

phage 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, parallèlement à son axe. Une incision de 42 millimètres environ y étant faite, il s'échappe de la mucosité 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.

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

On rapproche ensuite légèrement les lèvres de la plaie, et l'on panse 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 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.

Art. III. — Tumeurs du corps thyroïde.

Les tumeurs du corps thyroïde sont de nature fort diverse; mais au point de vue de la médecine opératoire, elles peuvent se rallier à quatre variétés, savoir: 1° le goître hypertrophique; 2° les kystes; 3° le goître plongeant; 4° l'induration congénitale.

1° 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.

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 *ligature des artères thyroïdiennes*, et la *ligature sous-cutanée de la tumeur*.

1° Le *séton*, proposé par les chirurgiens du moyen âge, a eu, dit-on, de beaux résultats entre les mains de Dupuytren. On en passe un dans chaque côté, ou même dans chaque lobe saillant de la tumeur, si elle en offre plusieurs.

2° La *ligature des artères thyroïdiennes*, pour procurer l'atrophie ou la gangrène de la tumeur, est une opération trop peu certaine pour sa gravité. Il ne faudrait pas moins, en effet, que lier les quatre artères thyroïdiennes, sans compter l'artère de Neubauer: encore ne saurait-on affirmer que les anastomoses créées par la maladie ne suffiront pas à l'entretenir. On dit cependant qu'elle a procuré quelques succès. Il est des cas où la tumeur, en se développant, amène ces artères presque immédiatement sous la peau; leur ligature offrirait alors beaucoup moins de périls. Dans un cas de bronchocèle du côté gauche, Porta a lié l'artère thyroïdienne inférieure, qu'il fallut chercher à une grande profondeur, et la supérieure, qui était devenue superficielle. Il survint un phlegmon, puis une hémorrhagie; mais, au total, en trois mois la tumeur avait disparu.

3° *Ligature sous-cutanée de la tumeur. Procédé de MM. Ballard et Rigal.* — Le goître étant assez volumineux, il fut décidé de le partager en trois portions, étreintes chacune par une ligature isolée. Pour cela, on prit deux longs fils cirés, qui furent armés

chacun de trois aiguilles, savoir : l'une *droite et tranchante*, passée à l'un des bouts du fil ; la seconde *ronde et piquante*, placée au milieu du fil qu'elle devait entraîner double à travers la tumeur ; la dernière *courbe et tranchante*, occupant l'autre bout de la ligature.

Vis-à-vis du tiers supérieur de la tumeur, on souleva un pli vertical de la peau, qui fut ensuite tiré fortement en haut, et traversé par l'aiguille droite et tranchante entraînant l'une des extrémités du fil. Le pli étant alors abandonné à lui-même, il en résulta que ce premier fil décrivait une courbe autour de la partie supérieure de la tumeur, et que ses deux bouts ressortaient par deux piqûres latérales situées au niveau du tiers supérieur du goître.

Par ces mêmes piqûres, mais au-dessous de la tumeur, et directement d'un côté à l'autre, on fit marcher l'aiguille ronde et piquante qui entraîna l'anse médiane du fil ; et quand elle fut passée, on la dégagea en coupant l'anse au milieu.

A ce point de l'opération, on avait donc déjà une anse complète entourant à sa base le tiers supérieur de la tumeur, laquelle anse était tout entière sous la peau, sauf ses deux chefs ressortant par une seule et unique piqûre ; et de plus, on avait un fil passé transversalement sous le tiers supérieur de la tumeur, et destiné à sa partie moyenne. On fit la même manœuvre avec la deuxième ligature pour le tiers inférieur, et l'on eut le même résultat. Il ne s'agissait plus que de former autour du tiers moyen une anse complète et sous-cutanée avec les deux fils encore isolés et passés seulement sous la tumeur.

