

verse et on les fixe sous la peau avec de longues épingles ou des aiguilles courbes, puis on les attaque par le caustique. On pourrait essayer d'en diviser les adhérences au moyen d'un ténotome afin de les retenir plus facilement au-dessus du sternum, où un bandage approprié et des aiguilles les maintiendraient. L'extirpation et la ligature seraient également indiquées si la tumeur était mobile et pédiculée.

Injections irritantes. Toutes les injections irritantes, généralement remplacées aujourd'hui par les injections iodées, ont été employées contre les tumeurs séreuses avec des résultats fort divers. Quelquefois on a vu la tumeur disparaître; mais le plus ordinairement la guérison n'a pas lieu, et il faut laisser une sonde à demeure dans le kyste et injecter tous les jours de la teinture d'iode de plus en plus concentrée. Seutin et d'autres chirurgiens belges ont eu recours aux injections du même liquide pour le traitement des kystes qui sont le siège d'hémorrhagies persistantes. L'incision et le tamponnement, la cautérisation et des injections de perchlore de fer sont des procédés plus sûrs. On est quelquefois obligé, après avoir ponctionné et injecté des goîtres aqueux, d'en fendre inférieurement l'enveloppe, pour faciliter l'écoulement du pus et déterminer la cicatrisation.

Séton. Ce moyen a quelquefois donné de bons résultats. On a placé jusqu'à deux ou trois sétons dans l'épaisseur de la tumeur (Quadri); l'écoulement des liquides enkystés, la suppuration ensuite ont déterminé une grande diminution dans le volume des parties, et plus tard la guérison.

Broïement. Procédé à proscrire.

Ligature: En masse. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, Desault, Bruninghausen, ont enlevé des goîtres pédiculés au moyen de la ligature, et Mayor a cité des exemples de réussite, avec une seule ou plusieurs ligatures, d'après les procédés déjà décrits (voy. *Ligature*). On trouvera dans le résumé de la *Clinique chirurgicale* de M. Sédillot (1841-1842) une observation où ce chirurgien a agi de même pour étrangler le pédicule d'un énorme goître préalablement isolé.

Ligatures sous-cutanées. M. Ballard et Rigal de Gaillac ont entouré un goître assez volumineux de trois anses sous-cutanées, placées probablement d'avant en arrière de manière à couper la tumeur en trois segments, sans la séparer de ses points d'origine, car autrement on en eût déterminé la gangrène et il eût mieux valu mettre la tumeur à découvert.

On a dit que l'opération a réussi: ce serait alors par la simple section de quelques vaisseaux intra-thyroïdiens, ce qui se-

rait manifestement exceptionnel; aussi ce procédé n'a-t-il pas été répété.

Extirpation. C'est le moyen le plus expéditif et le plus sûr de débarrasser les malades de leur tumeur, lorsque le goître est solide et pédiculé. Les difficultés sont néanmoins très-grandes, et il nous suffira, pour les faire apprécier, de citer le fait suivant. Un jeune garçon portait à droite un goître du volume de la tête d'un fœtus et descendant au-dessous de la clavicule. La tumeur, née du corps thyroïde, gênait beaucoup le malade; elle était mobile, et l'on sentait profondément qu'elle était rétrécie au point d'origine et véritablement pédiculée. M. Sédillot en entreprit l'ablation, avec l'assistance de MM. les professeurs Ehrmann et Stoltz. Après l'avoir mise à découvert par une longue incision suivant l'axe du cou, il aperçut le goître enveloppé d'un épais réseau de veines de la grosseur du petit doigt, qu'il eût été fort dangereux d'intéresser, car le sang ruisselait de toutes parts. Le chirurgien prit le parti de les lier successivement en deux points et de les couper dans l'intervalle des ligatures. Il parvint ainsi à énucléer la tumeur, et après l'avoir fait basculer de dedans en dehors, il en étreignit le pédicule avec un lien fortement serré, et excisa toute la partie excédante. Le goître ainsi enlevé contenait des granulations hypertrophiées, des kystes oléagineux, des tumeurs fibreuses et des concrétions calcaires. Le jeune malade guérit parfaitement.

On voit, par cet exemple, combien l'ablation est délicate, car il faut éviter l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines, la phlébite, l'inflammation et les suppurations consécutives, toujours si périlleuses à la région cervicale.

M. Sédillot a répété trois fois cette opération, et toujours avec succès. M. Cabaret (de Saint-Malo) a également réussi, et le professeur Roux a fait part à l'Académie de médecine, en 1850, d'une semblable réussite, compensée antérieurement, d'après son récit, par trois revers mortels. La discussion académique, soulevée à cette occasion, a montré la confusion des idées de beaucoup de chirurgiens éminents à ce sujet, c'est pourquoi nous avons cru devoir insister sur la distinction des vrais et des faux goîtres précédemment exposée, dont l'application nous paraît de nature à guider la pratique chirurgicale.

Appréciation. La plupart des procédés dont nous venons de parler offrent, comme nous l'avons dit, des indications spéciales, et peuvent, à l'exception de la ligature des artères thyroïdiennes, être parfois appliqués avec succès. Quels qu'ils soient, ils exigent, dans une région aussi importante, beaucoup d'adresse, de circonspection et d'expérience.

LARYNGOSCOPIE.

