

côté gauche, au-dessous de la trachée, et la partie qui fait ainsi saillie de ce côté est recouverte sur une étendue plus ou moins grande par le lobe gauche de la glande thyroïde; en avant de cette glande et latéralement passe le muscle sterno-thyroïdien. Si en se tenant en dehors de ces parties on pénètre dans la profondeur, on se trouve d'abord en présence du bord du sterno-cleido-mastoïdien, puis de la gaine vasculaire. En écartant de chaque côté les parties entre lesquelles on a ainsi pénétré, on voit apparaître à côté de la trachée l'œsophage, muscle creux dont la coloration rougeâtre et les mouvements trahissent la présence. Entre l'œsophage et la trachée passe le nerf récurrent qui, par conséquent, ne se trouve pas sur la ligne de l'incision. En arrière on trouve les corps vertébraux recouverts par le muscle long du cou. Les artères thyroïdiennes sont les seuls vaisseaux dont on ait à tenir compte, et encore se trouvent-elles dans les limites extrêmes de l'incision: La thyroïdienne supérieure qui vient, comme l'on sait, du point de bifurcation de la carotide commune, se dirige obliquement en dedans et en bas sur le pharynx, tandis que la thyroïdienne inférieure, qui naît de la sous-clavière, passe en arrière de la carotide et se dirige obliquement de dehors en dedans vers l'œsophage. Les veines thyroïdiennes inférieures ont une direction plus oblique.

Opération. Elle doit être pratiquée, autant que possible, avec les précautions antiseptiques. Lorsque le corps étranger fait saillie sur un côté du cou, c'est naturellement ce côté que l'on choisira pour l'incision; sinon on incisera du côté gauche. La tête du malade étant un peu inclinée du côté droit, on fait une incision qui commence à un centimètre au-dessus du cartilage cricoïde, descend le long de la gouttière située entre le sterno-cléido-mastoïdien et la trachée en se tenant plus près de celle-ci que du muscle, et se termine à peu près au niveau de l'insertion sternale de ce dernier. On divise successivement la peau, le peaucier et l'aponévrose superficielle; le muscle omo-hyoïdien est écarté latéralement, et l'on pénètre dans la profondeur le long du bord latéral de la glande thyroïde. Le sterno-cléido-mastoïdien et la gaine vasculaire sont attirés à gauche à l'aide d'un écarteur; dans la profondeur les instruments tranchants doivent être remplacés par les doigts, le crochet mousse ou la sonde cannelée. Si l'on se tient dans les limites du cartilage cricoïde, et qu'on ne le dépasse pas de plus de 3 centimètres inférieurement, on peut facilement éviter les gros vaisseaux; si néanmoins ils se présentaient sur la ligne d'incision, on les sectionnerait entre deux ligatures. Au besoin pour se donner plus de place, il est permis de diviser le faisceau sternal du sterno-cleido-mastoïdien (WATSON); dans certaines conditions défavorables résultant de la brièveté du cou, de la présence d'un goître, etc. la section du faisceau en question peut même se trouver indiquée dès le début de l'opération. On voit alors apparaître dans la profondeur les organes, tels que nous les avons décrits plus haut; la paroi aplatie du conduit œsophagien qui déborde latéralement la trachée, se reconnaît à la disposition longitudinale de ses fibres musculaires et à ses mouvements. L'œsophage sera incisé si pos-

sible latéralement, et par conséquent loin du récurrent. S'il existe un corps étranger, on incisera sur ce dernier et l'on agrandira l'incision jusqu'à ce qu'on puisse en faire l'extraction. D'après le procédé de VACCA BERLINGHIERI on introduisait avant l'opération un instrument particulier, l'ectropœsophage; il consiste en une canule métallique recourbée, présentant une fente à son extrémité inférieure; dans cette fente est caché un mandrin à ressort terminé par une olive, et que l'on peut faire saillir à volonté de façon à repousser la paroi de l'œsophage du côté où doit être pratiquée l'incision. LUER a fait subir à cet instrument une heureuse modification. Dans les cas où l'on n'a pas introduit préalablement ce conducteur, on saisit le conduit musculaire à l'aide d'une pince ou de deux fins crochets entre lesquels on l'incise, puis on agrandit l'ouverture avec précaution en se servant d'un bistouri boutonné. Si des manipulations sont nécessaires dans l'intérieur de l'œsophage, on place un fil sur chacun des bords de la plaie de ce conduit (BILLROTH), et l'on peut alors éloigner les corps étrangers soit avec les doigts soit à l'aide de pinces, aller à la recherche des rétrécissements, les dilater et enfin introduire dans l'estomac une sonde permettant de nourrir le malade.

