

seaux sont ligaturés, l'écoulement de sang, qui est souvent abondant et qui vient de toute la surface du champ opératoire, cesse presque complètement, si aucun autre vaisseau important n'a été blessé. Il ne reste plus qu'à libérer la tumeur des adhérences qui la retiennent en place, puis enfin à diviser son isthme entre deux ligatures après l'avoir détaché, avec beaucoup de précaution, de la trachée pour ne pas la léser.

S'il ne veut pas—et il ne doit pas le vouloir—se tailler de sérieuses misères, le chirurgien doit contrôler l'hémostase à toutes les phases de l'opération. Il le doit au reste pour le plus grand avantage de son malade dont il faut ménager les forces et la résistance.

Je ne saurais terminer la description de la thyroïdectomie sans faire une observation qui n'a échappée à aucun chirurgien qui a pratiqué cette formidable opération; ou plutôt je laisse à M. Maurice Jeannel le privilège de nous remettre en mémoire cette observation: "En effet, dit-il, pour ne citer qu'un cas qui m'est personnel et où j'étais décidé d'avance à suivre le procédé susdit (de Kocher), j'ai VAINEMENT cherché à reconnaître les veines et les artères thyroïdiennes. Je n'ai trouvé tout autour de la tumeur qu'un plexus veineux très serré au milieu d'adhérences fibreuses très solides; mais de grosses veines, je n'en ai point vues; j'ai vu et lié la veine thyroïdienne supérieure; j'ai vu et disséqué l'artère carotide et le pneumogastrique, je n'ai point vu d'autres artères, ni le recurrent, bien que je les ai attentivement recherchés. Aussi ai-je dû me contenter de libérer ma tumeur en sectionnant toutes les adhérences entre deux ligatures."

Comme on le voit, même pour les maîtres, la topographie du champ opératoire de la thyroïdectomie—comme celle de presque toutes les grandes opérations—n'est pas toujours claire et précise comme une belle planche anatomique. A part des accidents hémorragiques, qui ne sont pas incoercibles, il en est un autre qui peut produire la mort même pendant l'opération, c'est l'aplatissement de la trachée en fourreau de sabre pendant les inspirations. A l'exemple de Kocher, il faut accrocher la paroi trachéale découverte avec une égrigne et la maintenir béante.

Pour ne pas abuser ni de votre temps, encore moins de votre patience, je ne m'arrêterai pas aux accidents consécutifs à la thyroïdectomie; comme l'aphonie, la dysphagie, la dyspnée et les complications pulmonaires etc., etc., mais je ne puis passer sous silence la cachexie strumiprive ou myxœdème chirurgical qui est une conséquence trop fréquente malheureusement après même l'excision partielle.

J'en dirai un mot au cours du récit d'un fait qui m'est personnel et que je rapporterai avec votre bienveillante permission.

Vers le 15 de septembre 1894, je recevais la visite de Madame F. du Sault Ste Marie—Lac Supérieur. Cette malade portait un goître bilatéral énorme, surtout du côté droit.

Elle a 43 ans; pas de tare héréditaire; a toujours joui d'une bonne santé; est encore menstruée régulièrement; a eu six enfants; n'a pas eu d'enfants