

ARTICLE II

PLAIES DE L'ABDOMEN

I. — Plaies pénétrantes sans sortie des viscères.

Les plaies pénétrantes sont assez souvent compliquées de blessure de l'intestin ou d'un viscère abdominal; mais ce serait une erreur de croire que cette complication est constante. Les observations nombreuses de plaies pénétrantes non suivies d'accidents graves ne laissent pas de doute à cet égard; et les expériences faites par plusieurs observateurs, en particulier par Henko, expériences qui ont été faites sur le cadavre humain, ont montré que l'intestin peut échapper à toute blessure. Les expériences ont été faites avec une épée triangulaire de 16 millimètres de large, il y eut 95 expériences qui se résument ainsi :

Expériences.	Intestin non blessé.
De l'hypocondre à l'épigastre.....	20 9 fois.
Des lombes à l'épigastre.....	30 6 —
Des lombes à l'ombilic.....	30 4 —
D'un hypocondre à l'autre.....	5 1 —
De la région iliaque à la partie moyenne du ventre.....	10 0 —

Ainsi sur ces 95 expériences, 20 fois l'intestin n'avait pas été blessé et sur les 75 fois où il avait été blessé, il avait présenté 23 fois une seule plaie; 32 fois deux plaies; 16 fois trois plaies; 3 fois quatre plaies; 1 fois cinq plaies.

Trélat a soutenu que toute plaie du petit intestin est mortelle; c'est une erreur manifeste, les observations de guérison, sans être fréquentes, ne sont pas absolument rares, et moi-même j'ai vu guérir deux malades dont l'intestin avait été blessé l'un par une balle, l'autre par un coup de couteau.

La conduite du chirurgien variera suivant les circonstances qui ont accompagné ou suivi la blessure. Si la sortie de matières intestinales par la plaie ne laisse pas de doute sur la blessure de l'intestin, il n'y a aucune hésitation permise et la laparotomie s'impose.

S'il y a doute, il faut attendre l'apparition des symptômes ordinaires d'une péritonite au début : abaissement de la tempé-

rature, petitesse et fréquence du pouls, douleurs, ballonnement du ventre, avant de pratiquer l'ouverture de l'abdomen; mais il faut diminuer les mouvements de l'intestin et l'irritabilité des nerfs du grand sympathique, en donnant l'opium à haute dose et soumettre le blessé à une diète sévère, même à celle des boissons, jusqu'à ce que des adhérences solides donnent toute sécurité contre les épanchements à l'intérieur de l'abdomen.

Quand la plaie est compliquée de la présence probable ou certaine d'un corps étranger, comme une balle, il faut aussi attendre l'apparition d'accidents qui sont loin de se montrer toujours; mais, ici encore, en cas d'apparition d'accidents on n'hésitera pas à faire la laparotomie.

En résumé c'est à ce point de vue que la conduite du chirurgien, dans les plaies de l'abdomen, s'est modifiée dans ces quinze dernières années: dans tous les cas de doute, l'action par la laparotomie doit se substituer à l'abstention de toute opération.

II. — Plaies compliquées d'issue de l'épiploon.

Ces plaies offrent trois circonstances différentes :

Ou bien l'épiploon est sain et facilement réductible; ou bien il est étranglé, et ne peut être réduit sans débridement; ou bien enfin il est gangrené ou sur le point de l'être; il faut alors le laisser au dehors. Seulement, si la portion gangrenée est trop longue à se détacher, on l'excise avec le bistouri; et s'il en reste ensuite une portion vivante trop exubérante, on la détruit par les caustiques.