La guérison exige de 10 jours à 6 semaines. Il faut absolument rejeter le procédé qui consiste à ne suturer que la plaie extérieure. Quant à la nécessité d'une suture isolée de l'œsophage, elle n'a pas encore été établie d'une façon certaine; jusqu'à présent on n'a pas observé de fistule persistante, alors même que la plaie œsophagienne n'avait pas été suturée. En tout cas, lorsqu'on ferme la plaie du conduit (au moyen de fils de catgut) et la plaie extérieure, un drainage convenable est nécessaire. Au début on fera bien de nourrir le malade à l'aide de la sonde œsophagienne.

VII. MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE.

Laryngoscopie.

Technique laryngoscopique. Aspect du larynx normal au laryngoscope. Diagnostic et traitement des tumeurs et ulcérations du larynx.

§ 97. — Rendre accessible à la vue, sur le vivant, la cavité du larynx et son voisinage, tel est le but de la laryngoscopie. On atteint ce but d'une façon fort simple. Le larynx est situé à l'extrémité inférieure d'un conduit que l'on ne peut voir dans toute sa longueur parce qu'il est

1. La partie de ce chapitre concernant la laryngoscopie (§§ 97 à 103 incl.) a été rédigée sur ma demande par M. le D^r BOSE.

coudé à angle droit dans sa partie moyenne. C'est au niveau de cet angle que l'on place un petit miroir destiné à réfléchir les rayons lumineux et à leur donner la même direction que l'axe du conduit. Grâce au miroir introduit dans le pharynx (miroir laryngien), les rayons lumineux qui viennent du larynx sont réfléchis et traversent la cavité buccale d'arrière en avant pour venir frapper l'œil de l'observateur; d'autre part les rayons lumineux nécessaires à l'éclairage des parties à examiner sont projetés par le miroir dans la cavité du larynx. C'est en 1858 que CZERMAK et TURCK ont découvert les premiers une méthode d'examen fondée sur ce principe et pratiquement utilisable. C'est grâce au zèle infatigable de ces auteurs que cette méthode a été bientôt généralement connue et appréciée¹.

