

on y injecte de la teinture d'iode, dont on laisse une partie dans la cavité. BRUNS se sert de la solution de LUGOL, qu'il laisse pendant quelques minutes dans le kyste. LUECKE conseille d'user d'une canule assez large, afin qu'elle puisse livrer passage même à un liquide épais. On en favorisera l'issue par des injections d'une solution phéniquée tiède. La quantité de teinture d'iode pure que l'on injecte varie naturellement avec le volume du kyste; une dose de 10 à 20 grammes n'est certainement pas trop grande. Dans les cas de guérison on voit d'abord la tumeur augmenter de volume, pour diminuer ensuite peu à peu. Les kystes multiloculaires et ceux qui ont des parois rigides, ne peuvent souvent pas être guéris de cette manière.

Si l'on restreint l'emploi des injections iodées aux kystes monoloculaires et à parois minces, les chances de guérison sont assez grandes. D'après la statistique de WORNER (clinique de BRUNS) sur 74 cas il y a eu 43 guérisons et 11 améliorations considérables. L'injection a donc donné de bons résultats dans 75 0/0 des cas.

Supposons que l'injection ne donne aucun résultat, ou que, dès le but, on ait réussi à diagnostiquer un kyste multiloculaire ou à parois épaisses et rigides; il faut alors **ouvrir largement la tumeur**. Ici on aura le choix entre le bistouri et les caustiques (chlorure de zinc) qui permettent d'éviter une hémorragie. SCHINZINGER a réuni 100 cas d'incisions de kystes faites à Fribourg-en-Brisgau depuis BECK; il n'y a eu que 3 de morts, bien qu'un petit nombre de ces opérations seulement aient été exécutées selon les règles de la méthode antiseptique; on voit donc que le danger de l'incision n'est pas très grand. Actuellement, grâce à la méthode antiseptique, il ne saurait guère être question de l'ouverture des kystes par des substances caustiques. L'expérience que nous avons acquise dans ces derniers temps, parle bien aussi en faveur de l'innocuité de l'incision. Avant de se servir du bistouri on aura soin de désinfecter à fond le champ opératoire, et l'on n'incisera le kyste qu'avec les précautions antiseptiques les plus sévères.

L'incision sera faite suivant le grand diamètre du kyste; on lui donnera une longueur suffisante et l'on évitera le plus possible les vaisseaux. Après avoir mis le kyste à nu, on a l'habitude de le suturer à la peau aux angles et sur les côtés de la plaie (F. CHELIUS); la tumeur étant ainsi fixée, on se rendra plus facilement maître des hémorragies qui pourraient survenir; en outre la suture empêche les infiltrations de pus entre le kyste et la peau mobile sus-jacente. Le kyste est ensuite ouvert sur toute la longueur de l'incision cutanée; on en fait sortir le contenu, et s'il s'agit d'un kyste multiloculaire, on déchire les cloisons de façon à convertir en une seule cavité les différentes loges de la tumeur. Un accident que l'on observe quelquefois c'est l'**hémorragie**; elle survient au moment de l'opération ou seulement plus tard, et elle est due sans doute à la cessation de la pression intra-kystique. WOELFLER conseille d'ouvrir le kyste

avec le thermocautère afin d'éviter une hémorragie par les veines contenues dans les parois de la tumeur. Le plus souvent on réussit à arrêter l'écoulement du sang par la ligature des vaisseaux ou en remplissant la cavité kystique de tampons de coton imbibés d'une solution phéniquée. Après avoir ouvert le kyste, on en lave la cavité avec une solution phéniquée (3 : 100). Bientôt après l'opération la tumeur diminue souvent rapidement de volume. On aura soin de maintenir la plaie ouverte au moyen de tubes à drainage. Enfin on appliquera un pansement antiseptique suivant les règles que nous avons déjà exposées plusieurs fois. Si, lors du renouvellement du pansement, on constate que le liquide sécrété par la plaie a une odeur fétide, ce qui est à craindre pendant les premiers jours, on fera des lavages désinfectants de la cavité kystique avec une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc.