Chacun de ces fils était resté enfilé à la dernière aiguille *courbe et tranchante*. L'aiguille supérieure fut engagée de haut en bas dans la piqûre latérale supérieure, pour ressortir par la piqûre inférieure du même côté ; là les deux fils, noués solidement, n'en firent plus qu'un, et déjà l'anse, ainsi ingénieusement formée, entourait le tiers moyen du goître par en haut, par en bas, et par un côté. L'aiguille inférieure restante fut à son tour poussée sous la peau, de la piqûre inférieure dans la supérieure, pour compléter le cercle sous-cutané ; et l'on eut ainsi, au total, trois anses de fil sous-cutanées, embrassant les trois portions du goître, les deux chefs de chaque anse sortant par une piqûre ; en sorte que trois piqûres seulement restaient occupées, et que la quatrième, laissée à elle-même, ne demandait qu'à se fermer. Les deux chefs de chaque anse furent passés dans un serre-nœud à chapelet et liés sur un bâtonnet.

Il y eut une réaction fébrile qui fut combattue par les émissions sanguines ; le cinquième jour, un coup de lancette fut nécessaire

pour donner issue à un peu de pus et à des gaz accumulés sous la peau ; aucun autre accident ; les ligatures resserrées peu à peu tombèrent, la moyenne le vingtième jour, l'inférieure le vingt-cinquième, et l'autre quelques jours après. Il restait à peine quelque trace du goître ; la peau, ulcérée sur les points pressés par les chapelets, était restée intacte partout ailleurs.

DEUXIÈME MÉTHODE. — Elle comprend l'*extirpation* et la *ligature en masse*.

1° L'*extirpation* ne doit être conseillée et tentée que quand la tumeur donne lieu de craindre une suffocation imminente. Les règles n'en sont pas autres que pour l'*extirpation* des tumeurs en général : seulement ici il faut avoir soin, bien plus que partout ailleurs, de lier les artères et même les veines à l'instant où elles sont divisées. D'après le peu d'exemples que nous en possédons, cette opération est une des plus effrayantes de la chirurgie. Cependant Roux, en 1850, contraint par les instances du malade, enleva un goître du volume du poing, et du poids de 325 grammes ; l'opération dura trois quarts d'heure, et le sujet eut le bonheur d'en réchapper.

2° La *ligature en masse*, appliquée avec succès par Mayor, a le même résultat que l'*extirpation*, sans avoir autant de périls. Je renverrai aux préceptes généraux donnés à cet égard (voy. p. 14) : seulement, afin d'avoir moins de parties à diviser avec le fil, on commencera par disséquer la tumeur à sa base, aussi loin que possible, sans ouvrir les vaisseaux ; on appliquera trois et même quatre ligatures, et enfin on retranchera avec le bistouri toutes les parties où la circulation ne se fait plus, et dont la putréfaction pourrait s'emparer.

On pourrait aussi bien, une fois les ligatures placées, exciser les parties étreintes qui sont condamnées à périr. Bégin a agi ainsi dans un cas où la tumeur, étant pédiculée, se prêtait à la ligature en masse. Le sujet guérit, mais après avoir éprouvé un accident très grave : ce fut une intumescence subite du reste du corps thyroïde quelques minutes après l'opération, intumescence qui faillit suffoquer le malade, et fut très longtemps à se dissiper.

2° Kystes du corps thyroïde.

Le goître est quelquefois constitué par un kyste développé dans le corps thyroïde, généralement unique et à une seule poche, plus

rarement multiloculaire ou accompagné d'autres kystes indépendants. Il renferme un liquide clair ou trouble, quelquefois même du sang liquide ; et, dans certains cas, lorsque le kyste a été ouvert, après l'écoulement du liquide ordinaire, on voit sortir d'abord de la sérosité sanglante, puis du sang pur.

On emploie la ponction à titre de palliatif. Outre l'hémorrhagie qui peut en résulter, le chirurgien doit se tenir pour averti que la ponction simple est quelquefois suivie de suppuration dans la poche, et de tous les accidents qu'entraîne la stagnation du pus.

Le traitement curatif est basé sur trois indications :

1° *Exciter dans la poche une inflammation adhésive ou au moins substitutive* : on use à cet effet des *injections iodées*.

2° *Déterminer une inflammation suppurative* : pour cela, on traverse le kyste avec un *séton*, ou bien on l'ouvre plus ou moins largement par l'*incision*, l'*excision*, les *caustiques*.

3° *Détruire directement le kyste*, par l'*extirpation* ou la *cautérisation*.

Évidemment la préférence appartient d'abord aux injections iodées, qui se pratiquent ici comme partout ailleurs, et sont suivies généralement des mêmes conséquences et du même succès.

