

arrière (1886), a résumé les résultats de 108 cas de trachéotomie pratiquée pour des cancers laryngés. 25 opérés ont succombé en moins d'un mois après la trachéotomie. En mettant toutes ces morts sur le compte de l'opération, nous n'arrivons qu'à un chiffre de 23 p. 100 de mortalité, alors que l'extirpation du larynx en donne 40. 24 opérés ont survécu de un mois à six mois; 28 de six mois à un an; 18 de un an à deux ans; 3 ont survécu trois ans. Pour dix opérés, nous ignorons l'époque de la mort. Ces résultats sont de beaucoup supérieurs à ceux que donne l'ablation du larynx. J'ai montré que cette dernière opération est dans près de la moitié des cas suivie de mort, et en cas de guérison, qu'elle est presque toujours suivie d'une récurrence rapide. Je continue donc à repousser une opération meurtrière et inefficace.

ARTICLE II

ŒSOPHAGE

I. — Cathétérisme de l'œsophage.

Anatomie générale. — L'œsophage est placé derrière la trachée, presque sur la ligne médiane, s'inclinant toutefois légèrement à gauche à mesure qu'il descend, en sorte que, quand il faut quelque effort pour introduire la sonde, il est bon de la diriger très légèrement de ce côté. Mais un point plus important, c'est que l'œsophage ne succède au pharynx qu'au niveau de l'union du cartilage cricoïde et du premier anneau trachéal; c'est en ce point que le spasme de son orifice met d'ordinaire obstacle à l'introduction des instruments, et qu'il faut un effort quelquefois assez grand pour le forcer.

On pratique le cathétérisme par les narines ou par la bouche.

1° Par les narines. — Le malade assis, la tête renversée en arrière, le chirurgien saisit comme une plume à écrire la sonde armée d'un mandrin recourbé, la concavité regardant en bas, l'introduit par une des narines, et l'enfonce jusqu'à la partie moyenne du pharynx. Là, retirant le mandrin d'une main, de l'autre il enfonce la sonde de manière à la faire pénétrer dans l'extrémité supérieure de l'œsophage, et aussi loin qu'il le juge convenable. Dans la plupart des cas, le mandrin n'est pas nécessaire. Il y a seulement deux précautions à prendre : la première est de recoucher un peu le bec de la sonde avant de l'introduire; la seconde est de renverser fortement la tête du malade en

arrière, pour diminuer l'angle que fait l'œsophage avec la direction du méat inférieur. On peut aussi diriger la sonde avec l'œil et même le doigt, en faisant largement ouvrir la bouche au malade; et si elle pénètre dans le larynx, on en serait averti par les signes indiqués pour le cathétérisme des voies aériennes.

2° Par la bouche. — On peut se servir d'une sonde ordinaire, ou d'une sonde spéciale plus longue et plus grosse à la fois, qu'on appelle *sonde œsophagienne*. Dans tous les cas, on abaisse la langue avec le doigt indicateur gauche, et l'on porte la sonde jusqu'au delà de l'orifice pharyngien de l'œsophage.

On sonde l'œsophage dans les cas de rétrécissement, de corps étrangers, ou pour faire arriver dans l'estomac des aliments liquides. On pourrait également diriger par ce canal des instruments propres à aller saisir, pour les extraire, les corps étrangers arrêtés dans l'estomac, comme les pinces de Hunter et la pince à trois branches de la lithotritie. La direction droite de ces instruments ne serait pas un obstacle absolu; on sait que les bateleurs s'enfoncent jusque dans l'estomac des instruments droits d'un bien plus gros calibre; il suffit pour cela de renverser la tête en arrière assez pour que l'arcade dentaire supérieure soit sur la même ligne que le canal œsophagien.

Enfin, Dupuytren a signalé une autre utilité à cette opération; lorsqu'on est appelé pour un empoisonnement tout récent, après avoir plongé dans l'estomac la sonde œsophagienne, au moyen d'une seringue ou d'un corps de pompe exactement adapté à cette sonde, on peut injecter d'abord une quantité convenable pour délayer ou neutraliser le poison, puis aspirer le tout en faisant le vide dans la seringue ou le corps de pompe.

