

antérieure et supérieure (RICHTER). Un sac herniaire rempli de liquide ascitique a été aussi assez souvent choisi avec avantage pour la ponction. Citons encore, à titre de curiosité, la tentative qui a été faite d'établir une fistule vésico-péritonéale destinée à assurer au liquide un écoulement continu : chez une femme affectée d'ascite, un trocart fut introduit par l'urètre dans la vessie, et à travers les parois de cette dernière, jusque dans la cavité péritonéale (BUCHANAM). Mieux vaudrait utiliser, à l'occasion, un prolapsus du vagin pour y pratiquer une ponction évacuatrice.

Il importe avant tout que le point où l'on veut pratiquer la ponction soit nettement fluctuant. La ligne blanche au-dessous de l'ombilic est l'endroit le plus favorable pour cette opération, à condition qu'elle ne soit pas le siège d'une hernie. L'ombilic s'y prête moins bien parce que la saillie qu'il présente alors peut contenir une anse intestinale, et l'on connaît plusieurs cas où l'intestin a été blessé par le trocart dans cette région. Lorsque l'absence de hernie ayant été constatée, on voudra pratiquer la ponction au niveau de l'ombilic, on n'aura garde, en tout cas, de se servir d'une lancette (DUPUYTREN) ; en effet, la plaie produite par cet instrument ne se ferme pas aussi facilement que la piqûre d'un trocart, et, par conséquent, il s'y produit plus volontiers une hernie de l'épiploon, accident qui a été déjà assez souvent observé ; enfin la plaie due à un coup de lancette laisse pénétrer avec plus de facilité qu'une simple piqûre, des agents de putréfaction. Si l'on craint de ponctionner au niveau de la ligne blanche, on choisira pour cette opération le milieu de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Habituellement, pour la ponction, le malade est placé dans la position demi-assise, qui lui permet de respirer plus aisément que la position horizontale. Elle offre seulement l'inconvénient que, surtout chez les personnes anémiques, la décompression de la cavité abdominale entraîne facilement une anémie du cerveau. Dans ces cas, il est bon d'opérer le malade dans le décubitus horizontal, ou du moins de lui faire prendre cette position dès qu'une partie du liquide s'est écoulée.

Avant l'opération la surface de l'abdomen est désinfectée par les moyens bien connus. Le trocart doit être, immédiatement avant son emploi, plongé dans l'eau bouillante, puis dans une solution phéniquée à 30/0. Le manche de l'instrument est placé dans la paume de la main, tandis que l'index s'appuie contre la canule à une distance de la pointe qui varie suivant la profondeur à laquelle on veut pénétrer ; cette profondeur qui est de 3 à 5 centimètres, est en raison directe de l'épaisseur des parois abdominales. Il faut enfoncer le trocart rapidement, avec énergie, et en lui imprimant un léger mouvement de rotation. Puis le stylet est immédiatement retiré, et au bout libre de la canule est adapté un tube de caoutchouc long de 1 à 1 1/2 m. qui fait arriver le liquide

dans un vase placé sur le plancher. Le plus souvent le liquide sort alors en jet, puis il s'écoule peu à peu plus lentement à mesure que la pression diminue. Il est bon, au début, de ne pas laisser le liquide s'écouler trop rapidement, car, sans cette précaution, la décompression produite dans le ventre détermine une réplétion rapide des vaisseaux de l'abdomen et une anémie relative du cerveau pouvant aller jusqu'à la syncope. On a même vu dans quelques rares cas la mort survenir dans ces conditions (RICHTER). Le danger de la syncope cesse, du reste, dès que la pression est devenue assez faible pour que le liquide ne s'écoule plus en jet. On peut alors activer l'écoulement au moyen d'une serviette appliquée sur le ventre et dont on attire les deux bouts en arrière, ou mieux à l'aide des mains comprimant largement les parois abdominales. Du reste on ne devra pas pousser jusqu'à l'exagération l'emploi de ces moyens, car on ne peut, quoi qu'on fasse, donner issue à la dernière portion du liquide. Quelquefois il s'en écoule encore par la piqûre pendant les premières vingt-quatre heures qui suivent la ponction.