Si cette première méthode ne réussit pas, le séton, qui a donné de beaux succès à Maunoir, semble moins grave que les autres procédés. Il expose cependant à la stagnation du pus ; et c'est alors le cas d'ouvrir largement le kyste. L'excision est ici un procédé exceptionnel, exigé seulement par la transformation cartilagineuse des parois du kyste ; et le choix demeure limité à l'incision ou à la cautérisation. La première, lorsque le kyste est superficiel et qu'on n'a pas à craindre de trop nombreux vaisseaux, est plus expéditive ; et M. Michaux y a recours aussitôt qu'il a trouvé l'injection insuffisante. Mais si le kyste est plus profond, l'avantage revient à la cautérisation, pratiquée selon l'axe vertical de la tumeur, avec la pâte de Vienne sur les téguments, et sur les autres tissus avec la pâte de zinc.

La troisième méthode est une ressource extrême, et je ne pense pas qu'un chirurgien prudent se hasarde à entreprendre l'extirpation. Bonnet a attaqué dans trois cas toute la surface interne du kyste avec la pâte de zinc ; deux de ses opérés sont guéris ; un autre était sur le point de l'être, quand survinrent des hémorrhagies successives qui l'emportèrent en dix jours, et l'autopsie montra qu'elles provenaient de l'artère thyroïdienne supérieure.

3° Du goître plongeant.

Je donne ce nom à certaines tumeurs que Bonnet a rangées parmi les goîtres, bien que peut-être plusieurs soient indépendantes du corps thyroïde, et qui ont pour caractère essentiel de s'enfoncer, durant l'inspiration, derrière le sternum ou la clavicule, et de déterminer ainsi par leur pression sur la trachée des phénomènes de suffocation. Lorsqu'on les retient avec les doigts au-dessus du sternum, la suffocation cesse, d'où l'indication de les fixer en ce point d'une manière permanente. Bonnet y est arrivé de la manière suivante.

Procédé de Bonnet. — Une tumeur du volume d'un petit œuf de poule plongeait sous le sternum. On l'attira au-dessus avec les doigts ; puis on passa au travers, de bas en haut et d'avant en arrière, quatre fortes épingles, dont les têtes appuyaient sur le bord supérieur du sternum ; et on l'attaqua successivement avec la pâte de Vienne et la pâte de zinc. Une première cautérisation produisit des eschares dont la chute entraîna les épingles, mais détermina des adhérences de la tumeur dans sa nouvelle position.

Depuis, Bonnet a proposé de substituer aux épingles des aiguilles courbes qui doivent traverser la tumeur près de sa face postérieure. La tumeur ainsi arrêtée au-dessus du sternum, en plaçant à sa base et en arrière des aiguilles une ligature fortement serrée, on la fait saillir en avant, où on l'attaque par les caustiques avec la plus grande facilité. M. Desgranges a mis plusieurs fois ces aiguilles en usage avec un plein succès.

Mais lorsque la tumeur est latérale et plonge sous la clavicule, les aiguilles même ne suffisent pas pour la relever autant qu'on le désire. Bonnet a fixé une aiguille légèrement courbe sur un long manche, ce qu'il appelait sa *fourchette*. L'aiguille est implantée dans la tumeur, de bas en haut et d'avant en arrière ; on ramène alors le manche de l'instrument contre la poitrine, de manière à faire basculer la tumeur en haut et en avant ; et de plus on place vers le haut du sternum un petit coussin, sur lequel l'instrument basculera avec plus d'avantage.

Il va sans dire qu'après la première cautérisation destinée à produire des adhérences, on peut en pratiquer d'autres qui auront pour objet la destruction plus ou moins complète de la tumeur.

4° *Induration congénitale.*

L'induration du corps thyroïde est quelquefois congénitale ; elle peut alors déterminer des accidents graves de suffocation qui menacent d'une mort imminente. J'ai vu un cas de ce genre, où l'isthme transversal du corps thyroïde était appliqué étroitement sur la trachée, qu'il semblait comprimer. Comme dernière ressource, je tentai la section de cet isthme, que je pris soin ensuite de séparer de la trachée ; il en résulta une hémorrhagie en nappe que je ne pus arrêter que par la ligature en masse des deux portions divisées. Les accès de suffocation ne revinrent plus, mais l'enfant succomba le deuxième jour.