II. — Rétrécissements de l'œsophage.

On a appliqué, ou proposé d'appliquer aux rétrécissements de l'œsophage la dilatation, la cautérisation, les sondes à demeure, en un mot presque tous les moyens que nous décrirons pour les rétrécissements de l'urètre. On peut sans doute, avec la sonde exploratrice, reconnaître leur siège et leur étendue; mais leur nature reste douteuse, et il suffit de rappeler qu'ils peuvent être formés par des dégénérescences squirrheuses ou cancéreuses pour faire sentir tout le danger des tentatives thérapeutiques énergiques. La dilatation progressive et au besoin la dilatation

permanente sont toujours les moyens les plus prudents, et, dans les cas douteux, les seuls qu'on doive employer.

1° *Dilatation progressive.* — Lorsque le rétrécissement est très rapproché du pharynx, on peut se servir des bougies uréthrales ordinaires; s'il est situé plus profondément, il faut des instruments spéciaux. Velpeau se servait d'une tige de baleine munie à certains intervalles de renflements de plus en plus gros. Trousseau employait une tige de baleine portant à son extrémité une éponge taillée en cône. On se sert le plus souvent d'une tige de baleine, à l'extrémité de laquelle on visse successivement des olives en ivoire d'un volume croissant. Verneuil conduit l'olive dilatatrice, percée à cet effet d'un canal central sur une tige préalablement introduite dans le rétrécissement. Bouchard emploie des sondes de gomme élastique terminées par une extrémité amincie de manière à ce qu'elles pénètrent facilement.

Les boules olivaires employées d'ordinaire sont cependant aussi peu convenables que possible, lorsqu'on veut employer des boules un peu grosses. Au niveau du larynx, l'œsophage ne permet l'introduction de corps volumineux que si on le dévie sur le côté, le larynx ne pouvant se porter en avant que dans une mesure restreinte. Il faut donc substituer aux olives des boules d'ivoire se rapprochant de la forme d'un disque à bords émoussés, et les plus volumineux doivent même présenter dans l'axe de la tige une légère excavation dans la partie qui répond à la face postérieure du larynx.

Du reste, au début du traitement, on peut renouveler l'introduction des sondes, de l'éponge, des billes d'ivoire jusqu'à deux fois par jour; puis on met entre chaque introduction un intervalle d'un, deux, trois jours et plus; et enfin, quand le rétrécissement paraît guéri, il est bon que le malade demeure armé d'une sonde qu'il se passera lui-même dans l'œsophage tous les quinze jours, tous les mois et enfin tous les deux mois, pour être en garde contre les récidives du rétrécissement.

2° *Dilatation immédiate progressive.* Procédé de Léon Le Fort. — En 1878, j'eus à traiter un jeune garçon atteint d'un rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage, tellement serré que c'est à grand-peine que je pouvais y introduire une fine bougie uréthrale. J'eus l'idée de visser sur une bougie armée des sondes métalliques coniques qui me servent à la dilatation des rétrécissements de l'urèthre, et à pratiquer ainsi un cathétérisme dilateur. Je pus ainsi dilater assez le rétrécis-

sement pour permettre l'alimentation qui était devenue impossible, et j'obtins en quelques mois une dilatation suffisante en me servant du procédé suivant, imité de mon procédé pour l'urèthre.

L'instrumentation se compose de quatre bougies de volume croissant, dont la plus petite répond au n° 18 de la filière Charrière pour l'urèthre. Ces bougies de gomme élastique portent dans l'intérieur une tige de plomb qui lui donne un certain degré de rigidité. A son extrémité libre, la bougie se termine par un ajutage métallique conique et le sommet du cône n'a que trois millimètres de diamètre; il se termine par un pas de vis servant à fixer une bougie conductrice conique d'une longueur de 8 à 10 centimètres. Celle-ci une fois engagée dans le rétrécissement on peut sans rien craindre pousser la bougie dilatatrice la plus petite, à laquelle on en fait succéder une plus grosse. Jouin, un de mes anciens internes, a publié sur ce sujet un travail dans lequel il rapporte un assez bon nombre de succès. J'ai pu en 1881 dilater un rétrécissement cicatriciel tellement étroit que le malade depuis cinq jours n'avait pu avaler une goutte de liquide et qu'il m'était adressé pour subir la gastrostomie.

