

Écrasement linéaire. — Préconisé par Chassaignac, l'écrasement est adopté comme méthode exclusive par Verneuil.

Pour introduire la chaîne, on emploie un trocart que l'on passe dans le trajet fistuleux et dans lequel on engage un fil solide qui sert lui-même à conduire la chaîne de l'écraseur, dont un des chefs sort par l'anus et l'autre par l'orifice externe de la fistule.

Maisonneuve emploie la ligature extemporanée; il se sert pour cela de son serre-nœud et d'un fil de fer qu'il passe dans la fistule sur la cannelure d'une sonde.

L'incision, l'écrasement linéaire, la ligature extemporanée sont les trois méthodes auxquelles on doit recourir. Je n'ai pas à exposer ici les avantages attribués aux deux derniers procédés de diérèse; je les ai signalés une fois pour toutes dans une autre partie de cet ouvrage.

L'excision doit être réservée pour les cas où il y a des décollements, des callosités. Elle expose à tous les inconvénients des pertes de substances un peu étendues.

Du reste, chaque fois que l'on divise le sphincter externe dans une étendue considérable, l'opéré est sujet à avoir pendant un certain temps un peu d'incontinence des matières fécales, quand elles sont liquides, et surtout des gaz.

Si l'orifice rectal de la fistule remonte très-haut, quel que soit le procédé mis en usage pour la partie inférieure, on recourra pour la supérieure à l'application de l'entérotome.

Après l'opération, on emploie généralement une mèche que l'on place dans la plaie afin d'empêcher ses deux lèvres de se recoller du côté de l'intestin, et on continue ce pansement pendant plusieurs jours. C'est là une précaution inutile, même quand on emploie purement et simplement l'incision, ainsi que l'a établi Alquié (de Montpellier). On peut, pour faire un peu de compression et empêcher toute tendance à l'hémorrhagie, appliquer une mèche le jour de l'opération; mais il faut l'enlever le lendemain et se contenter de toucher avec le nitrate d'argent une des lèvres de la plaie. On renouvelle de temps en temps cette cautérisation.

Après l'application de l'écrasement linéaire ou de la ligature extemporanée, on peut se dispenser complètement de mettre une mèche.

Pour les fistules borgnes internes, si le cul-de-sac arrive près des téguments, on complétera la fistule en perçant la peau au niveau de ce cul-de-sac, et l'on aura alors une fistule complète que l'on traitera comme telle. Quand au contraire le fond de ce trajet est à une assez grande distance au-dessus de l'anus, on incisera le trajet de façon à le faire se confondre avec la cavité rectale.

§ 5. **Chute du rectum.** — C'est uniquement de la procidence de la muqueuse rectale et nullement de l'invagination du rectum que je vais m'occuper ici.

La première chose à faire, c'est de réduire la tumeur en la recouvrant d'un linge fin enduit de cérat et exerçant des pressions de façon à faire rentrer la première la partie centrale. Au besoin, on recourrait à la compression avec quelques doloires de bande pour faciliter la réduction.

La réduction obtenue, on peut la maintenir dans l'intervalle des selles à l'aide d'appareils portant une petite pelote ou un corps convexe quelconque destiné à presser sur l'anus. Voilà pour le traitement palliatif. Quant au traitement radical, il comprend d'abord une série de moyens tels que les suppositoires astringents, les vésicatoires saupoudrés de strychnine, l'application de l'électricité, moyens qui ne rentrent pas dans la médecine opératoire, et puis les procédés chirurgicaux, ligature, incisions, excision plus ou moins étendue de la tumeur, excision des plis rayonnés de l'anus, excision d'une portion du sphincter anal suivie de la suture, écrasement linéaire et enfin cautérisation.

La ligature d'une portion ou de la totalité de la tumeur divisée en deux ou en quatre parties par les fils constricteurs est abandonnée aujourd'hui, en raison des douleurs et de l'inflammation auxquelles elle donne lieu.

On a eu recours à de profondes incisions longitudinales pratiquées sur la tumeur dans le but de faire développer des adhérences entre les deux tuniques internes de l'intestin et la musculuse. Les hémorrhagies auxquelles expose ce procédé l'ont fait laisser de côté.

L'excision partielle ou totale de la tumeur peut être faite à l'aide des pinces et des ciseaux courbes; on peut aussi, pour l'exciser, la saisir tout simplement avec les doigts de la main gauche.

Ricord passe deux anses de fil à travers la base de la tumeur pour la maintenir à l'extérieur et, à l'aide d'un bistouri convexe, il l'excise en totalité.

