

possible, supprimer l'usage de cet instrument. Trumpp propose la façon de faire suivante, qui est assez généralement adoptée. L'enfant étant tenu debout entre les genoux d'un aide, le médecin se place devant le malade et embrasse avec les deux mains le cou de l'enfant en plaçant les deux pouces en avant, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde et en prenant un point d'appui sur la nuque de l'enfant avec les autres doigts. En exerçant alors avec les pouces un brusque mouvement de pression en arrière et en haut qui fait basculer le tube sur le cricoïde, en même temps qu'il réveille un accès de toux, le tube est instantanément rejeté hors du larynx et passe dans la bouche de l'enfant. Il est alors facile de le saisir.

*Soins consécutifs.* — Il est d'usage de dire qu'il n'y a plus de soins à donner au malade après que l'intubation est faite. Cette proposition est loin d'être vraie. Si le tube reste en place et si aucune complication ne se produit, il n'y a évidemment rien à faire qu'à surveiller le malade, mais encore faut-il le faire attentivement. Le gros inconvénient de l'intubation est de ne pas donner de sécurité au chirurgien et de nécessiter sa présence auprès du malade d'une façon régulière. Les mouvements de déglutition sont gênés et l'épiglotte ne pouvant se rabattre aisément en arrière, ce cartilage joue mal son rôle d'opercule; il s'ensuit que les aliments tombent dans le larynx. Pour obvier à cet inconvénient, il faut surveiller le malade et le nourrir avec des substances solides ou tout au plus demi-liquides, et si, après quelque temps de ce régime, il a soif et réclame à boire, on lui donnera des lavements rafraîchissants.

*Difficultés et complications de l'intubation.* — L'intubation peut être rendue très difficile par un aide inexpérimenté qui ne sait pas bien maintenir la tête du petit malade. Le tube glisse sur la paroi postérieure du larynx et passe dans l'œsophage. Dès qu'on s'en aperçoit, on retire le tube en agissant sur le fil protecteur, on le ramène et on recommence l'opération.

L'extrémité inférieure du tube a pénétré dans les parties molles (ventricules de Morgagni surtout) et s'est créée une fausse route. Ce dernier accident peut se produire sans que l'opérateur s'en rende compte immédiatement : la persistance du tirage ou son aggravation, la mobilité anormale du tube constatée par le toucher digital, la situation pas exactement médiane du pavillon du tube, parfois la saillie de l'extrémité inférieure du tube sous la peau, sont les signes qui font reconnaître cet accident. Il faut au plus vite retirer le tube et recommencer l'opération. Pour que pareil accident ne se reproduise pas, il est bon de faire tirer la langue hors de la bouche pendant l'introduction du tube (Corradi). Pendant cette manœuvre, le larynx s'élève en totalité, par conséquent se rapproche de la main de l'opérateur; sa paroi antérieure se déplisse, l'épiglotte se relève, et, fait plus important, les bandes ventriculaires se tendent et se resserrent, sur-

plombant l'orifice des ventricules qui se trouvent de la sorte mieux protégés. Il faut donc un aide placé à côté de l'enfant et spécialement occupé à lui maintenir la langue.

Il peut arriver aussi que le tube refoule une fausse membrane pendant son introduction et qu'il se trouve ainsi bouché : cet accident se produit d'une façon analogue quand on introduit la canule à trachéotomie. Le mieux à faire est de retirer le tube et de recommencer l'opération.

Enfin, alors qu'il est en place, le tube peut encore être bouché par une fausse membrane. L'accident est rare, il avait été prévu par O'Dwyer qui, pour cette raison, avait prolongé sa canule très profondément, jusqu'à un demi-pouce de la bifurcation des bronches. Bouchut lui reprochait cette modification et affirmait qu'elle rendait insupportable le maintien de la canule.