3° *Dilatation prolongée.* Procédé de Switzer. — Il s'agit de porter et de laisser à demeure dans le rétrécissement des billes ovales très allongées, et creusées vers le milieu d'un petit sillon circulaire. Chaque bille est traversée, dans le sens de sa longueur, d'un canal central de 2 millimètres de calibre, donnant passage à un cordon de soie arrondi noué d'un double nœud à son extrémité inférieure, qui retient ainsi la bille suspendue. Enfin, à côté de l'extrémité supérieure du canal central, est creusée une sorte de mortaise profonde de 10 millimètres sur 4 de largeur, et destinée à recevoir l'extrémité d'une longue tige de baleine. Les billes, en corne ou en ivoire, varient en longueur de 3 centimètres 1/2 à 5 centimètres, et en largeur de 9 à 23 millimètres. On les met en place de la manière suivante.

La tige de baleine, introduite dans la mortaise de la bille, y est fixée par un ou deux tours du cordon de soie qu'on enroule autour de cette tige. L'instrument ainsi apprêté est saisi de la main droite, et porté dans l'œsophage jusqu'au rétrécissement, dans lequel une légère pression exercée sur la tige suffit pour faire pénétrer la bille. Alors on déroule le cordon qui tenait la tige, et on la retire, laissant ainsi la bille engagée dans le rétrécissement, retenue seulement à l'extérieur par le cordon de soie, qui sert à la retirer pour en placer une plus forte au besoin.

4° *Dilatation permanente.* — Le cathétérisme répété, dans les cas de rétrécissement cancéreux, n'est pas sans inconvénients ni même sans dangers. L'idée de placer à demeure dans le rétrécissement une sonde permettant d'alimenter le malade appartient à Boyer qui, en 1799, plaça une sonde à demeure et l'y laissa cent cinquante jours.

Procédé de Boyer. — Il commença par introduire à travers une des narines la sonde de Bellocq; le ressort parvenu dans la bouche, un fil ciré en plusieurs doubles y fut attaché et l'un de ses bouts ramené par la narine. Il porta alors dans l'œsophage, par la bouche, une sonde de gomme élastique jusqu'au delà du rétrécissement; fixa à son extrémité supérieure le bout de fil sortant par la bouche; enfonça la sonde plus avant, jusqu'à ce que son bout supérieur fût arrivé dans le pharynx; et en tirant le bout du fil qui sortait par le nez, il attira par la narine l'extrémité de la sonde, que les fils servirent à attacher au dehors.

Cette méthode fut reprise en France par Krishaber en 1881. Son exemple a été imité par Durham, Croft, James, Berry, Charters, Symonds et Kirmisson. Deux procédés principaux sont employés : Symonds se sert de tubes assez courts, terminés à leur partie supérieure par une partie évasée, à laquelle s'attachent deux fils. La sonde poussée jusqu'au rétrécissement reste à demeure et chacun des fils passé dans une des narines vient se nouer sous la sous-cloison du nez.

Kirmisson se sert de la bougie conductrice de Verneuil, sur laquelle il fait glisser une sonde ouverte à ses deux extrémités, et l'extrémité supérieure passée dans une des narines sert à faire des injections alimentaires.

5° *Scarification de l'œsophage ou œsophagotomie interne.* — A l'imitation de ce qu'on pratique pour l'urèthre, on a pratiqué la section linéaire des rétrécissements œsophagiens. L'opération consiste à introduire par la bouche, jusqu'au rétrécissement, un instrument destiné à opérer la section. Maisonneuve, Trélat, Lannelongue (de Bordeaux), Ledentu, etc., ont pratiqué cette opération. L'œsophagotome de Maisonneuve est construit d'après les mêmes principes que son uréthrotome, c'est-à-dire que la lame débordant la tige conductrice, mousse sur ses parties saillantes, coupe d'avant en arrière, et ne peut couper que les parties qui ne se laissent pas dilater par les bords émoussés de la lame.

