

opérés contre le plus redoutable accident consécutif à la thyroïdectomie—le strumiprivo ou myxœdème chirurgical. On sait que l'excision ou l'énucleation partielle du corps thyroïdien goîtreux n'empêche pas ce syndrome de se manifester trop ostensiblement. C'est mon opinion que tous les malades qui doivent subir la thyroïdectomie devraient, quand la chose est possible, être soumis pendant au moins deux ou trois semaines au traitement par l'extrait thyroïdien, afin de se prémunir contre la strumiprivo.

*Thyroïdectomie.*—Alors que le goître est déjà ancien, qu'il a subi des transformations et des dégénérescences contre lesquelles le traitement hygiénique et médical ne peut plus rien ; qu'il gêne et la respiration et la déglutition ; qu'il menace le malade d'asphyxie, qu'il devient intolérable par les douleurs réflexes qu'il produit, et les troubles de la circulation qu'il cause ; que le malade est menacé de mort subite, il est du devoir impérieux du chirurgien d'intervenir sans retard. Il a le choix de deux modes opératoires : l'énucleation et l'excision.

Comme l'ovariotomie, la thyroïdectomie peut être très simple et très facile mais ce n'est là pour les deux opérations que l'exception, et encore bien rare exception. Ce sont de ces opérations où le chirurgien doit être préparé à toute éventualité et à l'imprévu.

Il est admis en chirurgie et c'est une règle sanctionnée par l'expérience qu'il ne faut enlever qu'un lobe pour prévenir le myxœdème chirurgical ; et encore est-ce un moyen sûr ? L'expérience nous enseigne que la strumiprivo peut survenir même plusieurs années après l'opération.

Pour énucléer la tumeur, il faut faire l'incision dans le sens de son plus grand diamètre, et lier toutes les veines importantes entre deux ligatures avant de les sectionner. Après avoir ouvert la capsule, il faut aussi inciser la couche corticale, et procéder lentement à l'énucleation du ou des néoplasmes en franchissant les cloisonnements qui les isolent. Il peut arriver qu'en énucléant, on rencontre des vaisseaux assez volumineux pour causer une hémorrhagie ennuyeuse, il est sage de les ligaturer avant de passer outre.

L'énucleation s'accompagne toujours d'un écoulement sanguin abondant qui, au reste, peut toujours être contrôlé par le tamponnement à la gaze odoformée ou sublimée. Quelque fois il importe de laisser en place ces tampons au moins vingt heures pour maîtriser l'écoulement sanguin.

Ce procédé, si simple et si sûr dans son exécution, n'est applicable qu'à l'adénome et à l'hypertrophie. S'agit-il de collection colloïde, sanguine ou gélatineuse de tumeurs malignes,—sarcome ou carcinome—ou encore de dépôts calcaires, alors c'est à l'excision qu'il faut avoir recours. Quoique redoutable et délicate, cette opération est entrée de plein pied dans le domaine de la chirurgie courante. La route à suivre dans cette périlleuse entreprise a été jalonnée sûrement par Billroth, Wolfner, Julliar, Maurice Jeannel, Kocher et autres ; et dans notre Canada par M. le Dr Shepherd du McGill.

Comme question d'esthétique, il faut commencer l'opération en incisant la peau à la partie inférieure de la tumeur d'un sterno-cléido-mastoidien à l'autre. Cette incision à convexité inférieure laissera une ligne cicatricielle qui se dérobera au regard dans les plis du cou. Cette question est bien puérile pour la chirurgie,