

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 côlon 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 côlon 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.