L'œsophagotome de Trélat opère la section de bas en haut;

lorsqu'il a été introduit au delà du rétrécissement, on fait saillir deux lames jusque-là cachées et la section s'opère en retirant l'instrument (fig. 568).

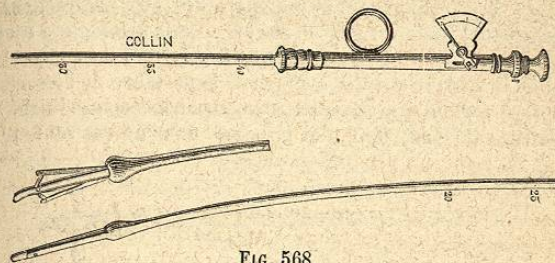


FIG. 568.

Oesophagotome de Trélat.

6° *Gastrostomie.* — C'est une ressource ultime dont j'examinerai plus loin le mode d'exécution et les indications.

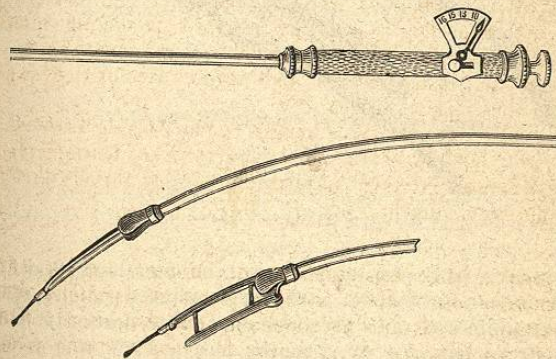


FIG. 569.

Dilatateur œsophagien de Collin.

7° *Rétrécissement spasmodique. Dilatation brusque.* — On rencontre des malades atteints de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage. Chez eux, à de certains moments, des aliments solides passent sans difficulté, alors que, dans d'autres, les bois-

sons même ne peuvent passer; chez eux une sonde œsophagienne de gros calibre peut traverser l'œsophage dans toute sa longueur, et immédiatement après le cathétérisme un peu d'eau ne peut passer. Le passage des aliments détermine des contractions douloureuses de l'œsophage très comparables aux contractions du sphincter anal dans les cas de fissure. Cette analogie a conduit Broca et moi à pratiquer la dilatation forcée de l'œsophage. Dans un cas où le spasme siégeait à la partie supérieure de l'œsophage, Broca s'est servi d'une pince dont les branches conservaient leur parallélisme en s'écartant; j'ai imaginé, dans un cas où le rétré-

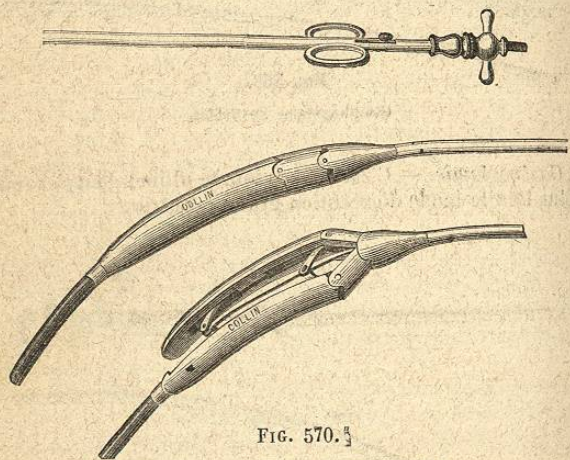


FIG. 570. §

Dilatateur œsophagien de Léon Le Fort.

cissement existait plus profondément, un dilatateur spécial dont les branches pouvaient s'écarter tout en restant parallèles, et muni à l'extrémité d'un bout de sonde en gomme destiné à faciliter son introduction. J'ai dû plusieurs fois, pendant une durée de trois années, pratiquer chez cette malade la dilatation brusque qui amenait à chaque fois une guérison temporaire, laquelle fut, ou paraît avoir été, à la fin, permanente. Il est à peine inutile d'ajouter que dans les rétrécissements de nature organique la dilatation brusque et forcée pourrait être dangereuse et ne saurait être conseillée.