Plus encore que les incisions, l'excision expose à des hémorragies qu'il peut être difficile d'arrêter.

Dupuytren a généralisé une méthode déjà employée par Hey et qui consiste à saisir successivement avec une pince et à exciser avec des ciseaux courbes sur les côtés de l'anus, en avant et en arrière, un certain nombre des plis rayonnés de la peau qui convergent vers cet orifice.

Robert faisait partir des extrémités du diamètre transverse de l'anus deux incisions allant se réunir en avant du coccyx et formant ainsi un V à pointe dirigée en arrière. Il sectionnait et excisait au niveau de ce V la peau, le tissu adipeux sous-cutané et le sphincter, puis rapprochait les bords latéraux de la perte de substance à l'aide de trois points de suture entortillée.

Chassaignac, après avoir pédiculisé la tumeur, la sectionne à l'aide de l'écraseur linéaire appliqué au niveau du fil qui forme le pédicule. Il recommande de ne pas donner plus d'un coup de cliquet par quinze secondes, pour éviter toute hémorrhagie.

La ligature extemporanée de Maisonneuve est aussi parfaitement applicable à ces cas-là.

La cautérisation au fer rouge a été pratiquée de différentes façons. Certains chirurgiens tracent sur la muqueuse renversée des raies de feu à l'aide d'un cautère cultellaire. Guersant appliquait un cautère de dentiste en avant, en arrière et de chaque côté et l'enfonçait de façon qu'il arrivât jusque sur le sphincter.

Bégin employait trois cautères, un en roseau qu'il introduisait dans l'ouverture située au centre de la tumeur, un cautère à plaque qu'il promenait sur les bords, et enfin un cautère olivaire destiné à être enfoncé dans le sillon qui sépare la tumeur de la peau.

On a eu aussi recours à la cautérisation faite avec des acides minéraux.

La cautérisation, l'excision des plis rayonnés, l'excision partielle de la tumeur, son ablation avec l'écraseur linéaire ou la ligature extemporanée sont des procédés qui suffisent en général chez l'enfant, et parmi eux la cautérisation me paraît le meilleur.

Chez l'adulte, quand on a affaire à une chute de la muqueuse difficile à guérir, on emploiera le procédé de Robert.

§ 6. **Rétrécissements du rectum** (fig. 344-50). — Sans entrer



Fig. 344. — Bougies dilatatrices en cire ou en caoutchouc.

dans de plus longues considérations d'anatomie pathologique, je rappellerai que les rétrécissements du rectum (je ne de ceux de nature cancéreuse) siègent en général à la partie inférieure de cet intestin, à une distance peu considérable au-dessus de l'anus.

On les attaque par la dilatation, la cautérisation, la section.

La dilatation peut-être lente ou brusque.

Pour la dilatation lente on peut se servir de mèches de volume

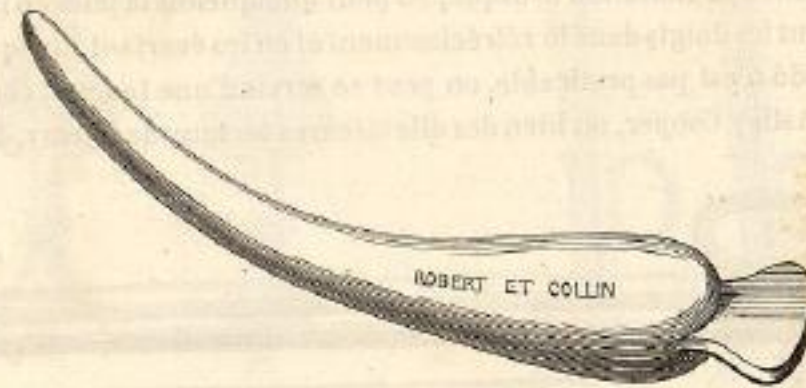


Fig. 345. — Bougies en étain de Ph. Boyer.

successivement croissant, enduites de cérat et attachées avec un fil dont on laisse pendre les chefs hors de l'anus, pour pouvoir retirer la mèche ; on les introduit avec un porte-mèche.

On emploie aussi des sondes de gomme élastique, des canules de différents calibres, des bougies en cire, en caoutchouc, en étain et des appareils spéciaux, entre autres ceux de Costallat et de Bermond.

L'instrument de Costallat est formé d'une espèce de sac de toile surmonté d'un stylet boutoné et muni dans le milieu d'une sonde qui sert à le porter au niveau du rétrécissement. L'appareil une fois en place, on introduit du coton dans le sac.