Les chirurgiens sont assez d'accord aujourd'hui sur la conduite à tenir dans le dernier cas; mais il y a dissentiment pour les deux autres. Malgaigne a fortement insisté sur l'indication de ne jamais réduire l'épiploon quand il a eu le contact de l'air. D'une manière générale cette indication doit être suivie; mais il faut tenir compte des circonstances. Si l'épiploon a été quelque temps au dehors, s'il a eu le contact des vêtements ou d'autres objets extérieurs, il faut réséquer la partie sortie. Il en est de même si la masse épiploïque est un peu volumineuse, les dangers d'inflammation sont alors plus grands; mais il faut avant de faire la résection déplisser l'épiploon et voir s'il ne renferme pas une anse intestinale, accident qui se produit assez souvent dans ces cas.

Deux conduites différentes se présentent au chirurgien : lier en masse l'épiploon, réséquer ce qui dépasse la ligature et tenir le

pédicule dans la plaie; ou bien, placer sur l'épiploon déplié un certain nombre de ligatures fines, fortement serrées, couper les fils au ras du nœud, l'épiploon aussi près du fil que le permet la prudence, et réduire le tout. Pour ma part c'est à cette dernière conduite que je donne la préférence. Contrairement à l'opinion de Malgaigne, s'il n'y a eu issue que d'une faible quantité d'épiploon, je le lave avec soin avec de l'eau alcoolisée camphrée et je le réduis.

III. — Plaies compliquées d'issue de l'intestin.

L'indication la plus pressante est de réduire l'intestin. S'il est déjà tuméfié au point de ne pouvoir repasser par la plaie, il y a deux ressources : 1° diminuer le volume de l'anse intestinale herniée, et piquer l'intestin avec une aiguille tubulée pour en évacuer les gaz; 2° débrider la plaie elle-même. Ce débridement doit avoir le moins d'étendue possible, afin de diminuer le danger d'une hernie ventrale consécutive; il doit être, par la même raison, dirigé vers l'angle supérieur de la plaie, parce que les intestins pèsent plus sur la partie inférieure du ventre que sur la partie supérieure.

On peut débrider de dedans en dehors, en dirigeant sur la sonde cannelée un bistouri ordinaire; ou diviser les tissus de dehors en dedans avec le même instrument, les intestins protégés par le doigt; ou bien enfin recourir au ténotome mousse ou aux divers bistouris herniaires, qui débrident de dedans en dehors sans l'intermédiaire de la sonde cannelée.

Premier procédé. — Le blessé étant couché sur le dos, les cuisses fléchies, la tête et la poitrine élevées, le chirurgien abaisse avec la main gauche l'intestin hernié, tandis que de la main droite il porte par la partie supérieure jusque dans l'abdomen une sonde cannelée. Quand elle a pénétré assez profondément, il tire un peu à lui le paquet d'intestin, pour s'assurer qu'il n'y en a aucune portion de prise entre la sonde et le bord de la plaie; incline alors l'instrument de manière à rapprocher sa cannelure de la paroi péritonéale; et, le reprenant de la main gauche, fait glisser sur la cannelure l'extrémité du bistouri, le tranchant en haut. On débride ainsi aussi loin qu'il est nécessaire, et l'on retire les deux instruments ensemble, pour que la pointe de l'instrument ne risque pas de s'égarer.

Deuxième procédé. — Quand l'étranglement est trop considérable pour permettre l'introduction de la sonde, le chirurgien abaisse le paquet intestinal avec la main gauche, pour mettre à découvert l'angle supérieur de la plaie, sur lequel il appuie le doigt indicateur de la même main, l'ongle en dessus, de manière à protéger contre le bistouri la portion d'intestin la plus proche. On divise alors avec précaution, tout près de cet angle, la peau, les muscles et les aponévroses. Cela suffit, en général, pour obtenir la réduction, sinon le péritoine lui-même serait divisé à son tour sur une sonde cannelée.

Troisième procédé. — Le doigt indicateur gauche placé comme dans le procédé précédent, l'angle en dessus ou en dessous, on glisse à plat sur ce doigt la lame étroite d'un ténotome mousse ou d'un bistouri herniaire, que l'on engage entre les parties qui font hernie et l'angle supérieur de la plaie; puis on relève le tranchant vers cet angle, et on l'incise de dedans en dehors, en accompagnant toujours le dos de la lame du doigt qui a servi de conducteur.