Appréciation. — Il faut distinguer les rétrécissements cicatri-

ciels et les rétrécissements cancéreux. C'est surtout pour les premiers qu'on a proposé la scarification, c'est-à-dire l'œsophagotomie interne. Je la repousse comme dangereuse si elle est profonde; comme inutile si elle reste superficielle, et elle n'exempte pas d'ailleurs de la dilatation. Les argumens que je pourrais présenter sont de même nature que ceux qui s'appliquent à l'uréthrotomie interne et aux diverses espèces de dilatation. Les succès obtenus par Jouin et par moi par la dilatation progressive ne me permettent pas l'hésitation, c'est à cette méthode qu'il faut avoir recours.

Lorsque la brûlure est récente et qu'on a lieu de craindre un rétrécissement ultérieur, on pourrait comme le conseille Gersuny, avoir recours à la dilatation permanente par la sonde à demeure.

Dans les rétrécissements cancéreux de nombreuses observations semblent prouver la supériorité de la dilatation permanente; elles prouvent, du moins, que la sonde à demeure peut être conservée longtemps sans inconvénients. Boyer l'a laissée 150 jours, Krishaber 126 et 167 jours, Durham 4 mois; Croft 108 et 149 jours, Leyden et Renvers 6 mois, Kirmisson 55 jours et 3 mois. Ces résultats sont encourageants; certes, la sonde ne peut empêcher le cancer de continuer sa marche; mais elle permet, ce qui est précieux, d'alimenter le malade et, en soutenant ses forces, de prolonger sa vie.

III. — Corps étrangers dans l'œsophage.

Le plus ordinairement ces corps étrangers s'arrêtent à l'orifice supérieur de l'œsophage, ou du moins dans sa portion cervicale. Tantôt, quoique mous et sans angles, ils sont retenus en ce point ou ailleurs par un spasme subit de l'œsophage, occasionné le plus souvent par une émotion subite: tels sont une bouchée de pain, un morceau de viande, un noyau de fruit, etc.; tantôt, comme les esquilles d'os, ils s'accrochent eux-mêmes aux parois du conduit par des angles saillants; enfin, quand ils sont restés dans cette position durant quelque temps, l'inflammation s'ajoute à ces autres causes de rétention, et constitue l'obstacle le plus difficile à surmonter.

Il y a trois méthodes pour en débarrasser le malade: la propulsion dans l'estomac, l'extraction par la bouche et l'œsophagotomie. Je ne parlerai ici que des deux premières, réservant l'autre pour en traiter à part.

1° *Propulsion dans l'estomac.* — On a recommandé de faire avaler au malade de l'eau, de l'huile, des bouchées d'aliments, ou de pousser dans l'œsophage une tige de poireau huilée, une bougie ou une sonde. Le meilleur instrument est une sonde ordinaire ou une tige de baleine, munie à son extrémité d'une éponge ou d'un petit tampon de linge destiné à presser de haut en bas sur le corps étranger.

2° *Extraction par la bouche.* — Si le corps étranger est arrêté dans le pharynx même, on peut quelquefois l'extraire à l'aide du doigt. S'il est profondément engagé, on peut essayer de faire vomir le malade soit en lui faisant avaler une dose suffisante d'émétique, soit en lui portant deux doigts dans la gorge. Ce moyen échoue fréquemment; alors on a recours à des instruments de diverses formes qu'on peut ramener à trois classes.

Les uns saisissent le corps étranger par sa partie supérieure et le ramènent par une sorte de traction: telles sont les pinces ordinaires, les pinces courbes à polype, les pinces de Hunter, les pinces à branches multiples et de diverses formes, etc.

Les autres sont destinés à passer au-dessous de lui et agissent en le repoussant de bas en haut. Tantôt ce sont des crochets métalliques, soit qu'ils constituent un crochet simple à une seule branche (Rivière), un crochet terminé par un bouton (Stedman), le panier de Græfe, un crochet à anse fabriqué avec un double fil d'argent recuit, tourné en spirale pour la tige, recourbé vers son anse comme l'élevateur palpébral de Pellier (J.-L. Petit); tantôt ce sont des anses complètes, anse de ficelle (Maréchal), anneaux métalliques fixés en bouquet et d'une manière mobile à une tige quelconque (J.-L. Petit). Enfin Baudens avait proposé une sorte de petit parapluie qui, enfoncé tout ployé dans l'œsophage, se déployait lorsqu'il était arrivé au-dessous du corps étranger.

