SUR LA CHIRURGIE DU BRONCHOCÈLE(1)

PAR

FRANCIS J. SHEPHERD, M.D., C.M.
Professeur d'anatomie et lecteur sur la chirurgie opératoire à l'Université McGill, Chirurgien de l'hôpital général, de Montréal.

Il n'y a que vingt ans qu'une méthode scientifique de faire l'ablation, partielle ou totale, de la glande thyroïde, a été introduite dans la pratique de la chirurgie. En réalité, ce n'est que depuis l'adoption universelle de l'antisepsie chirurgicale, que l'on a obtenu quelques succès. Avant cette époque, quelques rares observations d'ablation de la thyroïde étaient rapportées de temps à autre, mais ces cas étaient pour le moins aussi souvent mortels, qu'heureux. Il est vrai qu'alors, on ne traitait chirurgicalement que les très grosses thyroïdes, car on ne demandait l'avis d'un chirurgien que si le bronchocèle devenait dangéreux, gênait la respiration, ou la déglution, et alors seulement l'opération était conseillée. Dans la forme kystique, on avait recours à la ponction, aux injections d'iode, ou aux sétons. Dans la forme solide, on employait l'iodure de potasse à haute dose à l'intérieur, et l'onguent de biniodure de mercure à l'extérieur. Feu Sir Morell-Mackenzie recommendait beaucoup les injections d'iode qu'il employait avec succès, (Lancet, mai, 1892), mais le danger de septicémie était si grand, que ce mode de traitement ne fut jamais populaire parmi les chirurgiens. Celse, Galien et plusieurs autres, recommandèrent l'excision du kyste, et elle fut remise en honneur à différentes époques, comme traitement nouveau. Le professeur Warren Green, de Portland, Maine, durant les dernières années, fit avec succès l'extirpation de plusieurs très grosses thyroïdes,

(1) Traduit de l'anglais avec permission de l'auteur.