Il est assez rare que l'intestin fasse hernie à travers une plaie extérieure sans être blessé lui-même, et alors trois cas peuvent se présenter: ou bien la plaie est très petite, et sa direction importe assez peu; ou bien elle est plus étendue, et les plaies en travers reçoivent encore le même traitement que les plaies en long, pourvu qu'elles n'aient pas coupé beaucoup plus des deux tiers de la circonférence du tube intestinal; ou bien enfin la section est complète ou à peu près, et a suscité des procédés spéciaux.

IV. — Petites perforations de l'intestin.

Je rangerai sous ce titre toutes les perforations ayant moins d'un centimètre d'étendue, qu'elles soient produites par un instrument vulnérant ou par toute autre cause, comme par le fait de l'étranglement dans une hernie. Peut-être convient-il de rappeler qu'il ne sera question ici que des perforations placées sous les yeux du chirurgien par l'issue de l'intestin au dehors; j'ai dit plus haut quelle était la conduite à tenir quand elle est restée cachée dans l'abdomen.

Quand donc l'intestin hernié présente une perforation fort étroite, Boyer conseille encore de réduire l'intestin sans toucher à la plaie, seulement avec la précaution de retenir l'anse blessée près de la plaie extérieure en passant à travers le mésentère un

fil dont les deux bouts sont ramenés au dehors. C'est un précepte à rayer de la chirurgie.

Dans un cas de perforation par gangrène dans une hernie étranglée, A. Cooper saisit avec des pinces le pourtour de la petite plaie et l'embrassa par une ligature; après quoi il réduisit l'intestin sans autre cérémonie, et réunit même la plaie des téguments avec cinq points de suture. Le malade guérit.

Qu'était devenue cependant la portion étranglée qui semblait avoir dû perdre toute vitalité? Malgaigne a fait à cet égard l'expérience suivante : il lia sur un chien la moitié environ du calibre de l'intestin grêle, en coupant les fils près du nœud, et il opéra la réduction. Le quatrième jour le chien était rétabli. Il la sacrifia au bout de deux mois. Il n'y avait pas trace de la ligature, qui était tombée à l'intérieur de l'intestin; la petite portion qui en avait été ainsi séparée s'y était réunie d'une manière intime par toutes ses tuniques, et adhérait à l'extérieur à une frange d'épiploon.

On pourrait donc imiter A. Cooper sans trop de crainte; cependant j'estime qu'on arriverait au même résultat avec moins de péril encore au moyen d'un point de suture *perdue*, c'est-à-dire en coupant le fil près du nœud.

V. — Plaies intestinales étendues.

Ces plaies sont longitudinales, obliques ou en travers. Les plaies longitudinales, à étendue égale, offrent moins d'écartement et se prêtent mieux à la réunion que les plaies transversales; mais elles ont également besoin de sutures.

Jusqu'au commencement de ce siècle, quelle que fût la suture employée, on prenait soin de retenir les fils à l'extérieur de l'abdomen; on en comptait des variétés assez nombreuses : *suture entrecoupée*, *suture à surjet*, *suture à anse*, *suture à points passés*, etc. La suture entrecoupée a seule survécu; elle a tous les avantages de la suture à surjet sans en avoir les inconvénients, et les autres ne sont plus en rapport avec ce que nous savons du mode de réunion des intestins.

Thomson (d'Édimbourg) a eu le premier l'idée de couper les deux fils de la suture près du nœud, et d'abandonner ainsi l'intestin dans le ventre; ce que l'on nomme *suture perdue*. On peut appliquer de cette manière la suture entrecoupée; mais Gély en a imaginé une nouvelle qui offre de véritables avantages, la *suture en piqué*.