Les instruments de la troisième classe ramènent également le corps étranger en le poussant de bas en haut; mais ils diffèrent des précédents en ce qu'ils n'agissent pas spécialement sur lui, mais qu'ils balayent l'œsophage de bas en haut, comme par une sorte de ramonage, et en entraînant tout ce qui se trouve au-dessus d'eux. On s'est servi pour cela de brins de filasse, de morceaux de linge ébarbé; mais un moyen bien supérieur est une éponge, qu'on porte au delà du corps étranger au moyen d'une tige de baleine, d'une sonde, ou plus simplement d'un fil double très fort, quand la déglutition s'opère sans difficulté. On a con-

seillé, pour que l'éponge garde un très petit volume durant l'introduction et ne se gonfle qu'au delà du corps étranger, de la recouvrir d'une enveloppe; il est plus simple de la serrer à l'aide d'un fil, et de hâter le temps de son introduction. Si elle se gonfle trop avant qu'on ait réussi, on en est quitte pour l'exprimer avant de recommencer.

Enfin il faut ranger à part de ces trois ordres d'instruments, un moyen très ingénieux dont s'est servi Leroy-Anthony pour extraire un hameçon engagé dans l'œsophage, et tenu encore à la ligne qui pendait en dehors. Il coupa le fil de la ligne à un ou deux pieds de la bouche, fit glisser dessus une balle de fusil qu'il avait percée d'un canal central et qui descendit ainsi jusque sur l'hameçon. Il fit ensuite passer par le même fil une tige de roseau qu'il porta sur la balle; en pressant légèrement sur le roseau, l'hameçon se détacha, et l'on ramena au dehors tout ensemble, le roseau, la balle et l'hameçon.

Baud (de Louvain) a vu un procédé analogue, mais beaucoup plus simple, appliqué par un chirurgien de village: celui-ci se contenta de choisir la balle d'un diamètre double de celui du crochet; et l'ayant graissée et fait couler le long de la ligne, le seul poids de la balle suffit pour décrocher le crochet dont la pointe se fixa dans le plomb, et le tout fut retiré avec facilité.

Appréciation. — Le seul exposé de ces moyens montre qu'il est impossible d'en faire un choix exclusif. Quand le spasme de l'œsophage est la seule cause de l'accident, il est aisé de pousser le corps étranger dans l'estomac ou de le retirer par la bouche. Quand le corps étranger est ancré par ses angles dans les tissus, le hasard seul, pour ainsi dire, couronne de succès les efforts du chirurgien. On peut donc user de tous les moyens indiqués, en commençant par les plus simples et ceux qu'on trouve sous la main, sans croire d'ailleurs que plus d'efficacité soit attaché aux autres. Quand l'inflammation est survenue, il est rare qu'on réussisse, toutes les tentatives accroissant à la fois la phlogose et la contraction des tissus. L'œsophage finit par s'ulcérer, se perforer; l'unique ressource est alors l'œsophagotomie.

IV. — Œsophagotomie.

Trois voies ont été proposées pour arriver à l'œsophage; Guatani avait conseillé de l'aller chercher entre la trachée et les

muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté gauche; Eckholt, entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoidien; mais ces deux procédés, restés à l'état de théorie, ont été justement abandonnés pour celui de Boyer, qui fait son incision entre le sterno-mastoidien et le sterno-hyoïdien. A celui-ci s'en rattachent trois autres: ainsi Boyer veut qu'on n'incise que sur la saillie formée par le corps étranger, et seulement quand elle existe; Giraud, suivi par Vacca-Berlinghieri, a conseillé une sonde d'argent ordinaire ou un instrument plus compliqué pour faire saillir l'œsophage lui-même; enfin Bégin a pratiqué l'opération avec succès, guidé seulement par les rapports anatomiques.