J'ai déjà parlé de l'appareil de Bermond à propos de fistules à l'anus ; il se compose de deux canules emboîtées l'une dans l'autre. La canule interne est terminée en cul-de-sac à sa partie supérieure, l'externe est ouverte aux deux bouts et porte en dehors une série de rainures sur lesquelles on fixe une chemise de toile dans laquelle on met de la charpie pour dilater la coarctation. On retire la canule interne pour laisser passer les matières fécales que l'on a soin de délayer par des injections.

On a encore employé des dilateurs en caoutchouc dans lesquels on insuffle de l'air, lorsqu'ils sont introduits dans le rétrécissement.

De tous ces moyens, les plus commodes sont les mèches et les canules en caoutchouc durci ; mais ce ne sont, en somme, que des agents d'une efficacité douteuse, dont il faut continuer l'usage fort longtemps et qui ne préservent nullement des rechutes du moment qu'on en suspend l'emploi.

Quant à la dilatation brusque, on peut quelquefois la faire en introduisant les doigts dans le rétrécissement et en les écartant. Lorsque ce procédé n'est pas praticable, on peut se servir d'une tenette, comme le fit Astley Cooper, ou bien des dilateurs spéciaux de Larrey, d'Hu-

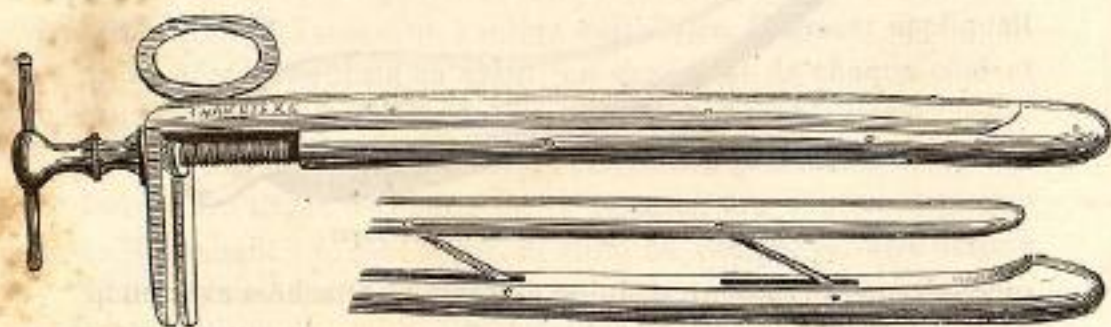


Fig. 346. — Dilatateur d'Huguier.

guier (fig. 346), de Demarquay, de Beylard (fig. 347), de Nélaton (fig. 348). Ce dernier a une forme courbe.

La dilatation brusque est un traitement dangereux qui expose à

la déchirure de l'intestin et à toutes les conséquences de cette déchirure.

On a pratiqué la cautérisation à l'aide de différents caustiques ; on a attribué quelques bons résultats à la cautérisation au nitrate d'argent. Elle peut, il est vrai, combattre avec avantage les fongo-