Autrefois aussi on pratiquait la suture des intestins sans se soucier des parties qu'on affrontait; dans les sutures à *anse* et à *points passés*, on n'affrontait même que la muqueuse, absolument impropre à la réunion immédiate. Jobert a formulé le premier le précepte important d'adosser les surfaces séreuses. Moreau-Boutard avait imaginé d'exciser la muqueuse dans toute l'étendue de la plaie, afin d'affronter des surfaces saignantes : cela n'offre aucun avantage sur l'adossement des séreuses et expose au contraire au rétrécissement du calibre de l'intestin.

Nous n'avons donc à décrire ici que deux sutures, la suture entrecoupée, que l'on peut faire fixe ou perdue à volonté, et la suture en piqué, qui est essentiellement une suture perdue.

Dans tous les cas, on se sert d'aiguilles à coudre ordinaires et de fil de soie.

1^o Suture entrecoupée; procédé de Jobert. — Les bords de la plaie intestinale lavés avec de l'eau tiède, on les renverse en dedans avec l'aiguille, et l'on passe les fils transversalement d'un bord à l'autre, ayant soin qu'ils soient assez rapprochés pour que la muqueuse ne fasse pas hernie dans leurs intervalles, et que les séreuses seules soient en contact immédiat. On noue ensuite chaque fil à part, et l'on coupe les fils au ras des nœuds, ou bien on en ramène les extrémités au dehors.

Procédé de Lembert. — On enfonce l'aiguille à 9 ou 10 millimètres de la solution de continuité, en pénétrant jusqu'à la muqueuse; puis on la replonge de dedans en dehors de manière à ressortir à peu près à 2 millimètres du bord de la plaie. On la dirige de même sur l'autre bord, seulement en pénétrant cette fois à 2 millimètres de la plaie pour ressortir à 7 ou 8 millimètres plus loin. Après avoir ainsi préparé autant de points de suture qu'on le juge nécessaire, on n'a qu'à tirer sur les deux bouts de chaque fil pour rapprocher les bords de la plaie, que l'on force à se renverser en dedans pour mettre leurs séreuses en contact; et, après avoir serré les deux nœuds, on coupe les fils au ras, et on repousse l'intestin dans l'abdomen (fig. 578).

2^o Suture en piqué; procédé de Gély. — Un fil étant armé à chaque bout d'une aiguille ronde ordinaire, on enfonce l'une de ces aiguilles parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de l'un de ses angles, à une distance de 4 à 5 millimètres, pour la faire ressortir en traversant l'intestin de dedans en dehors, après un trajet de 4 à 5 millimètres. L'autre aiguille est ensuite employée

à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée. Les fils sont alors croisés; l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement. Chacune d'elles sert ensuite à faire un nouveau point entier.

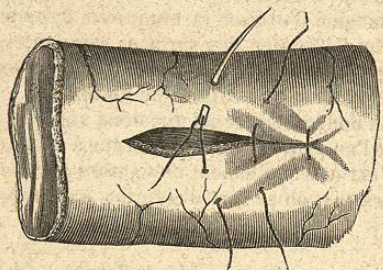


FIG. 578.

Procédé de Lembert.

rement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé; et cette manœuvre est répétée autant de fois qu'il est nécessaire pour garnir toute l'étendue de la plaie. Cela fait, il reste,

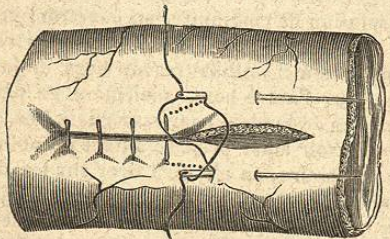


FIG. 579.

Procédé de Gély.

avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. On prend donc successivement chaque échelon transversal, et même chacun des deux fils qui le composent, avec une pince à disséquer, et l'on exerce dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles s'adossent ainsi par leurs faces

séreuses avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Quand l'adossement s'est fait dans toute l'étendue de la plaie, on noue ensemble les deux fils opposés, et l'on coupe les chefs au ras du nœud, qui, dans ce cas, est aussi bien caché que le reste du fil (fig. 579).