Anatomie chirurgicale. — En laissant en dedans le système trachéal tout entier, c'est-à-dire la trachée avec ses muscles et le corps thyroïde, on observe de chaque côté un espace triangulaire à sommet inférieur, limité en dehors par le sterno-mastoidien. Dans l'aire de ce triangle se trouvent la peau, le peaucier, l'aponévrose cervicale, un deuxième feuillet de cette aponévrose qui se dédouble pour envelopper l'omoplat-hyoïdien; et enfin la gaine celluleuse qui renferme la carotide et la jugulaire interne. En écartant cette gaine du système trachéal, on tombe sur le plan pré-vertébral de la colonne cervicale, et en dirigeant les recherches de dehors en dedans, le premier et l'unique faisceau musculaire qu'on rencontre est l'œsophage. Comme il est légèrement dévié à gauche, il est plus facile à trouver de ce côté. On n'a à diviser que des ramuscules nerveux ou vasculaires insignifiants; toutefois l'incision ne doit pas descendre plus bas qu'à un ou deux travers de doigt de sternum, pour éviter l'artère thyroïdienne inférieure; ni remonter au delà de l'os hyoïde, de peur d'atteindre le nerf laryngé et les artères linguale et faciale, et aussi parce que, à cette hauteur, on tomberait sur le pharynx.

Procédé opératoire. — Le malade couché sur un lit étroit, les épaules et la poitrine médiocrement élevées, la tête légèrement renversée en arrière et appuyée sur des oreillers, le visage incliné à droite, le chirurgien se place au côté gauche, et met au côté droit un aide sur lequel il puisse compter. Il fait aux téguments, avec un bistouri convexe, une incision parallèle à la trachée, dans le sillon qui la sépare du muscle sterno-mastoidien, et dans les limites indiquées. Il divise successivement le muscle peaucier et les feuillets de l'aponévrose, pénètre dans l'espace celluleux qui sépare la trachée de l'artère carotide; le muscle omoplat-hyoïdien qui traverse obliquement la plaie est écarté en dehors ou

divisé sur une sonde cannelée. Pendant cette partie de l'opération, l'aide placé à droite attire à lui au moyen de ses doigts ou de crochets mousses la trachée avec ses dépendances, tandis que l'opérateur écarte la lèvre gauche de la division, et avec la pulpe des doigts indicateur, médus et annulaire de la main gauche in-

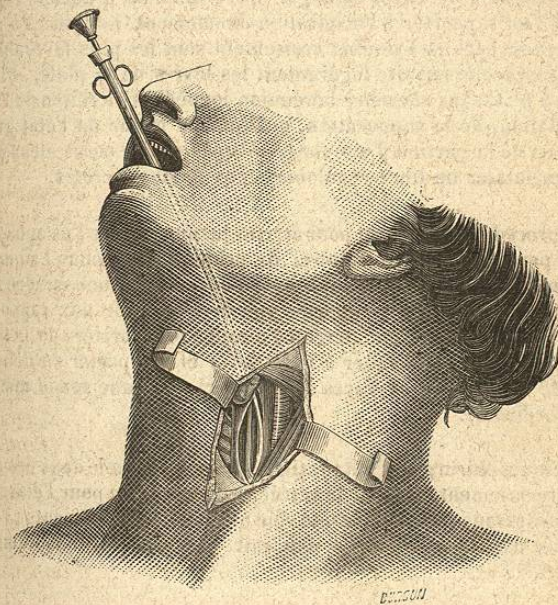


FIG. 571.

ŒSOPHAGOTOMIE. — Sonde de Bellinghieri engagée dans l'œsophage.

trouverts plus profondément, recouvre et protège les vaisseaux et les nerfs.

De cette manière, toute l'étendue de la portion cervicale de l'œsophage se trouve libre, découverte et à la disposition du chirurgien. On le reconnaît aisément à sa position derrière la trachée et le larynx, à sa surface arrondie et charnue, et s'il reste quelque doute, à ses contractions et à la dureté qu'il acquiert lorsqu'on fait exécuter au malade des mouvements de déglutition. Il faut alors y plonger la pointe du bistouri sur son côté gauche, paral-

lèlement à son axe. Une incision de 12 millimètres environ y étant faite, il s'échappe de la muco-sité par la plaie; la membrane muqueuse se laisse apercevoir; et avec un bistouri boutonné on agrandit cette ouverture en haut et en bas, de manière à rendre facile l'introduction du doigt, des instruments explorateurs et des tenettes (fig. 571).

