiguille du trocart ne paraît offrir aucun danger, car on n'a pas observé jusqu'ici d'hémorragie de quelque importance. Au moment de la ponction il faut avoir soin de fixer convenablement la tumeur, ce qui ne présente guère de difficulté dans les goîtres volumineux ; mais il n'en est plus de même des petites nodosités que l'on saisira entre le pouce et l'index, ou bien on confiera alors à un aide le soin de rendre la tumeur accessible, et l'on donnera à la tête du malade la position la plus convenable. Comme le fait remarquer LUECKE, ce sont les goîtres médians rétro-sternaux qui sont les plus difficiles à saisir ; ils n'apparaissent au-dessus du sternum que dans les mouvements excessifs de déglutition et de respiration. Il s'agit alors de choisir le moment favorable pour plonger l'aiguille dans le tissu de la tumeur. L'injection étant terminée et la canule retirée, on place le doigt sur la petite plaie, que l'on recouvre ensuite d'un petit morceau de sparadrap. Il est rare que le malade accuse des douleurs vives s'irradiant vers l'articulation de la mâchoire et l'oreille, et la réaction est le plus souvent très légère. Au bout de quelque temps on constate à l'endroit de la ponction une espèce de dépression de la tumeur ; il en est de même à la suite de chacune des injections subséquentes, dont le nombre pourra varier de 2 à 20 et même davantage suivant le volume et la forme du goître. Sous l'influence de ce traitement la tumeur acquiert une dureté de plus en plus grande.

Cet effet des injections ne s'observe souvent pas dans les **gros goîtres gélatineux** ; dans ces cas elles ont pour résultat la suppuration de la tumeur. L'augmentation de volume du goître, la fluctuation profonde et la fièvre, tels sont les signes qui permettent de reconnaître la présence du pus. On devra alors faire le plus tôt possible de larges incisions et veiller au libre écoulement du pus par des contre-ouvertures et un bon drainage ; la cavité de l'abcès sera désinfectée au moyen de lavages phéniqués. Ici par conséquent le résultat est le même que celui que l'on cherche à obtenir par les moyens indiqués plus haut, c'est-à-dire le ramollissement et la suppuration de la tumeur. Mais les injections présentent certains avantages sur ces autres procédés, bien qu'elles partagent avec

ceux-ci les dangers résultant, soit de l'hémorragie au moment de l'incision du foyer purulent, soit de la décomposition putride de ce dernier (Voir § 64).

Rappelons toutefois que l'injection iodée n'est pas un procédé absolument inoffensif ; en effet, dans un certain nombre de cas elle a été suivie d'une mort subite ou du moins de symptômes graves d'asphyxie qui nécessitent la trachéotomie.

Pour ces goîtres gélatineux nous avons un procédé qui semble préférable aux injections interstitielles ; c'est l'**électrolyse**, dont l'avenir doit encore nous apprendre le mode d'emploi et les indications spéciales.

Si nous examinons encore une fois le pronostic des différentes espèces de goîtres solides, nous voyons que les injections iodées donnent de bons résultats dans les formes hypertrophiques molles et dans les goîtres colloïdes au début, mais qu'elles agissent moins sûrement dans les formes fibreuses anciennes. Dans les goîtres vasculaires les injections ne sont pas complètement dépourvues de danger, et il y a lieu de se demander si dans ces cas aussi on ne doit pas préférer l'électrolyse (SCHWALBE).

En général on peut dire : **plus le goître est ancien, plus la guérison est incertaine, et plus sont dangereux les moyens nécessaires pour obtenir la guérison.**

§ 67. — Quant au traitement des **goîtres kystiques** il diffère notablement de celui des goîtres solides. Ici deux procédés sont en présence, à savoir l'incision du kyste (BECK) et la ponction suivie d'injection iodée. Or les kystes offrent des formes très variées comme nous l'avons vu dans notre description anatomique. On observe des formes uniloculaires et multiloculaires avec des parois tantôt très minces, tantôt très épaisses, fibreuses, parfois calcifiées. Dans d'autres cas des portions du tissu du goître font saillie dans l'intérieur de la cavité kystique. De même le contenu est très variable ; tantôt c'est un liquide clair comme de l'eau, tantôt un contenu riche en parties solides.

Sans aller plus loin il est donc déjà évident que les injections de teinture d'iode ne peuvent guérir tous les kystes ou que, du moins, dans beaucoup de cas, une seule injection ne suffit pas à amener la guérison. Si néanmoins nous considérons les injections iodées comme étant ici le procédé normal, c'est parce qu'il a déjà donné de nombreux succès et qu'il est relativement dépourvu de dangers. Les injections agissent le plus sûrement dans les **kystes à parois minces et n'ayant pas un contenu trop épais**. Le seul danger sérieux dans les kystes à parois rigides, c'est l'hémorragie. Cet accident, qui est rare, nécessite le plus souvent l'incision du kyste. Le principal avantage de l'injection c'est que cette petite opération est faite pour ainsi dire par la méthode sous-cutanée, et que par conséquent la fonte putride du kyste est très rare.

Après avoir fait sortir une quantité suffisante du contenu du kyste,