

entre les anses intestinales supérieures, un changement de rapports qui fasse cesser l'accident, mais il serait imprudent de compter sur cette heureuse terminaison. Mieux vaut donc rechercher le siège de l'étranglement interne, pour ouvrir l'intestin au-dessus de lui; et pourra-t-on quelquefois y remédier en dégagant l'intestin sans l'inciser.

Le danger de pareilles opérations est incontestable, mais en face d'une terminaison fatale on doit recourir à tout moyen offrant quelques chances de succès.

*Extirpation de la rate.* La gastrotomie a été pratiquée un certain nombre de fois pour extirper la rate. Simon (de Rostock) dans son *Traité de l'extirpation de la rate chez l'homme* (Giessen 1857), rapporte que Quittenbaum (de Rostock) en 1826, et Kuchler (de Darmstadt) en 1855, ont enlevé avec succès des rates hypertrophiées. M. Spencer Wells, en 1865, a répété sans succès la même opération (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 28, juillet 1866, p. 439) pour la même affection. En 1867, M. le docteur Kœberlé, à Strasbourg, et M. le docteur Péan, à Paris, extirpèrent la rate, le premier sans succès et le second, qui avait pensé avoir affaire à un kyste de l'ovaire, avec succès. Le docteur Thomas Bryant, du Guy hospital (*Union médicale*, 3<sup>e</sup> série, t. IV, 1867, p. 340), en 1867, enleva la rate hypertrophiée chez un jeune homme qui mourut peu de temps après l'opération. (*Quarterly Journal of practical medicine and surgery*, vol. XXXIX, p. 85.)

Dans le cas de M. Spencer Wells, la rate extirpée pesait cinq livres cinq onces: on la tordit sur elle-même afin de réduire ses vaisseaux qui, momentanément serrés dans un clamp, furent ensuite liés en deux paquets. Une portion de la queue du pancréas avait été enlevée avec la rate.

La mort eut lieu le sixième jour après l'opération. M. Spencer Wells l'attribue au défaut des fonctions hématosiques attribuées à la rate (production de globules blancs), mais cette opinion est peu soutenable. D'autres organes (foie, thymus, ganglions, corps thyroïde) font aussi des globules blancs; de plus, l'ablation de la rate sur les chiens réussit parfaitement. Il est plus probable que la rougeur signalée dans le péritoine par M. Spencer Wells était, ainsi que la sérosité épanchée et la lymphe plastique des environs de la plaie, l'indice d'une inflammation.

La malade de M. Kœberlé mourut d'hémorrhagie entre les mains de ce chirurgien.

Le jeune malade opéré par M. Bryant succomba à une hémorrhagie secondaire dans le péritoine: la rate pesait quatre livres sept onces.

Enfin la jeune fille opérée par M. Péan, chez laquelle l'opération dura plus de deux heures, et dont la tumeur kystique, renfermant un liquide épais, brun jaunâtre, qui contenait une proportion considérable d'albumine, de leucocytes, de cristaux de cholestérine, de globules sanguins altérés et de concrétions calcaires, pesait 1140 grammes, guérit en quinze jours.

D'autres faits que celui de M. Péan, mais que leur relation incomplète ne permet pas de citer, et les vivisections prouvent que l'ablation partielle ou totale de la rate est compatible avec la vie.

Sans conseiller cette opération, nous avons fait néanmoins quelques recherches en vue des difficultés qu'elle peut présenter. Une première fois, sur un sujet âgé, M. Sédillot a soulevé le grand épiploon et cherché la rate au-dessous. Dans ce procédé, on est exposé à rencontrer l'angle du colon, au moment où de transverse il devient descendant, et à le blesser. Sur un second sujet, il sépara le colon transverse de l'estomac par rupture de l'épiploon gastro-colique, et il put immédiatement isoler la rate et l'amener au dehors avec une seule main: les vaisseaux furent étreints et coupés entre deux ligatures.

L'artère splénique et les artères (*vasa breviora*) qui vont de la scissure de la rate au grand cul-de-sac de l'estomac, sont les seuls vaisseaux qu'il serait nécessaire de lier.

Les veines pourraient être simplement arrachées, tordues, sans exposer à un reflux hémorrhagique; ne recevant plus de sang de l'artère splénique, elles auraient peu de tendance à en fournir elles-mêmes, et leur vacuité permanente serait probablement obtenue par une compression légère et momentanée.

Si l'on voulait prévenir toute perte de sang, il faudrait peut-être tordre ou lier les artères gastro-coliques, au moment où on séparerait le colon transverse de l'estomac. Les ligatures seraient engagées dans un tube de verre un peu large, qui maintiendrait la communication de la plaie antérieure avec la profonde excavation laissée plus ou moins béante par l'extirpation de la rate. Ce tube prévient le contact de la ligature avec les parties voisines, et faciliterait l'écoulement de la sérosité, du sang ou du pus, si ce dernier venait à se former. La présence de plusieurs tubes de ce genre dans l'abdomen ne serait pas une notable aggravation des conditions de l'opération.

DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE, GOÏTRE  
OU BRONCHOCÈLE.