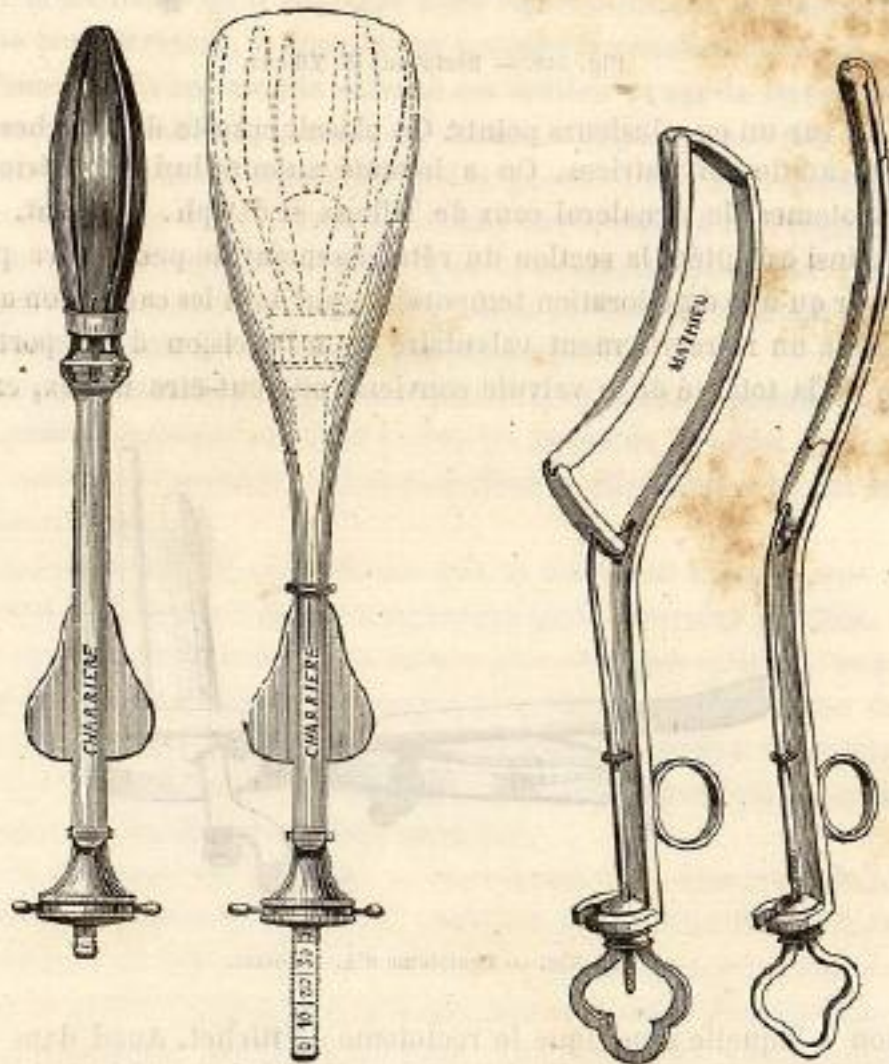


Fig. 347. — Dilatateur de Beylard.

Fig. 348. — Dilatateur de Nélaton.

sités qui existent quelquefois au niveau du rétrécissement, mais son efficacité ne me paraît pas devoir aller beaucoup au delà. L'électrolyse appliquée suivant un mode analogue à celui que je signalerai pour l'urètre paraît avoir quelques avantages.

La section du rétrécissement peut être faite de diverses façons ;

pendant longtemps, on s'est contenté de conduire sur le doigt un bistouri boutonné et chemisé jusque sur la coarctation et de la di-



Fig. 349. — Rectotome de Tillaux.

viser sur un ou plusieurs points. On plaçait ensuite des mèches ou des canules dilatatrices. On a inventé aujourd'hui une série de rectotomes. Je signalerai ceux de Tillaux et d'Alph. Amussat.

Ainsi exécutée, la section du rétrécissement ne peut guère procurer qu'une amélioration temporaire, sauf dans les cas où l'on a affaire à un rétrécissement valvulaire et où l'excision d'une portion ou de la totalité de la valvule conviendrait peut-être mieux, exci-

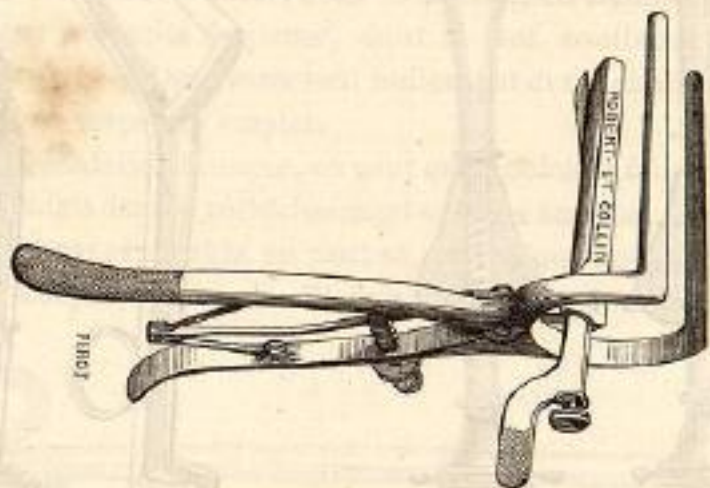


Fig. 350. — Rectotome d'A. Amussat.

sion à laquelle s'applique le rectotome de Richet. Aussi dans ces derniers temps, Verneuil et Panas ont-ils érigé en méthode la section du sphincter combinée avec celle du rétrécissement, c'est-à-dire la rectotomie.

Verneuil se sert de l'écraseur linéaire qu'il introduit par les trajets fistuleux existant en général chez les malades atteints de rétrécissement, et il divise ainsi le rétrécissement et les parties sous-jacentes, y compris le sphincter anal.

