

comme le veut DIEFFENBACH. Je doute qu'il soit jamais nécessaire de sectionner ce dernier muscle dans l'extirpation des kystes, car on peut facilement le déplacer au-devant du néoplasme. Lorsque la tumeur est volumineuse, l'incision que nous venons d'indiquer ne suffit plus. D'une part, l'incision longitudinale doit dépasser considérablement les limites de la tumeur, si l'on veut arriver sur les vaisseaux d'entrée et de sortie, et, d'autre part, il est souvent nécessaire d'avoir beaucoup de place latéralement. Il peut être indiqué, dans ces cas, d'avoir recours, soit à l'incision elliptique de LANGENBECK avec excision de la peau, soit au procédé du même auteur consistant à tailler un lambeau à base supérieure. L'incision cruciale de DIEFFENBACH donne beaucoup de place, il est vrai, mais après l'opération on éprouve un peu de difficulté à adapter convenablement les lambeaux cutanés au-devant de la plaie.

Si, la peau étant incisée, on rencontre de nombreuses et grosses veines, il convient de les diviser entre deux ligatures.

Après l'incision de la peau et de l'aponévrose sous-jacente, la plupart des tumeurs superficielles, et surtout le lymphome, peuvent être facilement détachés de leur capsule avec les doigts ou avec les ciseaux de Cooper fermés. Si la tumeur est située plus profondément, et si l'on craint qu'elle ne soit en rapport avec les vaisseaux profonds, le procédé opératoire devra être modifié en conséquence.

Assez souvent on réussit à extirper très rapidement les tumeurs mobiles des glandes lymphatiques en les saisissant entre les doigts de façon à bien tendre la peau au-devant du néoplasme; puis on incise la peau ainsi que la capsule, et en augmentant la pression des doigts, on fait saillir la glande hors de l'incision cutanée; on peut faire passer par la même ouverture un grand nombre de glandes mobiles du voisinage, et l'on évite ainsi de grandes incisions. Lorsqu'on opère par ce dernier procédé, il faut avoir soin, avant de détacher complètement la glande, de s'assurer des vaisseaux, sinon une hémorragie peut se produire dans la profondeur, la capsule de la glande et les vaisseaux afférents ayant fui loin de la surface aussitôt la tumeur enlevée.

2) DUPUYTREN a conseillé de commencer l'extirpation des **tumeurs profondes** par le point le plus éloigné des gros vaisseaux, de les détacher des parties voisines et d'arriver peu à peu sur le pédicule que l'on sectionne en dernier lieu. Certainement cette règle peut être suivie pour la plupart des kystes, et pour un certain nombre de tumeurs qui n'adhèrent que faiblement aux gaines vasculaires. Mais lorsque la tumeur a contracté des adhérences intimes avec les vaisseaux, lorsque ces derniers sont déplacés ou enveloppés par le néoplasme, on suivra de préférence la **méthode de LANGENBECK qui consiste à découvrir d'abord la partie centrale des troncs vasculaires.**

Si les vaisseaux ne sont pas adhérents, on les sépare de la tumeur et on les laisse dans leur gaine; s'ils sont adhérents, on détache la tumeur après avoir ouvert la gaine vasculaire; lorsque les vaisseaux traversent

la tumeur ou sont détruits par le néoplasme, on lie d'abord le bout central, on sépare la tumeur et l'on lie en dernier lieu le bout périphérique. On peut ainsi, sans hémorragie notable, enlever avec la tumeur la jugulaire interne ou la carotide. Dans tous les cas, pendant que le chirurgien opère dans la profondeur, un aide placera le doigt sur le bout central des vaisseaux; si la veine ou l'artère venaient à être blessées, il pourrait ainsi exercer immédiatement une compression, qui empêcherait l'entrée de l'air ou l'hémorragie jusqu'au moment où les vaisseaux auront été liés.

3) La **séparation de la tumeur dans la profondeur** sera faite le moins possible avec le bistouri; on se servira d'un instrument mousse ou des ciseaux.