L'extraction du corps étranger n'est soumise à aucune règle il faut s'en rapporter à l'inspiration du moment. Les pinces à polype recourbées et à double croisement sont les plus favorables.

On rapproche ensuite légèrement les lèvres de la plaie, et l'on pause à plat, sans chercher la réunion immédiate, à raison de l'inflammation, de la suppuration, quelquefois même de l'état gangréneux de la portion d'œsophage occupée par le corps étranger, et pour laisser un libre écoulement aux fluides sécrétés.

Ce procédé est excellent pour arriver jusque près de l'œsophage; mais pour reconnaître celui-ci de prime abord, pour l'amener au-devant du bistouri, et enfin pour l'ouvrir avec une entière sécurité, c'est une vanité puérile que de s'en tenir aux rapports anatomiques; dès qu'on aperçoit l'œsophage en arrière de la trachée, il ne faut pas hésiter à le soulever et à le porter en dehors à l'aide de la sonde de Vacca Bellinghieri ou d'une sonde métallique ordinaire.

Quelques chirurgiens ont pratiqué l'œsophagotomie dans des cas de rétrécissement, soit sur le rétrécissement même pour l'élargir, soit au-dessous pour ouvrir une voie artificielle aux aliments; ressources extrêmes, qu'il ne faudrait pourtant pas absolument rejeter.

ARTICLE III

TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

Les tumeurs du corps thyroïde sont de nature fort diverse; lorsqu'elles sont limitées et quelle que soit leur nature: cancer, tubercule, fibrome, elles sont enlevées avec les précautions ordinaires, rendues plus grandes encore par la vascularité de l'organe; mais au point de vue de la médecine opératoire spéciale, elles peuvent se rallier à trois variétés, savoir: le goître hypertrophique; 2° les kystes; 3° le goître plongeant.

I. — Goître hypertrophique.

Quand le corps thyroïde présente une hypertrophie chez l'adulte, comme on n'a recours à la médecine opératoire que lorsqu'il a acquis un volume considérable, on conçoit que les rapports anatomiques normaux doivent varier selon les cas. Toutefois le voisinage toujours très proche des carotides, des jugulaires, des troncs nerveux, de la trachée; le nombre considérable des vaisseaux artériels ou veineux qui parcourent la glande thyroïde, et dont le volume s'accroît avec celui de la glande; le voisinage du cœur, dont les aspirations peuvent attirer l'air à travers la plaie d'une veine; toutes ces circonstances donnent une certaine gravité aux moindres opérations.

Les artères naissent de la carotide externe et de la sous-clavière. Les thyroïdiennes donnent des branches si volumineuses et si nombreuses que d'après Liebermeister le corps thyroïde recevrait autant de sang que le cerveau. Dans l'intérieur de la glande, elles suivent les cloisons fibreuses et se divisent en branches qui finissent par recouvrir, d'un réseau à mailles fines, la surface des vésicules. Les veines plus volumineuses encore que les artères forment à la surface un lacis vasculaire très serré. Le corps thyroïde est entouré d'une capsule analogue à celle du foie, et qui, au point de vue opératoire, a une certaine importance.

En dehors du traitement médical dont nous n'avons pas à nous occuper, on peut dire qu'on a attaqué le goître par deux méthodes: l'une ayant pour objet de l'atrophier, l'autre de le détruire.

PREMIÈRE MÉTHODE. — Elle emploie le *séton*, la *cautérisation*, le *broiement sous-cutané*, les *injections interstitielles*, l'*électrolyse*, la *ligature des artères thyroïdiennes*, la *ligature sous-cutanée de la tumeur*.

1° Le *séton*, employé par Monro, Heister, a eu dit-on de bons résultats entre les mains de Dupuytren, qui a eu quelques imitateurs. On traverse la tumeur par un ou plusieurs sétons. Lennox Browne est à peu près le seul à le conseiller aujourd'hui; Magnier, Lucke, Duplay ont montré qu'il est la cause d'accidents graves: phlegmons du cou, hémorrhagies, gangrène, pyohémie.

2° La *cautérisation* peut être superficielle ou profonde. Dans