S'il ne trouve pas un trajet tout fait, il le crée avec une sonde cannelée, un trocart, introduits de dehors en dedans, et passe ainsi la chaîne de l'écraseur qu'il a soin de faire remonter au-dessus de la coarctation, de façon que cette dernière n'échappe pas à la section. Il incise les décollements sous-cutanés, s'il y en a, et les cautérise avec le fer rouge qu'il applique aussi légèrement sur la plaie produite par l'écraseur. Il appelle son procédé la *rectotomie linéaire*.

Panas fait la rectotomie externe en arrière et sur la ligne médiane, région où il n'y a point de vaisseaux importants. Voici comment il procède : il introduit l'index gauche jusqu'au rétrécissement, et sur ce doigt il conduit un bistouri boutonné avec lequel il divise les parties molles jusqu'à la coarctation. L'incision comprend le sphincter et la peau de l'anus et devient d'autant plus profonde qu'elle se rapproche des téguments.

On peut alors voir le rétrécissement et le sectionner, pendant que des aides l'abaissent en tirant en bas les lèvres de la plaie.

L'opération terminée, Panas maintient la dilatation avec des canules percées.

Le rectotomie est plus efficace que la dilatation lente et que la dilatation brusque et moins dangereuse que ce dernier procédé.

L'opération de Verneuil est un peu plus sûre que celle de Panas.

Dans les cas où le rétrécissement n'est attaqué par aucun des procédés que je viens de passer en revue, et s'oppose complètement à l'issue des matières fécales, on peut prolonger l'existence du malade en établissant un anus artificiel.

§ 7. **Polypes du rectum.** — Leur forme pédiculée rend ces tumeurs justiciables de nombreux procédés. On peut les attaquer par la ligature permanente, la cautérisation appliquée sur le pédicule, pour laquelle on peut se servir des pinces d'Alph. Amussat pour la cautérisation des hémorroïdes, par l'excision, l'écrasement linéaire et la ligature extemporanée.

Afin de faire apparaître le polype à l'extérieur, on donne un lavement au malade, et, en général, au moment où il achève de le rendre, la tumeur vient faire saillie à l'anus. On saisit alors le polype avec des pinces pour le maintenir au dehors.

Je reprocherai seulement à la ligature permanente de produire des douleurs de longue durée, et à l'excision d'exposer à l'hémor-

rhagie. Aussi a-t-on combiné la ligature et l'excision, et n'a-t-on souvent divisé le pédicule de la tumeur qu'après avoir placé une ligature au niveau du point d'implantation. H. Smith a conseillé, dans les cas de tumeur volumineuse, d'en étendre le pédicule dans un clamp à vis, de faire l'excision du polype et de n'enlever le clamp qu'après avoir fortement cautérisé le pédicule avec un fer rouge.

Si l'on ne pouvait amener la tumeur au dehors, on porterait dans l'intestin des ciseaux courbes pour l'exciser, ou mieux la chaîne d'un écraseur ou le fil de fer d'un serre-nœud pour broyer le pédicule. En somme le procédé d'élection est la ligature extemporanée ou l'écrasement linéaire.

§ 8. **Cancer du rectum.** — Je n'ai pas besoin de dire que la médecine opératoire n'offre de ressources que pour les cancers siégeant à la partie inférieure du rectum, c'est-à-dire au-dessous du péritoine dont la réflexion se fait à onze centimètres de l'anus environ ; dans ce point-là il ne tapisse que la partie antérieure de l'intestin.

Je n'insiste pas sur les moyens palliatifs, tels que la cautérisation, la dilatation, le broiement avec de grosses pinces pratiqué par Amussat, l'arrachement avec le doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet, moyen employé par Récamier et qui ne peut avoir d'utilité que contre des productions cancéreuses petites et superficielles, ni sur l'excision de végétations saillantes. Ce sont là des procédés sans importance.

Pour attaquer le cancer du rectum avec quelque chance de succès, on peut avoir recours à la ligature lente, à l'instrument tranchant, à l'écrasement linéaire, à la ligature extemporanée, à la galvano-caustie.

Ligature lente. — Voici le procédé de ligature lente employé par Récamier pour les cas où la tumeur fait le tour du rectum et où l'on peut en dépasser avec le doigt la limite supérieure. Le malade étant couché sur le dos et les jambes fléchies, on enfonce l'indicateur gauche dans le rectum et lorsqu'il est arrivé au-dessus de la tumeur, on fait passer derrière celle-ci une longue aiguille concave et creuse du côté de sa concavité dans laquelle est placé un ressort.