L'intestin doit être perforé au moins à 4 millimètres en dehors de la plaie de chaque côté; les lignes formées par les anses latérales sont ainsi écartées de 8 millimètres; le renversement des lèvres de la plaie ne peut être obtenu qu'à cette condition. Toutes les tuniques doivent être percées du même coup, d'abord de dehors en dedans, puis de dedans en dehors; pour éviter de cheminer obliquement dans leurs épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, on aplatit l'intestin en cet endroit en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer exactement l'aiguille par le trou de sortie du côté opposé; mais une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent exactement.

Il n'y a rien à dire contre ce procédé, lorsqu'on n'a besoin que d'un double point de suture; mais quand il en faut davantage, toute la plaie étant cousue avec le même fil, si l'un des points se relâche, il relâche en même temps tous les autres. Déjà Gély avait noté que, pour faciliter l'adossement des séreuses, il est bon de serrer dès qu'on a fait deux points, en les arrêtant même tout de suite par un petit nœud. Cela ne suffit pas; Malgaigne veut que l'on arrête tous les points par un double nœud, et que l'on recommence les points nouveaux avec un nouveau fil; ce qu'il appelait la *suture en piqué entrecoupée*.

Je ne décris ni le procédé de Bouisson, ni celui de Bérenger-Féraud, ni celui de Péan. Bouisson passe dans chaque lèvre de la plaie une épingle, et c'est sur les épingles que sont placées les ligatures. Bérenger-Féraud se sert d'épingles enfoncées dans des plaques de liège; Péan cherche avec un instrument spécial à placer des serres-fines dans l'intérieur de l'intestin. Tous ces procédés ont de nombreux inconvénients, sans aucun avantage; ils ne valent ni la suture de Gély, ni celle de Lembert, et ils me paraissent devoir être absolument rejetés.

La suture appliquée et l'intestin réduit, il se fait autour des

fil et de la plaie un épanchement de lymphes plastique qui enveloppe le tout dans une sorte de cal provisoire; et à mesure que le lymphes s'organise, elle réunit non seulement les deux portions adossées de la séreuse intestinale, mais l'intestin lui-même dans ce point avec le péritoine ambiant, soit des autres intestins, soit de l'épiploon, soit de la paroi abdominale. Les fils coupent peu à peu les parties qu'ils ont embrassées; ou plus exactement, les parties étroites se divisent lentement par un procédé encore peu étudié, et laissent le fil de la suture libre. Si l'on a coupé les fils près du nœud, ils sont entièrement enveloppés dans le cal provisoire, et, devenus libres, ils tombent inévitablement dans l'intestin; si on les a laissés pendre à l'extérieur, le cal provisoire est interrompu à l'endroit de leur passage; au lieu de tomber dans l'intestin, il faut qu'on les retire au dehors, et il y a là une ouverture de communication inévitable entre l'intestin et l'extérieur. Cette ouverture peut être fort petite et se fermer presque immédiatement; mais aussi elle peut être plus large et constituer une véritable fistule. C'est là surtout qu'est l'immense désavantage de la suture fixe sur la suture perdue.

Quelques mois après la guérison, les adhérences avec le péritoine ambiant tendent à disparaître, et l'intestin redevient libre dans l'abdomen. Mais, à l'intérieur, l'adossement des séreuses a pour effet de déterminer un bourrelet formé par les bords de la plaie retournés. Ce bourrelet a peu d'importance pour les plaies peu étendues ou longitudinales; mais pour les larges plaies entravers, il tend à rétrécir l'intestin; et peut-être la suture en piqué aurait, à ce point de vue, un peu plus d'inconvénient que la suture entrecoupée.