Assez souvent l'écoulement du liquide s'arrête tout à coup, soit qu'une portion d'intestin ou d'épiploon soit venue s'appliquer contre l'orifice interne de la canule, soit que celle-ci ait été obstruée par un flocon de fibrine. On imprime alors avec précaution à l'instrument un mouvement de rotation, ou bien on le pousse dans une autre direction ; lorsque ce moyen ne donne pas le résultat désiré, on introduit le stylet moussé par l'orifice de la canule jusque dans la cavité abdominale et l'on éloigne ainsi l'obstacle. Si le liquide est très riche en fibrine, on sera le plus souvent obligé d'interrompre l'opération. En pareil cas on se servira dans une séance ultérieure d'un trocart de plus gros calibre.

Dans quelques rares cas on a vu de petits fragments d'épiploon faire hernie à travers l'orifice de la ponction. On ne devra les refouler dans la cavité abdominale que dans les cas où la hernie s'est produite aussitôt après que la canule a été retirée, sinon on court le risque de provoquer une péritonite mortelle.

Il est très rare d'observer une hémorragie mortelle par la canule du trocart ou par l'orifice de la ponction. Quelquefois cet accident paraît avoir été la conséquence d'une rupture de vaisseaux du péritoine anormalement dilatés par suite de la décompression. Dans d'autres cas c'est l'épigastrique ou quelque branche anormale de cette artère qui a été blessée, ou bien le sang provient d'une artère de l'épiploon piquée par le trocart. Il est clair qu'en présence d'un pareil accident, heureusement très rare comme nous l'avons dit, le chirurgien se trouve dans un grand embarras, et qu'il ne peut intervenir que par des moyens généraux, tels que la compression du ventre par des tours de bande, l'application d'une vessie de glace, etc. Ce n'est que dans le cas où l'on aurait la certitude d'avoir blessé l'épigastrique que l'on serait autorisé à pratiquer la ligature de ce vaisseau dans la continuité, à moins que l'on ne préfère

essayer la ligature percutanée pratiquée au-dessus et au-dessous de la plaie de la ponction à l'aide d'une aiguille recourbée munie d'un fil de catgut.

Du reste, actuellement, on ne laisserait jamais le malade succomber à l'hémorragie sans avoir pratiqué une incision des parois abdominales avec les précautions antiseptiques, dans un but d'hémostase. Comme la plaie de la ponction, source de l'hémorragie, sert de guide pour l'incision, on réussira sans doute assez souvent à trouver le vaisseau et à le lier¹.

L'injection iodée dans la cavité péritonéale, proposée et assez souvent mise en pratique, surtout en France, ne peut naturellement donner de bons résultats que dans l'hydropisie idiopathique du péritoine. LE-RICHE, dans ces conditions, a injecté en une fois 32 grammes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure de potassium en solution dans 350 grammes d'eau, et il prétend avoir obtenu ainsi la guérison de son malade; ORÉ, BOINET, etc. ont également employé cette méthode avec succès. Les symptômes observés à la suite des injections iodées offrent généralement un haut degré d'intensité, et dans un certain nombre de cas la mort même en a été la conséquence.

Pour les cas incurables nous n'avons pas d'autre ressource que les ponctions répétées qui, d'ailleurs, sont sans danger. Parfois on est obligé d'y revenir très souvent, et chez certains malades la ponction a dû être pratiquée jusqu'à 100 fois ou même davantage (S. B. SCHMIDT, art. *Paracentèse* dans GUNTHER.)