Un gorgere introduit dans le rectum reçoit la pointe de l'aiguille. Quand cette pointe a dépassé la tumeur, on fait glisser dans la con-

cavité de l'aiguille le ressort dont elle est munie et dont l'extrémité arrondie est percée d'un trou dans lequel on peut passer des ligatures. Cette extrémité va ressortir par l'anus, et on place dans son chas deux solides cordonnets de soie de couleur différente dont on maintient un des bouts à l'extérieur. On retire l'aiguille qui ramène avec elle le ressort, et l'on a ainsi au dehors les quatre chefs des deux cordonnets. On enfonce de nouveau l'aiguille à une certaine distance de son premier trajet, et on renouvelle la même manœuvre jusqu'à ce qu'on ait fait le tour de l'intestin, puis on noue l'un à l'autre les extrémités des fils adjacents qui ont été passés derrière le cancer. On a soin, je l'ai dit, de choisir ces cordonnets de couleur différente pour éviter toute confusion.

Ces deux cordonnets réunis forment une anse dont les extrémités sont engagées dans un serre-nœud, et la tumeur se trouve ainsi étranglée.

Cette opération est longue et difficile, et, en outre, la ligature laissée à demeure cause au malade de vives douleurs.

Extirpation avec l'instrument tranchant. — La position donnée à l'opéré n'est pas la même pour tous les chirurgiens.

Lisfranc le faisait coucher sur le côté, Denonvilliers le faisait mettre à quatre pattes. D'autres adoptent la position de la taille périnéale.

Lorsqu'une partie seulement du calibre de l'intestin est malade, l'ablation de la partie dégénérée peut être faite à l'aide de deux incisions convergeant du côté de la peau. Si la totalité de la circonférence du rectum est prise, il faut recourir à d'autres procédés ; je signalerai ceux de Lisfranc, de Velpeau et de Denonvilliers.

Lisfranc circonscrivait le rectum par deux incisions semi-lunaires faites sur la peau à trois centimètres de l'anus et arrivant jusqu'au tissu cellulaire ; avec le bistouri il disséquait l'intestin pendant qu'il l'attirait en bas avec l'index gauche introduit dans sa cavité.

Quand la lésion ne remontait pas trop haut et ne dépassait pas les tuniques intestinales, il renversait la portion malade à l'extérieur, la fendait et l'excisait avec des ciseaux courbes sur le plat.

Dans les cas où la lésion remontait plus haut et avait dépassé les tuniques intestinales, Lisfranc commençait encore par circoncrire

le rectum entre deux incisions semi-lunaires et par en disséquer la partie inférieure. Puis, arrivé à une certaine hauteur, il fendait la partie postérieure de l'intestin avec de forts ciseaux droits et dépassait les limites du cancer; il pouvait ainsi mettre à nu toute la partie malade et l'exciser. Une éponge imbibée d'eau froide appliquée de temps en temps sur les parties saignantes arrêtait l'hémorrhagie; au besoin on liait les artères à mesure, ou des aides appliquaient le doigt dessus.

La dissection de la partie antérieure du rectum est difficile chez l'homme, à cause des adhérences de l'intestin avec le bas-fond de la vessie et les vésicules séminales. Aussi, arrivé à ce temps de l'opération, le chirurgien doit-il mettre une sonde dans la vessie; chez la femme on introduit deux doigts dans le vagin.

Velpeau, dans les cas où le cancer ne remontait pas à plus de trois centimètres, commençait par le fendre en arrière, l'amenait à l'extérieur avec les doigts ou des érignes et passait de l'intestin vers la peau une série de fils placés au-dessus et en dehors de la lésion. Il détachait ensuite circulairement les parties malades, en s'arrêtant à une certaine distance des fils; puis, la tumeur enlevée, il n'avait qu'à serrer et à nouer ces derniers et fermait ainsi la perte de substance.

Si le cancer remontait plus haut, Velpeau commençait par disséquer l'intestin de bas en haut, passait les fils de haut en bas, et, l'excision du cancer terminée, les nouait comme ci-dessus.

Aux incisions semi-lunaires de Lisfranc, Denonvilliers en ajoutait une postérieure allant jusqu'au coccyx, et au besoin s'étendant sur le côté de cet os, incision postérieure qui donne une grande facilité pour la dissection. Lisfranc avait, du reste, une fois eu recours à cette incision.

Écrasement linéaire. — Chassaignac a appliqué l'écrasement linéaire à l'extirpation du rectum. Il passe d'abord la chaîne de l'écraseur dans le sens antéro-postérieur à l'aide d'un trocart courbe introduit à la partie postérieure de l'anus pour ressortir au-dessus des parties malades et traverser la partie antérieure de l'intestin vers la peau. Il place ainsi une chaîne d'écraseur avec laquelle il divise la production cancéreuse en deux moitiés latérales. Puis, au-dessus et en dehors de chacune de ces moitiés,

il passe transversalement un trocart courbe qui vient ressortir par l'orifice anal considérablement agrandi par la première section. Une anse de fil placée au-dessus du trocart sert à pédiculiser la tumeur; quelquefois, pour obtenir ce résultat, il faut passer un second trocart courbe dans le sens antéro-postérieur.