L'incision des goîtres kystiques n'est pas toujours suivie de guérison nous n'avons qu'à rappeler ici les formes calcifiées); dans un certain nombre de cas l'opéré ne guérit qu'après un traitement long, pénible et difficile. Aussi de nos jours l'extirpation de ces kystes, conseillée déjà depuis plusieurs années par JULLIARD et KOTTMANN, est-elle devenue en honneur auprès d'un grand nombre de chirurgiens. Pour ma part j'y ai eu recours plusieurs fois, entre autres dans un cas où j'avais tenté vainement la guérison du kyste par une incision. Tout dernièrement BURCKHARDT a rapporté un grand nombre de faits semblables, et en nous basant sur le travail de cet auteur ainsi que sur notre propre expérience qui est favorable à l'extirpation, nous ne pouvons que recommander cette dernière, du moins pour tous les kystes compliqués de calcification des parois ou d'une prolifération endogène. BURCKHARDT conseille de pratiquer une grande incision médiane ou latérale, correspondant au kyste, puis d'inciser la capsule du goître, et après avoir divisé la couche mince de tissu glandulaire rouge recouvrant la paroi kystique, de détacher cette dernière en se servant autant que possible d'instruments mousses (sonde à goître de KOCHER, ciseaux de COOPER fermés), ou simplement des doigts. On aura à sectionner et surtout à lier des vaisseaux ayant une direction perpendiculaire à la paroi du kyste. Les adhérences de cette paroi avec le tissu du goître dans la profondeur varient suivant l'origine superficielle ou profonde ainsi qu'avec le volume du kyste. Parfois la tumeur est presque pédiculée, et une seule ligature en masse suffit à prévenir l'hémorragie une fois la tumeur enlevée, tandis que dans d'autres cas le kyste est uni intimement à la glande sur une grande étendue, et l'on est obligé, pour achever l'extirpation, de lier un grand nombre de vaisseaux. Il va sans dire que les règles de la méthode antiseptique doivent être rigoureusement observées¹.

1. Depuis quelque temps JULLIARD se sert pour l'extirpation des kystes de la glande thyroïde, d'un procédé analogue à celui qui est en usage dans l'ovariotomie. Après avoir incisé la peau et les tissus sous-jacents sur une certaine étendue jusque

§ 68. — Nous n'avons pas encore parlé de l'**extirpation**, bien que plusieurs fois déjà nous ayons affirmé que certaines tumeurs de la glande thyroïde ne peuvent être guéries par les moyens rapportés jusqu'ici. Déjà avant l'emploi de la méthode antiseptique cette opération a été faite assez souvent avec succès malgré les grands dangers qu'elle fait courir, les fortes hémorragies dont il faut se rendre maître, les suppurations consécutives, les fusées purulentes vers le médiastin, les processus phlegmoneux aigus. WOELFLER a pu, jusqu'en 1850, réunir 50 cas d'extirpations de goîtres, avec 41 pour 100 de mortalité. Mais déjà en 1877 la statistique accusait de bien meilleurs résultats, soit 127 cas avec 19, 6 : 100 de mortalité. Enfin jusqu'en 1883 la mortalité à la suite de cette opération est tombée à 10 : 100. Les améliorations apportées aux procédés d'hémostase et à l'application de la méthode antiseptique en ont depuis lors encore diminué considérablement le danger. Ce sont surtout les succès obtenus par BILLROTH et KOCHER qui ont engagé les chirurgiens à revenir à cette opération qui semblait être à peu près tombée dans l'oubli. D'autre part les idées de ROSE rapportées plus haut (§ 63) sur le danger des goîtres en voie d'accroissement, doivent, semble-t-il, nous engager à faire de bonne heure l'extirpation de ces tumeurs lorsqu'elles sont inaccessibles aux autres moyens de traitement, et à ne pas attendre que des altérations de la trachée aient déjà déterminé des phénomènes graves d'asphyxie.

Il ne faut pas s'étonner dès lors que l'extirpation du goitre ait été pratiquée un grand nombre de fois dans le cours des dernières années, et vu le peu de danger que présente cette opération exécutée par une main exercée et avec les précautions antiseptiques, les chirurgiens ont été même tentés d'y avoir recours dans un but purement esthétique. Malheureusement une réaction ne tarda pas à s'opérer. On observa, en effet, un certain nombre de troubles particuliers à la suite de l'opération. Quelques opérés présentèrent bientôt des troubles intellectuels qui ne pouvaient être attribués qu'à l'extirpation de la glande thyroïde; d'autres furent atteints d'accidents tétaniques particuliers qui disparaissaient ensuite rapidement ou, au contraire, persistaient plus longtemps ou entraînaient même la mort du malade. Ces accidents n'ont été observés que chez les personnes jeunes du sexe féminin. Quoiqu'il en soit, le nombre des cas où ils se sont montrés n'était pas assez considérable pour qu'on pût les prendre en considération dans la question de savoir si l'on devait continuer ou non à pratiquer cette opération. Mais bientôt des chirurgiens suisses (REVERDIN, JULLIARD et surtout KOCHER) signalèrent un autre