VI. — Section complète de l'intestin.

Les intestins peuvent être complètement ou presque complètement divisés, soit obliquement, soit en travers, par une blessure directe; mais c'est surtout à la suite des hernies étranglées que la gangrène réelle ou apparente de l'intestin a engagé les chirurgiens à en réséquer une anse tout entière, ce qui le met dans la condition d'une section transversale complète.

Jusque vers la fin du XVII^e siècle, ces lésions étaient regardées comme incurables et abandonnées le plus souvent à la nature. Verduc enseigna à les transformer en anus artificiel, en cousant les bouts de l'intestin aux lèvres de la plaie des téguments.

Scarpa, dans le cas de hernie seulement, veut qu'on laisse agir la nature, et que l'on se fie aux adhérences qu'elle a déjà procurées.

Mais la réunion de l'intestin, tentée pour la première fois par Ramdohr, a réuni plus de suffrages. Elle peut se pratiquer selon deux méthodes principales, l'*invagination* et la *réunion directe*.

Première méthode. Invagination. — Ramdohr introduisit le bout supérieur dans l'inférieur, et les maintint par un point de suture médiocrement serré, en fixant d'ailleurs les deux bouts du

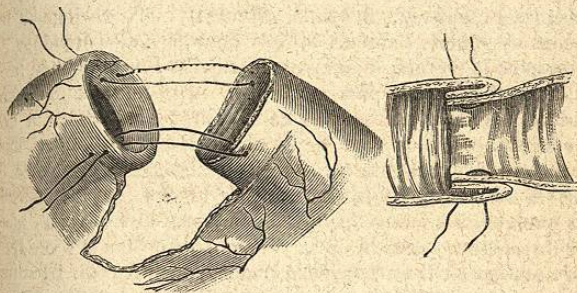


FIG. 580.

Procédé de Jobert.

fil hors de la plaie abdominale. Sur 4 applications connues de ce procédé, il y a eu 2 succès et 2 morts.

Évidemment, ces succès attestent plutôt un effort suprême de la nature que l'efficacité du procédé; et c'est à peine si l'on comprend qu'un unique point de suture ait suffi à prévenir tout épanchement. On a donc multiplié les points de suture; puis, pour mieux assurer le contact, on a établi à demeure dans l'intestin, vis-à-vis la suture, un cylindre de carte vernissée, ou d'autres tubes analogues. Enfin, Jobert a combiné l'invagination avec l'adossement des séreuses, en renversant d'abord le bout inférieur en lui-même, avant d'y engager le bout supérieur (fig. 580).

Toutes ces modifications n'en laissent pas moins la méthode pleine de périls. Je ne parle pas de la difficulté de reconnaître le bout supérieur; je suppose l'opération pratiquée suivant toutes les règles, la suture fixe remplacée par la suture perdue, et enfin la réunion heureusement obtenue. Il reste dans le bout inférieur une valvule formée par le bout supérieur invaginé, qui rétrécit

nécessairement l'intestin en ce point; et le rétrécissement est bien plus considérable encore si la valvule est formée des deux bouts de l'intestin à la fois, comme dans le procédé de Jobert. Sur 15 chiens ainsi opérés par Reybart, 8 arrivèrent à une guérison apparente, mais 3 succombèrent avant un mois écoulé; les 5 autres restèrent sujets à des vomissements plus ou moins fréquents, et l'autopsie fit voir le bout supérieur considérablement dilaté au-dessus de la valvule, avec le bout inférieur considérablement rétréci au-dessous.

Deuxième méthode. Réunion directe. — Ici reviennent les procédés de Jobert, Lembert et Gély pour les plaies étendues.