On a cherché de tout temps à éclairer les parties du corps situées le plus profondément; mais ces tentatives étaient individuelles, incomplètes, d'une exécution difficile, et n'étaient pas tombées dans le domaine commun. Il n'en est plus de même aujourd'hui, où l'ophthalmoscope, l'otoscope, le laryngoscope sont devenus des instruments simples, commodes et d'un usage général.

En 1827, Seen (de Genève) avait eu l'idée d'éclairer le larynx avec un miroir; mais l'instrument construit dans ce but ne répondit pas aux espérances du chirurgien. B. Babington, en 1829, présenta à la Société linnéenne un petit miroir enchâssé dans un anneau d'argent, muni d'une longue tige, et le nomma *glottoscope*. Selligues construisit, en 1832, un spéculum laryngé, formé de deux tubes: l'un pour éclairer la glotte, l'autre pour permettre d'en apercevoir l'image réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité de l'instrument. En 1838, Beaumès soumit à la Société médicale de Lyon un spéculum de son invention pour l'exploration de la gorge. En 1840, Liston donna le précepte (*Chirurgie pratique*) de *se servir d'un petit miroir semblable à celui des dentistes, fixé au bout d'une longue tige, chauffé dans de l'eau chaude et introduit très-profondément dans la gorge, la face réfléchissante tournée en bas.*

Garcia, en 1854, créa l'*autolaryngoscopie* en éclairant le petit miroir par un second miroir destiné à recevoir les rayons du soleil et à reproduire l'image réfléchie du premier.

En 1857, Czermak, voyant le professeur Türk (de Vienne) répéter les expériences de Garcia, eut l'idée de substituer la lumière artificielle à la lumière solaire (Thèse du docteur Fauvel, 1861). Il fit construire à cet effet un miroir, qu'on tient par une tige entre les dents, et qui réfléchit la lumière d'une lampe dans le fond de la

gorge sur un petit miroir laryngien; celui-ci, de son côté, transmet directement l'image de la glotte, du larynx et même de la trachée à l'œil de l'observateur. Le miroir laryngien de Czermak est aujourd'hui d'un usage général, et se compose d'une plaque

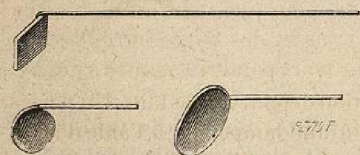


Fig. 541.

métallique ovale ou carrée, inclinée sur une tige (*fig. 541*); il en existe de dimensions et d'inclinaisons diverses; tous se montent sur le même manche.

La disposition du miroir réflecteur de la lumière a été diversement modifiée dans le but de rendre la manœuvre de cet instrument plus facile; mais l'incommodité des miroirs réflecteurs, tenus par le chirurgien, les a fait abandonner pour des miroirs fixes, auxquels a été ajoutée une lentille destinée à donner aux rayons lumineux plus d'intensité. Les modèles de ces miroirs sont nombreux; il nous suffira de décrire celui de M. Moura-Bourouillou, que M. le docteur Favrot, dans son *Traité sur la laryngoscopie*, a fait connaître, et dont l'auteur a bien voulu nous communiquer la planche.

L'instrument comprend: un petit miroir de Czermak; un miroir à surface plane, A (*fig. 542*), elliptique et percé d'un trou de 0^m,04 à 0^m,07, ou dépourvu seulement de tain dans la même étendue vers son extrémité inférieure C. Une lentille biconvexe ou plane-con-

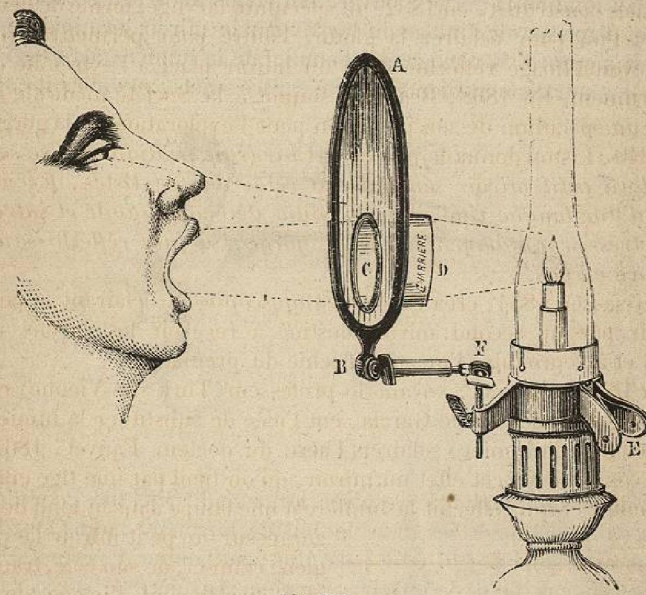


Fig. 542.

vexe D est fixée dans l'aire de la portion dépourvue de tain. Un portelaryngoscope E F B le soutient fixé à une lampe, et, à l'aide d'articulations, permet de faire projeter, par la lentille mobile, les rayons lumineux sur le petit miroir placé au fond de la gorge, et dont l'image, réfléchie sur le miroir A, est aperçue par celui qui s'est soumis à l'expérience ou par le médecin qui l'exécute. Ce dernier, sans avoir besoin du grand miroir réflecteur, peut se placer en face