

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 étroit 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

jambes étendues, le côté gauche rapproché du bord du lit autant que possible; une serviette doit être passée à l'avance sous les lombes, et un aide placé du côté droit comprime modérément, de ses deux mains largement étalées, les parois du ventre. Le chirurgien, placé à gauche, reconnaît le lieu d'élection et y plonge le trocart par un coup sec et rapide, marquant avec le doigt sur la canule le point où la pénétration de l'instrument doit s'arrêter. Il retire à l'instant la tige, maintenant avec la main droite la canule en place, et dirigeant le liquide dans un vase qu'un aide tient préparé. Tandis que le liquide s'écoule, le premier aide continue la pression sur le ventre; le chirurgien dirige la canule en lui faisant suivre le retrait des parois abdominales; si quelque obstacle, tel qu'un flocon albumineux, ou peut-être la présence de l'épiploon, interrompt le flot du liquide, on l'écarte à l'aide d'un stylet passé dans la canule.

Lorsqu'on a tiré la quantité de liquide jugée convenable, on retire la canule, sans lui imprimer aucun mouvement de rotation, tandis qu'avec les doigts indicateur et médium de la main gauche on retient la peau qui suivrait l'instrument. La plaie n'a pas besoin d'être pansée; mais il faut appliquer une serviette ou un bandage de corps assez serré, afin de continuer la pression exercée auparavant sur les viscères de l'abdomen par le liquide et par les mains de l'aide, et de prévenir la syncope qui pourrait résulter du relâchement subit de cette compression.

On a proposé de ne pas tout faire évacuer en une fois, et de répéter la ponction à plus courts intervalles. Fleury (du Val-de-Grâce) avait même imaginé, pour rendre l'évacuation plus lente, d'introduire dans le ventre une sonde de gomme élastique à travers la canule, et de retirer celle-ci. L'écoulement, livré à lui-même, se faisait lentement, laissant les parois abdominales opérer leur retrait sans aucune pression. La sonde est un corps étranger dont le contact prolongé avec le péritoine pourrait n'être pas toujours innocent; le procédé de Fleury a donc, avec raison, été abandonné.

Rarement la paracentèse est suivie d'hémorrhagie; si ce cas arrivait, le mieux serait d'établir une compression sur le trajet de la plaie à l'aide d'une grosse serre-fine ou d'un point de suture entortillée. Si une portion d'épiploon sortait au dehors lorsqu'on retire la canule, il faut essayer de le réduire; mais si on ne pouvait facilement y arriver, il faut attendre au lendemain qu'il ait contracté des adhérences, et alors l'exciser à fleur de peau.

2^o *Injections.* — On a essayé pour la cure radicale de l'ascite des injections avec le vin, l'eau de goudron, la vapeur de vin, le gaz oxydulé d'azote, et enfin la teinture d'iode. Les injections iodées comptent un assez bon nombre de guérisons; il faut confesser toutefois qu'on ne peut guère en espérer de succès que dans l'ascite idiopathique ou sans complication viscérale; et outre que ces cas sont rares, le diagnostic n'en est pas facile à établir.

ARTICLE IV

DES KYSTES HYDATIQUES DE L'ABDOMEN

Les hydatides se présentent généralement sous la forme d'une vésicule sphérique ou ovoïde, d'un volume qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une tête de fœtus à terme, renfermant un liquide limpide, salé, qui ne se coagule ni par la chaleur ni par les acides. Elles sont toujours renfermées dans un kyste auquel elles n'adhèrent pas. Ce kyste, d'abord très mince, acquiert à la longue une grande épaisseur, jusqu'à offrir la consistance d'une membrane fibreuse ou d'un fibro-cartilage; on en a même vu partiellement ou totalement ossifiés. Tantôt il ne contient qu'une seule hydatide, qui alors le remplit ordinairement en entier; tantôt il y en a un plus grand nombre, et quelquefois, on les a comptées par centaines et par milliers.

Les kystes hydatiques se présentent en plus grand nombre dans l'abdomen que dans tout le reste de l'économie; on en trouve dans la rate, dans le mésentère, dans tous les points du péritoine, toujours cependant recouverts par cette membrane, notamment dans le petit bassin. Mais c'est dans le foie qu'est leur siège de prédilection; d'après les recherches de Davaine, les kystes du foie fourniraient plus des cinq sixièmes des kystes de l'abdomen revêtus par le péritoine. Ils y sont souvent multiples; sur 38 cas, Barrier n'en a compté que 21 où le kyste fût solitaire; et il n'est pas rare de voir un kyste communiquer avec un autre.

Un point fort important de leur histoire est celui-ci: au rebours des kystes séreux qui sécrètent leur liquide et sont les propres agents de leur dilatation, ceux-ci ne sécrètent rien, se dilatent en vertu de l'accroissement des hydatides qu'ils contiennent, et, selon la remarque de Cruveilhier, semblent lutter contre cette dilatation étrangère, et réagissent à l'occasion. Ainsi, quand l'hydatide a ses parois rompues, son liquide perdu, quand elle est morte, le kyste revient sur lui-même; on y retrouve des débris plus ou moins