Le rejet spontané du tube (*auto-extubation* des auteurs allemands) est de toutes les complications (ou pour mieux dire de tous les inconvénients) celle qui se produit le plus fréquemment, dans 25 p. 100 des cas suivant une statistique très récente (Lebreton et Magdelaine). Et, circonstance aggravante, ce n'est pas au moment où le tube est devenu inutile et avec les dernières membranes qu'il est rejeté, c'est quelquefois en pleine période de spasme et de fausse membrane; aussi la suffocation reparait progressivement, quelquefois immédiatement. Le rejet du tube ne se fait pas toujours d'une façon bruyante pendant un spasme ou pendant une quinte de toux; il se fait aussi doucement, sans éclat, même pendant le sommeil, et, si on n'y prend garde, des accidents irréparables peuvent se produire; d'autres fois il faut pratiquer une trachéotomie d'urgence. MM. Sevestre et Variot ont noté la gravité de ces faits et les considèrent comme un obstacle à la vulgarisation de la pratique du tubage, en dehors des services hospitaliers.

La déglutition du tube n'est pas chose rare; elle ne doit inspirer aucune crainte dans la majorité des cas.

O'Dwyer voulut éviter cet accident de l'auto-extubation en prolongeant la partie moyenne de son tube, en faisant des canules très longues. La pratique montra qu'il n'avait pas réussi. Il fallait trouver un autre moyen pour y remédier.

Dans des travaux récents, MM. Variot et Bayeux ont démontré que la fixité des tubes dans le larynx leur était donnée non par la pression des cordes vocales, mais par celle de l'anneau du cricoïde. C'est donc sur les dimensions de celui-ci que devra être mesuré le tube que l'on introduit dans le larynx. Il est résulté de ces constatations toute une échelle nouvelle de graduations de tubes, celle indiquée par M. Bayeux et qui est sensiblement la même que celle suivie par O'Dwyer, avec cette différence, toutefois, que, pour un âge donné, le tube sera appliqué aux enfants plus jeunes de six mois qu'il ne l'était auparavant. De plus, il est recommandé de bien enfoncer le tube et de surveiller

que le chaton de son extrémité supérieure repose très exactement sur la face supérieure des cordes vocales.

Moyennant ces modifications et cette légère précaution, la fréquence de l'auto-extubation est considérablement diminuée, puisque les statistiques des auteurs de la méthode ne donnent plus qu'une moyenne de 6 p. 100, chiffre équivalent à zéro pour ainsi dire, puisque, suivant tous les calculs admis, dans 10 p. 100 en moyenne des cas, l'expulsion spontanée peut être définitive et terminale.

## MALADIES DU CORPS THYROÏDE

PAR

C. LYOT

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

La glande thyroïde est le siège d'affections chirurgicales comparables à celles que l'on observe dans les autres organes, telles que les *lésions traumatiques* et les *inflammations*. C'est par elles que nous commencerons notre étude.

Mais la plus large place sera réservée à la description des *goîtres*, lésions dégénératives toutes spéciales au corps thyroïde et qui, par leur fréquence, leurs variétés anatomiques multiples et les succès de la thérapeutique chirurgicale à leur égard, méritent une description détaillée.

Nous étudierons ensuite les *tumeurs malignes* de la *glande thyroïde*, réservant une place à part à la fin de ce travail au *goitre exophtalmique* dont la situation nosologique par rapport aux goîtres reste actuellement encore incertaine.

### I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

**A. Contusion.** — Le corps thyroïde est principalement exposé aux contusions lors des tentatives de strangulation ou de pendaison. Si la mobilité de l'organe lui permet d'échapper facilement aux traumatismes, par contre la congestion et la turgescence provoquées par l'effort tendent à y augmenter les effets de la contusion, ruptures vasculaires et infiltration sanguine. Les symptômes sont caractérisés par du gonflement, de la douleur à la pression, parfois une ecchymose, et de légers troubles fonctionnels du côté de la phonation et de la déglutition que nous retrouverons plus ou moins prononcés chaque fois qu'une affection quelconque du corps thyroïde aura augmenté son volume. Si le traumatisme porte sur une glande antérieurement atteinte de goitre, il peut se produire des lésions beaucoup plus accusées que nous étudierons plus loin.

Ajoutons encore que la contusion peut être le point de départ d'une thyroïdite susceptible d'aller jusqu'à la suppuration. Ce fait