On s'est élevé dernièrement de divers côtés contre cette méthode (KROENLEIN entre autres). A mon avis les objections de ces auteurs ne sont point justifiées. Les conditions pour la guérison ne sont certainement pas plus favorables dans les cas où l'on s'est servi exclusivement du bistouri. J'accorde volontiers qu'il en était peut-être autrement avant la période antiseptique. Mais actuellement je puis affirmer, en me basant sur une vaste expérience, que les cas opérés d'après les règles indiquées plus haut, guérissent sans trace de suppuration pourvu que, dans l'opération et le traitement consécutif, on se conforme aux principes de la méthode antiseptique.

Beaucoup de tumeurs ont leur capsule si peu adhérente aux parties voisines, que le doigt ou les ciseaux de Cooper fermés suffisent à les détacher. Autant que possible, on cherchera à conserver la tumeur dans son intégrité, et s'il s'agit d'un kyste, on fera en sorte de ne pas l'ouvrir; on voit mieux les limites du néoplasme lorsque celui-ci est intact, et l'opération est ainsi plus facile. La division des tissus, tels que les muscles situés à une certaine profondeur, se fera entre deux pinces; plus profondément, on soulèvera avec le doigt les tissus dans le voisinage de la tumeur, et l'on introduira les branches des ciseaux entre le doigt et le néoplasme sur les parties à sectionner. Si l'on soupçonne l'existence de gros vaisseaux dans l'épaisseur d'un cordon de tissus, on le divisera seulement après ligature préalable, au moyen d'un, et, si possible, de deux fils placés à l'aide d'une aiguille mousse recourbée. Les grosses veines qui traversent la tumeur, sont loin d'être toujours gorgées de sang et de trahir ainsi leur présence; elles sont souvent comprimées, rétrécies et vides. Si avant de séparer la tumeur de la veine on a soin de lier le bout central de cette dernière, on n'a pas à craindre le danger de l'entrée de l'air; dans le cas où l'on n'aurait pas pris cette précaution, on comprimerait aussitôt le bout central ou l'on y appliquerait une ligature.

Dans les cas difficiles, LANGENBECK compare avec raison toute l'opération à une dissection faite avec soin, et, de fait, une préparation anatomique des vaisseaux et nerfs du cou n'a pas un meilleur aspect qu'une plaie résultant de l'extirpation bien réussie d'une tumeur de cette région.

Autant que possible on réunira une partie de la plaie ; on en laissera ouverte la partie inférieure.

L'opération doit être faite avec toutes les précautions antiseptiques ; il en est de même du pansement que l'on appliquera suivant la méthode que nous avons décrite à propos des processus inflammatoires.

Bien que, dans la grande majorité des cas, l'extirpation des tumeurs du cou, et en particulier l'ablation des divers lymphomes de cette région, soit fort peu dangereuse, cependant les opérations plus importantes, comme c'est surtout le cas pour les lymphosarcomes, ne sont pas dépourvues de danger, vu qu'elles s'accompagnent souvent de la lésion ou de l'excision de grosses veines, surtout de la jugulaire interne. Il est ici très important, pour le résultat de l'opération, qu'aucun phlegmon ou suppuration ne vienne compliquer la marche de la guérison.

Cependant, alors même qu'on a réussi à éviter ces complications, les ligatures de veines ne sont pas absolument sans danger. Ainsi nous avons vu la veine liée être le point de départ d'une thrombose mortelle, dans un cas où la marche de la plaie avait été tout à fait aseptique. Chez un autre opéré, la plaie n'avait fourni qu'une quantité tout à fait minime d'un liquide muco-purulent, et cependant nous vîmes survenir des symptômes démontrant l'existence et la migration de thrombus ; l'opéré finit toutefois par guérir.

## V. GLANDE THYROÏDE

### Remarques anatomiques

§ 60. — Nous jugeons nécessaire de rappeler ici brièvement l'anatomie normale de la glande thyroïde, en suivant principalement la description qu'en donne HENLE. Ces notions anatomiques nous permettront de bien comprendre les altérations pathologiques de cet organe et leur symptomatologie.