Lorsque le cancer remonte très-haut, le premier temps, c'est-à-dire, le passage du trocart dans le sens antéro-postérieur doit être un peu modifié. Il faut d'abord introduire le trocart en arrière et, lorsqu'il est arrivé au-dessus de l'altération, passer dans la canule une bougie fine qui sert à conduire un fil et à l'amener dans l'intestin; on en fait autant pour la partie antérieure, et, en nouant les deux fils l'un à l'autre, on a un lien qui sert à guider la chaîne de l'écraseur et à la porter au point voulu.

Dans le cas où le cancer n'occupe qu'une portion de l'intestin, il est facile d'enlever la portion malade en la circonscrivant avec une série de chaînes.

Ligature extemporanée. — Voici comment opère Maisonneuve dont le manuel opératoire est en grande partie calqué sur celui de Récamier: après avoir précisé les limites du cancer du côté de l'intestin et du côté de la peau, le chirurgien marque ces dernières à l'encre et avec un bistouri divise les téguments suivant ce tracé.

Puis, à l'aide de l'aiguille de Récamier enfoncée plusieurs fois au niveau de la division de la peau et conduite dans le rectum, il passe une série de fils dont un des chefs ressort par l'anus et l'autre au niveau de la division des téguments. Quand les fils ont été placés tout autour de la tumeur, on attache au chef rectal de chacun d'eux la portion moyenne d'une forte ficelle de chanvre de trente centimètres de long, et en tirant le fil par son chef cutané on amène à l'extérieur la portion moyenne de cette ficelle repliée en forme d'anse, tandis que ses deux extrémités ressortent par l'anus.

On coupe cette anse d'un coup de ciseaux, on noue deux à deux les extrémités rectales de chaque ficelle qui sont les plus rapprochées, et on a de la sorte circonscrit la tumeur par une série d'anses de ficelle, dont les chefs ressortent du côté de la peau. Les chefs de chaque anse ainsi formée sont engagés dans autant de constricteurs que l'on serre fortement, mais sans aller jusqu'à diviser les tissus. On met successivement en mouvement chacun de ces constrict-

teurs, et on sectionne les parties jusqu'à ce que la tumeur soit détachée.

Je n'ai pas besoin de dire que l'incontinence des gaz et même celle des matières fécales suivent fréquemment cette opération, au moins momentanément.

ARTICLE IV

FOIE.

§ 1. **Abcès du foie.** — L'ouverture des abcès du foie nécessite des précautions spéciales; bien qu'en général lorsqu'on en vient à cette opération, il existe des adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine hépatique, il est bon, pour plus de sûreté, d'employer les moyens propres à faire naître ces adhérences au cas où elles n'existeraient pas.

On doit aussi, avant d'aller plus loin, vérifier le diagnostic en faisant dans la tumeur une ponction capillaire.

Cela fait, on peut employer un des trois procédés employés en pareille circonstance et qui sont ceux de Graves, de Bégin, de Récamier.

Graves divisait avec le bistouri toutes les couches qui forment la paroi abdominale, et s'arrêtait à trois ou quatre millimètres de la collection purulente; il remplissait la plaie de charpie. Le pus se faisait ensuite jour spontanément sous l'influence du moindre effort.

Bégin sectionnait successivement avec le bistouri tous les tissus jusqu'au péritoine. Arrivé sur cette membrane, il la soulevait avec des pinces, y pratiquait une ouverture en dédolant et la divisait sur une sonde cannelée introduite par cette ouverture. La plaie était pansée à plat, et au bout de trois jours pendant lesquels les adhérences avaient eu le temps de se développer, le chirurgien plongeait le bistouri dans l'abcès.

Pour déterminer des adhérences, Récamier employait la cautérisation. Il se servait de potasse caustique qu'il plaçait au centre de la tumeur, en quantité suffisante pour obtenir une eschare ayant environ trois centimètres carrés de surface. Tous les deux jours, il faisait une nouvelle application de potasse, jusqu'à ce que l'action

du caustique s'étant fait sentir jusque sur le péritoine ait déterminé la mortification et la chute d'une partie de la membrane du kyste. Récamier avait soin de maintenir autant que possible la cavité de l'abcès pleine d'un liquide émollient ou un peu excitant.