sur la paroi du kyste, il vide ce dernier au moyen du trocart ou en l'ouvrant avec le bistouri si le contenu est épais. Puis il attire peu à peu au dehors les parois du kyste qu'il détache des parties voisines. Ce procédé permet d'extirper de gros kystes par une petite incision de la peau, et d'opérer en quelque sorte en dehors de la plaie cutanée, ce qui facilite l'hémostase. (Note du trad.)

grave inconvénient survenant à la suite de l'opération, non pas immédiatement, mais seulement au bout de quelques semaines ou même de quelques mois, nous voulons parler des troubles généraux décrits par KOCHER sous le nom de **cachexia strumipriva**¹. Il s'agit là d'une cachexie grave progressive se présentant sous la forme d'un état crétinoïde accompagné d'une bouffissure caractéristique de la face, d'une altération de la peau, d'une paresse et d'une lourdeur des mouvements du corps avec conservation de la force musculaire et diminution de l'activité intellectuelle (P. BRUNS). Ces troubles se montrent dans les premiers mois qui succèdent à l'opération, et ils sont d'autant plus graves que l'extirpation totale du goitre a été pratiquée chez un individu plus jeune. Les malades présentent un peu de bouffissure de la face et un état de sécheresse de la peau qui prend une teinte jaune cireuse. Les paupières et les lèvres forment des bourrelets, et la figure prend une expression particulière de plus en plus crétinoïde. Ils deviennent lourds et maladroits, la parole est lente et embarrassée, ce qui serait dû, suivant BRUNS à la tuméfaction de la langue. L'intelligence perd beaucoup de son activité, et, chez les enfants, les facultés intellectuelles diminuent d'une façon notable. Dans les cas avancés on constate un haut degré d'oligémie (diminution du nombre des globules rouges). Chez un garçon de 18 ans opéré à l'âge de 10 ans, BRUNS constata un arrêt presque complet de l'accroissement du corps en longueur depuis le moment de l'opération.

Tous ces phénomènes, qui ont été déjà observés dans un grand nombre de cas, persistent indéfiniment ainsi que l'a démontré, du moins jusqu'ici, l'observation des malades, et ils ne tendent pas à diminuer avec le temps. *Les seuls malades qui en soient restés indemnes sont ceux chez lesquels l'opérateur, à dessein ou par hasard, avait respecté une partie de la glande.*

L'explication de ces troubles énigmatiques n'a pas encore pu être fournie jusqu'à présent. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle de SCHIFF. D'après ce physiologiste la glande thyroïde joue un rôle dans

1. Le 13 septembre 1882 J.-L. REVERDIN, dans une séance de la Société médicale de Genève, signala certains accidents qu'il avait observés chez ses opérés de goitre assez longtemps après leur guérison, et consistant dans de la faiblesse des membres, de l'accablement, de la tristesse, une pâleur anémique, de l'œdème des mains et de la face sans albuminurie. En 1883 il publia avec A. REVERDIN un travail basé sur 22 extirpations de goitre. Ces deux chirurgiens y décrivent d'une façon complète les accidents en question, et, les premiers, ils signalent les rapports que ces accidents présentent avec la maladie observée d'abord par GULL et nommée *cachexie pachydermique* par CHARCOT, *myxœdème* par ORD. Aussi proposent-ils de désigner cette complication tardive de la thyroïdectomie sous le nom de *myxœdème par extirpation de la thyroïde* ou de *myxœdème opératoire*. A la suite d'une communication orale de J.-L. REVERDIN, KOCHER revit ses anciens opérés et en avril 1883 il communiqua le résultat de ses recherches au Congrès des chirurgiens allemands. (Voir pour plus de détails la communication de Reverdin au Congrès français de chirurgie, octobre 1886.) (Note du trad.)