Le corps thyroïde, composé de granulations homogènes, formant des lobules distincts, d'une coloration rouge brun ou gris jaunâtre, est partagé en deux lobes ovoïdes, placés de chaque côté du larynx et réunis entre eux par une bandelette transversale, située au-dessous du cartilage cricoïde, et nommée *isthme de la glande thyroïde*. Quatre artères volumineuses, deux provenant de la sous-clavière et deux de la carotide externe, alimentent cet organe, dont on ignore les usages.

Le *goître*, ou *bronchocèle*, nous paraît devoir être partagé en *vrai* et en *faux*. Le *vrai goître* est le résultat d'une hypertrophie générale. Il est extrêmement fréquent dans le Valais, dans le duché de Bade, dans les Vosges, à Strasbourg: on en rencontre partout des exemples isolés, en raison de la fusion des populations. Les chirurgiens expérimentés n'en tentent jamais l'extirpation. Tous ceux qui ont entrepris cette opération, par irréflection ou ignorance, ont éprouvé des revers. Les uns ont été obligés de la laisser inachevée; les autres ont vu les malades succomber entre leurs mains ou périr en peu de jours. L'on comprend aisément ces résultats en se rappelant l'extrême vascularité du corps thyroïde, énormément augmentée par le fait même de l'hypertrophie. Le changement de climat, les préparations iodées et antiscrofuleuses, sont les meilleurs remèdes à y opposer. Le seul cas où le chirurgien pourrait intervenir serait celui où la tumeur, bridée par des enveloppes fibreuses très-résistantes, réagirait contre le larynx et la trachée, et déterminerait des accidents de suffocation. Quelques incisions libératrices sous-cutanées seraient alors indiquées.

Les tumeurs thyroïdiennes diffèrent de l'hypertrophie. Ce sont les *faux goîtres*, dont la chirurgie peut assez souvent triompher. M. Sacchi, dans un fort bon travail, publié dans les *Archives générales de médecine*, a passé en revue les diverses formes de ces tumeurs. Le travail de M. le professeur Bach (de Strasbourg), sur le même sujet, a été couronné par l'Académie de médecine. Nous avons vu des kystes renfermant une multitude de produits variés: sérosité, sang, pus, matières coagulables, dépôts fibrineux, albumineux, tuberculeux, graisseux, tissus fibreux, osseux, érectile. On y a observé de véritables cancers, et le musée anatomique de la Faculté de médecine de Strasbourg possède un grand nombre de pièces représentant ces curieuses altérations. Une autre distinction

fondamentale nous paraît devoir être établie, sous le rapport des indications curatives, entre les faux goîtres, selon qu'ils sont *pédiculés* ou *non pédiculés*, les premiers pouvant être enlevés avec beaucoup plus de succès que les seconds.

Des procédés opératoires variés ont été mis en usage; en les énumérant, nous en signalerons les indications et la valeur.

*Ligature des artères thyroïdiennes*. L'idée de recourir à la ligature des artères thyroïdiennes pour amener l'atrophie de la bronchocèle est trop rationnelle pour n'avoir pas été conçue et appliquée; mais cette opération paraît avoir entraîné la mort des malades de Blizard, Brodie et Langenbeck; elle doit donc être complètement abandonnée, malgré quelques exemples moins malheureux, dont l'un est attribué à Carlisle. Si le goître, en effet, compromettait la vie, on devrait employer des procédés plus actifs; dans le cas contraire, on serait blâmable de tenter une opération aussi périlleuse contre une affection sans danger.

*Incision*. Si l'on avait à traiter un ou plusieurs kystes purulents ou séreux (hydrocèles du cou de Maunoir), on pourrait les inciser longitudinalement, et les panser ensuite comme une plaie simple.

*Cautérisation*. Les caustiques, déjà mis en usage par Celse, sont susceptibles d'heureuses applications. Une malade portait une double bronchocèle, dont la pression sur le larynx et les bronches compromettait la vie par une imminente suffocation: M. Sédillot fit poser deux traînées longitudinales de pâte de Vienne, l'une à droite, l'autre à gauche, sur la tumeur. Des bandelettes de pâte Canquoin furent ensuite placées, à plusieurs reprises, dans les plaies, et l'on arriva jusque sur la trachée en divisant ainsi tout le goître en trois portions longitudinales. Les accidents de suffocation cessèrent et la malade fut sauvée.

Par contre, chez un autre malade, dont les premiers anneaux de la trachée et le commencement de l'œsophage étaient entourés par deux anneaux thyroïdiens complets, assez serrés pour déterminer de la suffocation et de l'aphagie, il ne put que dégager en partie le larynx par l'emploi des caustiques: l'impossibilité de manger persista, et à la mort du malade on constata nettement les altérations que nous venons de signaler et qui avaient été vaguement soupçonnées.

Bonnet, M. Desgranges et quelques autres chirurgiens ont détruit totalement par le même moyen des tumeurs thyroïdiennes partielles, et particulièrement celles auxquelles on a donné le nom de *goître plongeant*. Ce sont des tumeurs, ordinairement pédiculées, qui s'engagent derrière le sternum et produisent la suffocation par la compression de la trachée artère. On les soulève, on les tra-