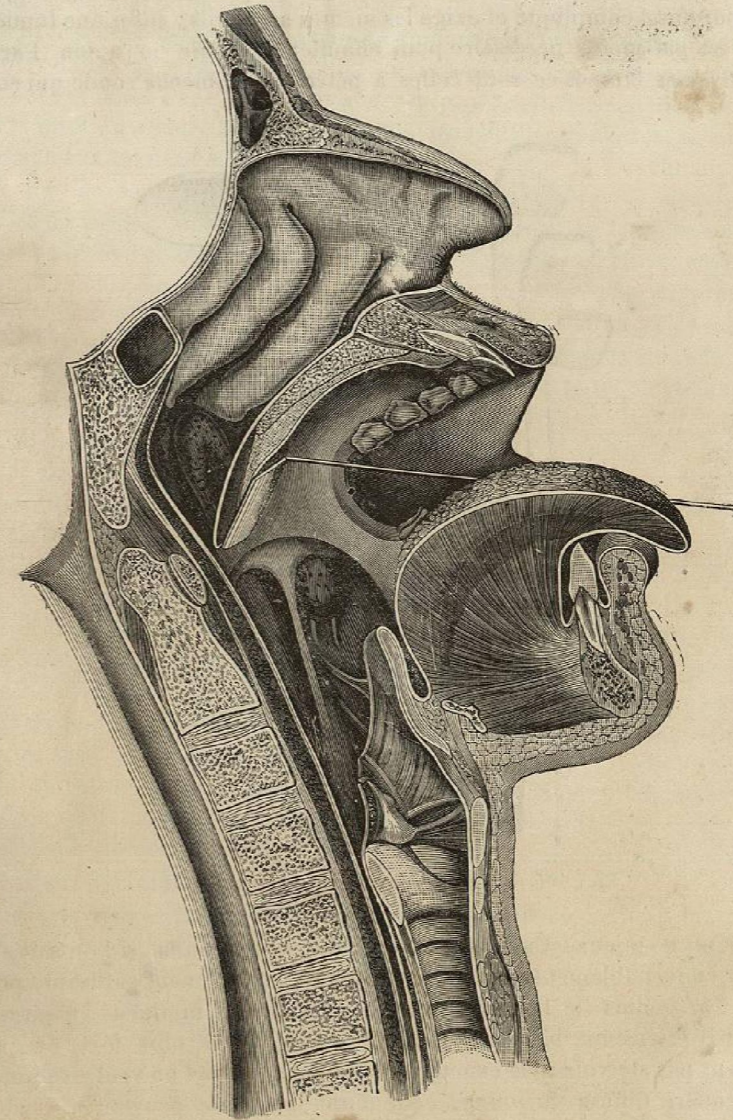
§ 98. — Les miroirs laryngiens les plus répandus sont de la forme que TURCK leur a donnée. Ce sont de petits miroirs plans, formés d'une plaque de verre protégée par une monture métallique; à celle-ci est soudée une tige métallique d'environ 9 centimètres de longueur, formant avec la surface du miroir un angle de 120 à 130° et reçue dans un manche en bois par son autre extrémité. Le diamètre du miroir varie de 0,5 à 3 centimètres.

Le meilleur éclairage du larynx est fourni par la lumière du soleil, que l'on peut employer directement, sans appareil intermédiaire. Le malade est assis, la face tournée contre le soleil et il a soin de se protéger les yeux avec la main; l'observateur se place vis-à-vis de façon que les rayons solaires venant par derrière passent à côté de sa tête pour arriver directement dans la bouche du malade. Ce dernier doit alors renverser la tête en arrière jusqu'à ce que le voile du palais ne soit plus caché par les incisives supérieures, puis on introduit le miroir de la manière que nous décrirons plus tard. Il est plus commode de faire arriver la lumière solaire dans la bouche du malade non pas directement, mais par réflexion: en outre ce procédé permet l'examen alors même que le soleil ne se trouve pas près de l'horizon. Mais dans l'un et l'autre cas on peut reprocher à la lumière solaire de fatiguer beaucoup les yeux de l'observateur, et alors même qu'on l'aurait toujours à sa disposition, son emploi resterait toujours à l'état d'exception.

Après la lumière solaire le meilleur éclairage est celui qui est fourni par un foyer lumineux artificiel d'une grande intensité, comme, par exemple, la lumière oxydrique de DRUMMOND. Nous renonçons à en donner

1. Pour les détails concernant l'histoire, la bibliographie et les résultats obtenus depuis lors nous devons renvoyer le lecteur aux ouvrages spéciaux: CZERMAK, *Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medicin*. Leipzig, 1863. — V. V. BRUNS, *Die Laryngoscopie und laryngoskopische Chirurgie*. Tubingue, 1863. — TURCK, *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes u. s. w.* Vienne, 1866. — *Krankheiten des Halses* von MACKENZIE, übersetzt von FELIX SEMON. 1^{er} Vol. Berlin 1880, 2^e vol. 1884. (Traduction française par BERTIER et MOURE 1882).

une description détaillée, car ce sont là des appareils que ne peuvent guère se procurer que les hôpitaux ou les spécialistes. Dans la pratique



* Fig. 106. — Coupe verticale de la tête et du cou, montrant la position que doit occuper le miroir laryngien pour reproduire l'image laryngoscopique (FAUVEL).

il ne nous reste donc exclusivement que la lumière diffuse du jour et les lampes ordinaires. La lumière diffuse ne peut donner de bons résultats quasi l'on a soin de la faire arriver dans une chambre obscure par une ou-