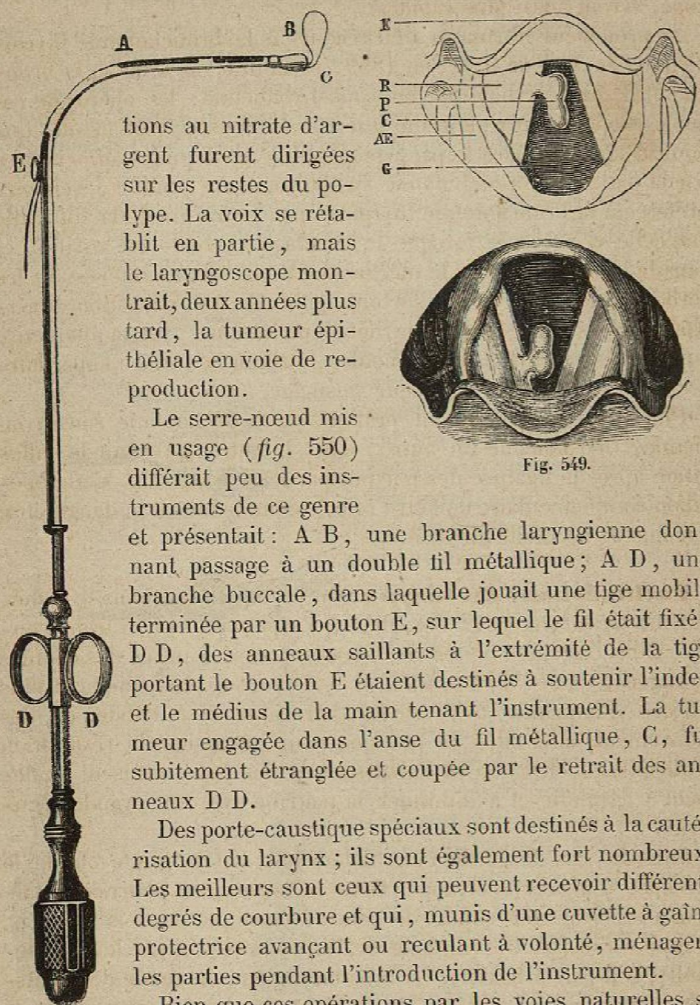


et arythéno-épiglottiques A E, la glotte et la trachée G. La striction avec un serre-nœud suffit à la section immédiate de la tumeur, qui tomba dans les bronches et y resta. Quelques cautérisa-



tions au nitrate d'argent furent dirigées sur les restes du polype. La voix se rétablit en partie, mais le laryngoscope montrait, deux années plus tard, la tumeur épithéliale en voie de reproduction.

Le serre-nœud mis en usage (fig. 550) différait peu des instruments de ce genre et présentait : A B, une branche laryngienne donnant passage à un double fil métallique ; A D, une branche buccale, dans laquelle jouait une tige mobile terminée par un bouton E, sur lequel le fil était fixé ; D D, des anneaux saillants à l'extrémité de la tige portant le bouton E étaient destinés à soutenir l'index et le médius de la main tenant l'instrument. La tumeur engagée dans l'anse du fil métallique, C, fut subitement étranglée et coupée par le retrait des anneaux D D.

Des porte-caustique spéciaux sont destinés à la cautérisation du larynx ; ils sont également fort nombreux. Les meilleurs sont ceux qui peuvent recevoir différents degrés de courbure et qui, munis d'une cuvette à gaine protectrice avançant ou reculant à volonté, ménagent les parties pendant l'introduction de l'instrument.

Bien que ces opérations par les voies naturelles se soient multipliées, on ne saurait néanmoins méconnaître leur extrême difficulté. La sensibilité de l'arrière-bouche et surtout de la glotte, la suffocation que les moindres contacts rendent imminente, la toux, les spasmes, la fatigue, la mobilité du malade, sont autant d'obstacles à surmonter. Il faudra donc,

Fig. 550.

dans beaucoup de cas, recourir à la bronchotomie, dont les manœuvres, rendues plus sûres par l'emploi préliminaire du laryngoscope, seront aussi plus rapides.

Le professeur Ehrmann a eu recours à la bronchotomie thyroïdienne ; le docteur Prat, en 1859, et Follin, en 1866, à la bronchotomie sus-laryngienne ou sous-hyoïdienne : les opérés de ces deux derniers chirurgiens ont guéri, sans conserver de fistules que pouvait faire craindre le passage possible des liquides alimentaires par la plaie. La bronchotomie sus-laryngienne semble devoir être préférée à la bronchotomie thyroïdienne, en raison de la difficulté que celle-ci présente lorsque le cartilage thyroïde est ossifié, et dans la crainte d'altérer le mécanisme de la voix en intéressant les cordes vocales : elle serait surtout applicable à l'extirpation de polypes insérés sur les replis arythéno-épiglottiques, sur la muqueuse tapissant les cartilages arythénoïdes, enfin à la surface supérieure des cordes vocales ou dans leur voisinage.

Plusieurs opérateurs ont pratiqué la bronchotomie sous-hyoïdienne, thyroïdienne ou autre, dans le but de prévenir la suffocation après la ligature des polypes par la voie buccale. Cette opération complémentaire doit être rejetée comme inutile et dangereuse à moins de nécessité absolue.

Cathétérisme du larynx. On pratiquait autrefois le cathétérisme du larynx pour remédier à l'asphyxie, et l'on trouve encore dans certaines boîtes de secours pour les noyés des canules laryngées, armées d'un soufflet. Il est beaucoup plus simple et plus efficace d'imprimer à la cavité thoracique et à l'abdomen des mouvements alternatifs de pression pour provoquer la respiration artificielle. L'élevation et l'abaissement des bras suffisent également à agrandir et à diminuer la poitrine avec une grande régularité.