C'est avec la suture à surjet que Reybard a obtenu le beau résultat dont j'ai parlé plus haut, et la suture entrecoupée arriverait au même but avec plus de sécurité; Dieffenbach a employé avec succès le procédé de Lembert. Il faut s'attendre, dans tous les cas, à un certain degré de rétrécissement circulaire de l'intestin au niveau de la suture. Chez l'opéré de Dieffenbach, mort quelques semaines après sa guérison, on trouva un bourrelet intérieur à l'endroit de la réunion. Peut-être le procédé de Jobert produirait-il un bourrelet moins considérable. La suture en piqué, au contraire, risque de laisser une valvule plus saillante, et offrirait dès lors une véritable infériorité.

Je ne dis rien du procédé de Denans, qui opère la réunion directe en rapprochant les deux bouts à l'aide de trois viroles d'argent ou d'étain. Outre cette complication on a craint à bon droit la présence de ces corps étrangers au niveau de la suture, et ce procédé n'a pas été appliqué jusqu'à présent.

Peut-être faut-il faire une réserve plus favorable en faveur de la *ligature circulaire*, proposée par Béclard d'abord, ensuite par Amussat et plus récemment par Duplay. Les deux bouts du tube intestinal étant invaginés l'un dans l'autre, on les étirent en ce point avec un lien fort et serré, et l'on retranche avec des ciseaux toute la portion du bout intestinal qui dépasse en dehors cette ligature. Voici ce qui arrive: les séreuses des deux bouts se mettent en contact par-dessus le lien, et adhèrent par suite de l'inflammation que détermine la ligature; celle-ci, au bout d'un certain temps, coupe les parties qu'elle embrasse, tombe dans l'intestin, et est rendue par les selles; enfin, dans les expériences sur les animaux vivants, on n'a pas observé de rétrécissement dans le point lié.

Il y a ici cet avantage, que l'on n'a pas besoin de reconnaître

quel est le bout supérieur pour tenter l'invagination; toutefois ce procédé a quelque chose qui étonne, et, avant de l'essayer sur l'homme, il a besoin peut-être d'être plus amplement étudié.

ARTICLE III

I. — PONCTION DE L'ABDOMEN

On ponctionne l'abdomen dans les cas d'ascite, de kystes hydatiques, d'abcès, de kystes de l'ovaire. Je ne m'occupe ici, d'une manière générale, que de la ponction dans les cas d'ascite.

On évacue le liquide de l'ascite par la paracentèse, et quelques-uns ont ensuite poussé diverses injections par la canule du trocart, en vue d'obtenir la cure radicale.

La ponction pourrait, à la rigueur, se faire par le rectum ou par le vagin chez la femme, ou encore chez l'homme par le scrotum, dans les cas d'hydrocèle congénital; mais la paroi antérieure offre plus d'avantages avec plus de commodité. Tous les points ne s'y prêtent pas cependant; la zone épigastrique est occupée à droite par le foie, à gauche par la rate, au centre par l'estomac; la zone hypogastrique par la vessie au centre, sur les côtés par le gros intestin, plus ou moins adhérent aux fosses iliaques; la zone ombilicale, au contraire, est libre dans presque toute son étendue.

Les chirurgiens anglais préfèrent la ligne blanche; en France, on adopte généralement le milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure gauche à l'ombilic. Le malade peut ainsi demeurer couché sur le dos, et le liquide est aisément dirigé par la canule.

Le développement de la matrice par la grossesse ou par toute autre cause, la présence de tumeurs anormales peuvent rendre ce lieu d'élection périlleux ou même impraticable. Scarpa conseille, durant la grossesse, de faire la ponction dans l'hypochondre gauche, un peu au-dessous de la troisième côte; Ollivier propose l'ombilic; Velpeau affirme qu'on peut la faire dans toute l'étendue du flanc gauche. Règle générale, il faut choisir alors le point où le liquide bombe le plus et où la fluctuation se sent le mieux, et, dans les cas douteux, inciser la paroi abdominale avec un bistouri couche par couche, jusqu'au péritoine.

1° Ponction simple. — Le malade est couché sur le dos mais un peu incliné sur le côté où doit se faire la ponction, les