

mais elle n'importe pas peu pour le juvénile beau sexe—quand même il serait laid.

D'une manière générale, il faut, dès le début de l'opération, s'ouvrir un champ d'action où l'on puisse manœuvrer aussi librement que le permet la région antérieure et latérale du cou avec toutes ses veines, ses artères et ses nerfs.

Billroth incise les tissus superficiels en longeant le bord antérieur du sterno-mastoidien, mais dans la clinique de Kocher, où on a fait le bilan des difformités consécutives à l'opération, on a donné la préférence à l'incision convexe inférieurement pour obtenir le meilleur effet cosmétique. Mais ne s'attardons pas à une question aussi secondaire pour nous préoccuper sérieusement de quelle manière il faut attaquer une grosse tumeur thyroïdienne.

Il est nécessaire de bien se rappeler quelles sont les veines superficielles qui se trouvent dans le champ opératoire. "Ce sont, entre le paucier et l'aponévrose : 1o les jugulaires externes ; 2o les jugulaires antérieures ; 3o la jugulaire communicante supérieure, qui réunit les deux jugulaires antérieures au niveau de l'os hyoïde ; 4o les jugulaires obliques qui longent le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et s'anastomosent en bas avec les jugulaires antérieures ; 5o enfin la jugulaire communicante inférieure qui réunit au niveau de la fourchette sternale les deux jugulaires obliques." (Beauvais et Bouchard).

Avec ces notions anatomiques, il importe de procéder de manière à découvrir largement la tumeur tout en divisant toutes ces veines transversalement autant que possible et non longitudinalement.

Plusieurs procédés ont été suivis : l'incision en V menée de chaque côté en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; (Rose, Billroth) l'incision médiane prolongée jusque sur le sternum ; (Reverdin et Julliar) l'incision médiane depuis la fourchette sternale au cartilage cricoïde puis oblique pour confiner à la grande corne de l'os hyoïde ; (Kocher) le lambeau en U à base supérieure ; (Tillaux et autres) enfin l'incision en J en dirigeant la branche verticale sur le point culminant de la tumeur. Ainsi, il y a du choix. Je donne la préférence au procédé de Kocher parce qu'il évite d'ouvrir les veines longitudinalement. Toutefois j'ai opéré différemment. Il faut sectionner tous les vaisseaux entre deux ligatures pour prévenir l'hémorrhagie et l'entrée de l'air, accidents redoutables.

Arrivé sur la tumeur il faut ouvrir la capsule et la sortir de cette enveloppe. Si elle descend derrière la partie supérieure du sternum, il faut l'en sortir et rechercher la veine et l'artère thyroïdiennes inférieures et les ligaturer séparément, si on le peut, ce qui n'est pas toujours facile. En ligaturant les vaisseaux thyroïdiens inférieurs, il ne faut pas oublier que le récurrent laryngé, logé dans la rainure œsophago-laryngée, est dans le voisinage presque immédiat. Il faut l'éviter quand même pour prévenir des conséquences désastreuses. C'est la partie la plus délicate et la plus difficile de l'opération. Ensuite il reste à trouver et à ligaturer la veine et l'artère thyroïdiennes supérieures ; la tâche ici est beaucoup moins ardue. En soulevant la partie supérieure et latérale de la tumeur, et suivant les battements de l'artère carotide commune, en montant à la corne de l'os hyoïde on arrive sûrement sur la thyroïdienne supérieure. Lorsque ces vais-