La glande en question est située à la face antérieure du cou, dans la région du larynx et de la partie supérieure de la trachée ; elle a la forme d'un fer à cheval dont la portion moyenne repose sur la partie supérieure du conduit trachéal, tandis que les portions latérales se dirigent de bas en haut sur les côtés du larynx, et s'étendent quelquefois jusqu'à l'os hyoïde. Tantôt la glande se compose de deux lobes réunis entre eux sur la ligne médiane par un tissu conjonctif serré, tantôt entre ces deux lobes s'en intercale un troisième. La partie moyenne de l'isthme repose sur les deuxième, troisième et quatrième cerceaux cartilagineux de la trachée.

Les portions latérales appelées lobes ou cornes, font de chaque côté de l'isthme une saillie notable ; elles s'élèvent latéralement en divergeant légère-

ment, et sont en rapport en dedans avec l'œsophage, la trachée, les cartilages cricoïde et thyroïde, en dehors avec les gros vaisseaux du cou. Très souvent on trouve à côté de ces deux lobes latéraux un troisième lobe médian ou situé un peu à gauche de la ligne médiane ; c'est la **pyramide** ou **corne moyenne**. Elle part du bord supérieur de l'isthme, et s'élève tantôt jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, tantôt jusqu'à l'os hyoïde ; elle est très variable de forme et de volume. Assez souvent on observe aussi de *petites glandes accessoires* dans le voisinage de l'os hyoïde.

Ces **glandes thyroïdes accessoires** ont une assez grande importance pour l'histoire des tumeurs du cou, car elles permettent d'expliquer le développement de tumeurs épithéliales dans divers points de cette région (*Voir § 47 et suivants*). WOELFLER, en se basant sur l'histoire du développement, a déterminé les limites de la région dans laquelle on peut trouver ces petits organes glandulaires du volume d'un pois ou d'une fève, et qui, à première vue, peuvent être pris pour des glandes lymphatiques. Cette région a la forme d'un triangle isocèle, dont la base, située à la hauteur de l'os hyoïde, est parallèle au bord du maxillaire inférieur, et dont la pointe atteint la crosse de l'aorte. Latéralement, le triangle est limité par les gros vaisseaux. Le développement de ces glandes accessoires s'explique par le fait que des portions détachées de germes glandulaires sont restées fixées dans des points où l'on n'en observe pas à l'état normal. GRUBER a groupé systématiquement ces glandes ; il les divise en supérieures, inférieures et postérieures ; les deux premiers groupes sont subdivisés en médians et latéraux. MADELUNG, au travail duquel nous renvoyons le lecteur (*Archives de Langenbeck*, vol. 24, p. 71), distingue les glandes accessoires supérieures, inférieures, latérales, antérieures et postérieures, par rapport à la glande thyroïde proprement dite.

Les **glandes supérieures** sont situées entre le bord supérieur de l'isthme de la glande thyroïde et l'os hyoïde, principalement au niveau de ce dernier ; elles occupent la ligne médiane du cou (VERNEUIL, ZUCKERKANDL, etc.), ou bien dépassent un peu cette ligne, à droite ou à gauche. Ce sont les mieux connues. Les **glandes latérales** s'observent sur les parties latérales du cou, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule. Le plus souvent elles sont en contact direct avec les bords latéraux de la glande principale, et elles ont été maintes fois le point de départ de tumeurs. Les **glandes postérieures** offrent un intérêt tout particulier, car elles peuvent être l'origine de goîtres situés en arrière de la glande thyroïde, soit en arrière de l'œsophage, soit entre la trachée et l'œsophage. Après cette digression importante aussi bien pour la pathologie de la glande thyroïde que pour l'étiologie des tumeurs du cou, retournons à notre description anatomique.

La glande thyroïde présente divers *moyens de fixation*. Sur sa face antérieure