

du corps thyroïde peut entraîner des accidents d'athyroïdisme aigu. Quant à la cause du 3e décès, il aurait suffi pour la prévenir d'une asepsie rigoureuse excluant le sublimé pour la désinfection de la peau : actuellement M. Kocher réserve cet antiseptique pour la stérilisation du matériel de ligature. Enfin, le 4e décès fut consécutif à une exothyropexie; c'est là une opération d'urgence que l'on doit éviter autant que possible et qui constitue un véritable anachronisme à notre époque d'asepsie. En observant les précautions énumérées, M. Kocher a eu une série interrompue de 302 opérations suivies de succès.

En ce qui concerne le manuel opératoire de la thyroïdectomie dans les cas ordinaires, M. Kocher donne la préférence à la résection, réservant l'énucléation aux opérations pour récidive et aux patients chez lesquels l'état du corps thyroïde nous oblige à laisser le plus de tissu thyroïdien possible. Quant à la partie à exciser, on choisit toujours celle qui détermine les symptômes de compression, et on laisse souvent la partie la plus visible du goître pour pouvoir extirper un noyau profond. De plus, on serre l'isthme à l'aide d'une pince construite "ad hoc", avant d'entourer la ligature, afin de diminuer l'épaisseur de tissu étreinte par la ligature.

L'opération présente cependant quelquefois des difficultés, particulièrement en cas de goître intra-thoracique, variété sur laquelle M. Kocher désire attirer l'attention. Il distingue deux formes de goître intra-thoracique :

1° Le goître intra-thoracique partiel, plongeant par sa partie inférieure dans la cage thoracique, et émergeant par l'ouverture thoracique au niveau du cou ; il est séparé généralement en deux portions plus ou moins distinctes par une rainure marquant la position habituelle de la clavicule vis-à-vis de la tumeur ;

2° Le goître intra-thoracique complet, tout entier situé derrière le sternum, soit qu'il emprunte l'espace qui lui est nécessaire à l'un des poumons, soit qu'il se loge au milieu du médiastin ; la première de ces formes est caractérisée très souvent par des accès d'asthme, de l'emphysème, de la bronchite et des troubles cardiaques imputables tous à la seule présence du goître dans la cage thoracique ; dans la forme médiastinale proprement dite, au contraire, nous voyons surgir tous les symptômes d'une tumeur du médiastin avec dilatations veineuses considérables au