Le procédé de Récamier est certainement celui qui offre le plus de garanties. On peut, au lieu de potasse, employer d'abord la pâte de Vienne et puis la pâte de Canquoin qui n'attaque pas la peau recouverte de son épiderme. Une fois les adhérences produites, on peut attaquer le kyste avec un trocart, sans attendre qu'il se mortifie sous l'influence des caustiques. L'ouverture faite, il est bon de la maintenir à l'aide d'une mèche, d'un drain, d'une sonde de gomme, pour qu'elle ne se referme pas trop tôt, et d'y pousser des injections d'eau tiède alcoolisée, iodée, phéniquée, etc.

Dieulafoy s'est servi de l'aspirateur pour vider les abcès du foie.

§ 2. **Kystes hydatiques.** — On peut ouvrir les kystes du foie en suivant les mêmes procédés que pour l'ouverture des abcès de cet organe.

Boinet a eu recours à la ponction suivie d'une injection iodée, avec la précaution de maintenir le trocart en place pendant un laps de temps suffisant pour la formation des adhérences.

La ponction simple avec un petit trocart, répétée plusieurs fois, a été préconisée par Murchison et par Jobert qui laissait la canule à demeure pendant vingt-quatre heures. Dans ces derniers temps, Dieulafoy a publié un certain nombre de faits de guérisons de kystes du foie obtenues à l'aide de ponctions répétées faites avec son appareil armé d'abord de l'aiguille n° 1, puis des aiguilles n° 2 et n° 3; au besoin il laisse à demeure un petit trocart qui lui sert à faire des lavages et des injections.

Mais en somme, le procédé qui me paraît offrir le plus de chances de succès est celui de Récamier, qu'on peut modifier comme je l'ai indiqué ci-dessus. C'est celui qu'adopte le professeur Richet, qui fait au kyste une large ouverture afin d'ouvrir une issue facile aux grosses poches hydatiques.

Voici comment procède ce chirurgien: après avoir vérifié le diagnostic à l'aide d'une ponction capillaire, il applique de la pâte de Vienne au niveau de la tumeur sur une surface assez étendue, puis il attaque avec la pâte de Canquoin la paroi abdominale couche

par couche jusqu'au péritoine. Arrivé là, il fait une nouvelle ponction avec un petit trocart, afin de reconnaître l'épaisseur des parties à traverser et le degré de solidité des adhérences. Puis, il enfonce au centre de l'eschare un trocart de la grosseur du pouce, vide le kyste à moitié et laisse la canule à demeure jusqu'au lendemain ou au surlendemain; à ce moment, il la remplace par une canule souple en gomme élastique du volume du trocart. Au besoin, si les grosses poches hydatiques ne sortent pas facilement, il dilate l'ouverture avec de l'éponge préparée et passe une canule encore plus grosse. Il injecte dans le kyste des liquides astringents.

Le lavage du kyste avec des liquides stimulants est en effet une précaution dont on ne doit pas se dispenser.

CHAPITRE XI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DANS LES DEUX SEXES.

ARTICLE I

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME.

§ 1. **Testicule et ses enveloppes.** — Appendu au cordon spermatique qui est constitué par le canal déférent, les artères spermatique, funiculaire et déférentielle, les veines spermatiques, quelques vaisseaux lymphatiques et quelques nerfs, unis par du tissu cellulaire, le testicule est enveloppé par une série de tuniques qui sont, en procédant des parties superficielles vers les parties profondes, le scrotum, le dartos, le crémaster, la tunique fibreuse commune, la tunique vaginale et enfin la tunique albuginée qui fait partie intégrante du testicule.

HYDROCÈLE OU HYDROPIE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — Avant d'opérer une hydrocèle, le chirurgien doit s'enquérir, à l'aide de la palpation et de l'examen à la lumière transmise, du lieu précis occupé par le testicule.

La ponction de la tumeur avec un trocart ou une lancette et l'évacuation du liquide ne constituent qu'un moyen palliatif. Le procédé employé par Scoutetten et qui consista à faire traverser l'épanchement par un courant électrique à l'aide de deux fines aiguilles enfoncées dans la cavité vaginale et en rapport avec les deux pôles d'une pile, est un moyen assez compliqué et peu efficace.

Comme moyens plus actifs, je signalerai l'incision, la cautérisation, les tentes de charpie, les canules laissées à demeure, le séton, le drainage, les ponctions répétées, la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant, la ponction suivie de la cautérisa-