Dans les cas de gonflement œdémateux de la glotte ou de la présence d'un corps étranger dans le larynx, on pourrait certainement porter une sonde de gomme élastique dans la trachée, et il ne serait pas très-difficile de l'introduire soit par le nez (Desault), soit par la bouche. Le tube laryngien, ou sonde de Chaussier, est en argent et long de 0^m,2. Au point de jonction de la portion buccale avec la courbure laryngée, infléchie à angle droit sur la première, se trouve une virole garnie d'un morceau d'agaric pour fermer l'orifice du larynx et permettre l'insufflation pulmonaire.

M. le docteur Loiseau s'est servi d'un doigtier métallique pour se préserver de toute morsure, pendant le cathétérisme, comme

M. Sédillot l'a fait et conseillé dans la chloroformisation. L'épiglotte est relevée et une sonde creuse garnie d'une éponge est introduite dans le larynx. M. Green (de Berlin) se borne à abaisser fortement la langue, et cautérise le larynx et la trachée avec une petite éponge soutenue par une tige en baleine.

Tubage du larynx. M. le docteur Bouchut a donné ce nom à une opération qui consiste à porter dans le larynx et à placer à demeure, entre les cordes vocales, un anneau métallique destiné à en produire la dilatation dans les cas de croup suffocant. Un fil de soie soutient l'anneau et en prévient la chute dans la trachée. Ce moyen paraît, au premier abord, extrêmement violent, et on a de la peine à admettre qu'un corps étranger dur et inflexible soit supporté sans graves inconvénients par un organe d'une extrême irritabilité. On a cité des succès, auxquels le tubage ne paraît pas néanmoins avoir survécu.

Moucheturés des replis œdémateux de la glotte.

Lisfranc pratiquait des mouchetures sur le bourrelet œdémateux de l'orifice du larynx dans l'œdème de la glotte. Cette opération s'exécute aisément chez les personnes dont la base de la langue est déprimée et laisse apercevoir l'épiglotte et le larynx. Autrement il faut porter les doigts index et médium de la main gauche sur le rebord laryngé supérieur, et glisser sur le premier la pointe d'un bistouri étroit et allongé, avec lequel on pratique quelques scarifications. Sans repousser entièrement ce procédé, nous croyons la trachéotomie plus fréquemment indiquée et applicable. L'œdème est quelquefois fortement induré et ne s'affaisse pas à la suite des mouchetures, qui deviennent, dans ce cas, au moins inutiles.

EMPYÈME.

Le nom d'*empyème* a longtemps servi à désigner les épanchements thoraciques, quelle qu'en fût la nature, et les opérations par lesquelles on leur donnait issue. De là des méprises sans nombre et des obscurités dont nous ne sommes pas encore délivrés.

Concourant, en 1841, pour la chaire de médecine opératoire de Richerand, M. Sédillot mettait pour épigraphe à sa thèse : DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME, un des passages de son travail : *L'opération de l'empyème est mal connue, mal faite et mal appréciée.* La longue discussion soulevée en 1865 à l'Académie de

médecine sur la même question permettrait peut-être de ne pas changer beaucoup les termes de ce jugement, car, si excellentes qu'aient été les considérations présentées par Velpeau et M. Gosselin, les objections qui leur ont été faites ont suffisamment montré le désordre des esprits à ce sujet. Pour nous, nous nous rallions complètement aux doctrines hippocratiques.

Définition. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, on ne confond plus entre eux, théoriquement du moins, les divers épanchements pleurétiques, et on les distingue de ceux du péricarde et d'une vomique pulmonaire. Le mot *empyème* (ἐν, πύον; pus dedans) a été restreint aux épanchements de pus dans la plèvre, quoiqu'on entende encore parler d'empyèmes de sérosité et de sang. Les mots d'*hydrothorax* et de *pneumothorax* étaient déjà adoptés par l'usage; M. Sédillot y a ajouté ceux d'*hémithorax* et de *pyothorax*, et nous désignons ainsi les quatre grandes classes d'épanchements, selon qu'ils sont produits : 1° par du pus, 2° du sang, 3° de l'air, 4° ou de la sérosité. Ces épanchements présentent trop de différences pour être confondus, et il est indispensable de les étudier séparément.

Pyothorax. Empyème. Doctrine générale. L'épanchement de pus, très-fréquent et très-dangereux, est celui dont l'histoire éclaire le mieux celle des autres épanchements; c'est pourquoi nous le plaçons au premier rang.

Causes. Les pleurésies négligées ou mal traitées sont la cause la plus habituelle du pyothorax.

Diagnostic. Les principaux caractères de cet épanchement sont : la matité et l'ampliation du thorax; la persistance de la fièvre; la gêne et la fréquence de la respiration; le décubitus sur le côté affecté. Hippocrate avait déjà indiqué la persistance de la fièvre au quatorzième jour d'une pleurésie, comme signe d'empyème; c'est en se fondant particulièrement sur ce symptôme, corroboré par la matité et l'ampliation du thorax, que M. Sédillot affirma la présence d'une collection purulente dont il donna la preuve en ponctionnant le thorax, malgré l'opposition ou au moins les hésitations et les doutes d'un médecin des plus habiles.

Sans élever de revendications de priorité, puisqu'il n'a pas publié ses recherches, M. Sédillot croit avoir été des premiers à constater une des principales causes des erreurs commises dans la mensuration du thorax.

Des expériences, poursuivies il y a déjà quelques années, avec M. le docteur Paul Aronssohn, actuellement professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, lui donnèrent la preuve qu'un épanchement