§ 35. — L'accumulation de gaz dans la cavité abdominale peut également fournir l'indication d'une ponction, bien que plus rarement que l'ascite. La **tympanite péritonéale** s'observe à la suite d'une perforation de l'intestin, ainsi que dans la péritonite putride qui succède à l'ouverture d'un abcès du poumon dans la cavité abdominale, après adhérence de la plèvre pulmonaire avec le diaphragme. Ces données étiologiques nous montrent déjà combien sont faibles les chances de succès d'une opération. D'autre part, le diagnostic n'est pas absolument sûr. Pour distinguer la tympanite péritonéale de l'accumulation de gaz

1. L'artère épigastrique née de la terminaison de l'iliaque externe, se porte en dedans, puis en haut et en dedans vers le muscle droit de l'abdomen; elle s'avance d'abord sur la face postérieure de ce muscle, pénètre bientôt dans son épaisseur, et monte alors verticalement dans la région ombilicale où elle se termine. Dans son trajet ascendant elle se trouve à peu près à un travers de doigt en dedans du milieu de l'arcade crurale. Pour découvrir l'artère on fait à un travers de doigt au-dessus de l'arcade et parallèlement à celle-ci, une incision de la peau longue de 5 centim. dont la partie moyenne soit située à un travers de doigt en dedans du milieu de l'arcade crurale. On divise l'aponévrose du grand oblique, puis on pénètre avec la sonde cannelée entre deux faisceaux des muscles petit oblique et transverse réunis, au-dessus du cordon que l'on refoule en bas. Enfin on déchire le fascia transversalis entre deux pinces (FARABEUF). (Note du traducteur.)

dans l'intestin (tympanite intestinale), on admet que dans le premier cas la dilatation de l'abdomen est beaucoup plus régulière et que la matité du foie fait défaut. Mais ce dernier signe manque lorsque le foie est soudé à la paroi abdominale, et, d'un autre côté, le colon fortement dilaté peut s'insinuer entre le foie et la paroi costale. Toutefois, dans la péritonite par perforation, le diagnostic ne présente pas de difficulté. L'opération est pratiquée avec un fin trocart au niveau de la partie la plus proéminente de l'abdomen (SCHUH). Elle ne peut avoir d'inconvénient sérieux, mais, d'autre part, elle n'a qu'un effet palliatif. Dans deux cas la ponction aurait sauvé la vie au malade, mais les observations qui s'y rapportent sont tout à fait obscures (ZEIS.)

En présence de cas aussi désespérés on doit se demander si à l'avenir on ne serait pas autorisé à pratiquer immédiatement une incision de la paroi abdominale, et même deux incisions à une certaine distance l'une de l'autre, suivies de l'irrigation de la cavité du péritoine avec des liquides désinfectants. On pourrait même, dans quelques cas, lorsqu'on est appelé aussitôt après la perforation, d'un ulcère de l'estomac par exemple, tenter d'aller à la recherche du point perforé, d'exciser l'ulcération et de réunir ensuite la plaie de la paroi stomacale.

Dans les cas de forte tension des gaz contenus dans l'intestin au-dessus d'un point rétréci de ce dernier, on a déjà tenté il y a très longtemps de diminuer par la ponction les symptômes graves qui se produisent dans ces conditions, et MOTHE avait même décrit une méthode opératoire. Si l'on a soin d'employer dans ce but un fin trocart ou un appareil d'aspiration, le danger de la pénétration de gaz ou de matières fécales dans la cavité péritonéale n'est pas aussi grand qu'on l'admettait autrefois. Jusqu'ici ces ponctions n'ont eu tout au plus qu'une action palliative dans la plupart des cas. MOTHE conseille de ponctionner le colon sur une ligne allant de la dernière côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. Nous reviendrons encore une fois sur cette opération à propos de l'iléus et de la herniotomie.

III. TUMEURS DE L'ABDOMEN

§ 36. — Pour le but que nous poursuivons, il convient de décrire d'abord rapidement les tumeurs des parois et de la cavité abdominales qui intéressent le chirurgien en ce sens qu'elles peuvent devenir l'objet d'une intervention opératoire, et de terminer cette étude par des remarques sur le diagnostic différentiel de ces néoplasmes.