CHAPITRE VI.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE THORAX.

1° *Des tumeurs du sein.*

On attaque les tumeurs du sein par le bistouri ou par les caustiques.

1° *Extirpation par le bistouri.* — Les règles de cette opération ne diffèrent point de celles de l'extirpation des tumeurs en général ; et quand il ne s'agit que de tumeurs isolées, l'incision est commandée par la position de la tumeur même. Mais quand le sein est pris en entier ou à peu près, l'opération, à raison des rapports anatomiques, de son importance et de sa fréquence, a été l'objet d'études toutes spéciales.

La glande mammaire repose sur le muscle grand pectoral, et à d'ordinaire son plus grand diamètre dans la direction des fibres inférieures de ce muscle. Le cancer se trouve aussi plus souvent allongé dans ce sens qu'en tout autre, par la dégénérescence consécutive des glandes de l'aisselle. De là l'indication de donner cette direction au plus grand diamètre de la section cutanée.

La malade peut être assise sur une chaise ; mais il est préférable de la coucher, soit sur un lit, soit sur une table, la tête et la poitrine élevées, le bras écarté du tronc de manière à tendre la peau et le grand pectoral. Le chirurgien tend la peau au-dessous de la tumeur, et commence par une incision semi-elliptique à concavité supérieure, dans la direction indiquée ; puis il passe à l'incision su-

périeure, de manière à comprendre dans le lambeau elliptique ainsi circonscrit toute la portion de la peau altérée et même un peu des téguments sains ; si les téguments sont sains dans une grande étendue, on en retranche ce qui serait superflu pour recouvrir la plaie après l'opération.

On saisit alors la tumeur, et on la détache d'abord un peu de bas en haut, pour la séparer de la peau, puis de haut en bas, pour ne pas s'exposer à égarer le bistouri sous le bord inférieur du grand pectoral. Le tranchant de l'instrument doit d'ailleurs être tourné vers les tissus sains, dont il faut toujours enlever une petite zone avec les tissus altérés. Il ne faut pas hésiter, au besoin, à enlever une portion du muscle pectoral et même des côtes, quand le mal va jusque-là. La rapidité de la dissection permet de ne lier les artères qu'à la fin. Si quelques-unes sont plus volumineuses que de coutume, on fait appliquer dessus les doigts d'un aide.

La tumeur enlevée, on examine avec l'œil et le doigt si l'on n'a pas laissé de tissus malades ou même suspects, et on les emporte avec le bistouri ou les ciseaux. S'il y a des glandes axillaires altérées, on les découvre en prolongeant jusque sur elles l'angle externe de la plaie, ou, si elles en sont fort éloignées, à l'aide d'une incision spéciale. Elles siègent presque constamment sur la face externe du grand dentelé, en sorte que, pour en éloigner l'artère et les nerfs brachiaux, il suffit de soulever le bras et de l'écarter modérément du tronc ; la dissection est alors sans danger. On a conseillé, lorsqu'on redoute la blessure de quelque vaisseau volumineux, artériel ou veineux, de les embrasser au delà des parties malades avec une ligature, et de les exciser en dehors du fil. Pour moi, à moins de difficultés imprévues, après l'incision de la peau et de l'aponévrose, je préfère de beaucoup aller chercher les ganglions indurés avec le doigt, et les décoller ou même les arracher. Ceux qui se cachent dans la profondeur de l'aisselle et jusque sous la clavicule ne peuvent même guère être attaqués différemment. On procède enfin à la réunion, à l'aide des bandelettes agglutinatives ou de la suture entortillée.

2° *Cautérisation.* — Naguère encore on attaquait directement la tumeur par les caustiques, en appliquant sur toute sa surface, si elle était de volume médiocre, la pâte de Vienne ou la pâte de zinc ; et pour les tumeurs plus volumineuses, en n'en prenant qu'une portion à la fois. Mais la lenteur et les douleurs cruelles de ce procédé l'ont fait justement abandonner.

Lorsqu'il existe une tumeur ulcérée en forme de champignon, je passe plusieurs fortes épingles sous sa base ; je serre une ligature