

l'extrémité du pavillon de la sonde. Je dois dire toutefois que, dans un cas de tympanite stomacale, j'ai constaté que les boissons arrivaient très-facilement dans l'estomac, quoique les gaz y fussent étroitement emprisonnés. Comment se fait-il que l'anneau cardiaque s'ouvre pour donner passage à des liquides et s'oppose à l'issue des gaz ? C'est là un fait auquel je cherche vainement une explication.

Dans le cas de pneumatose intestinale, l'introduction d'une canule dans l'anus est une pratique des plus simples, et il faut y recourir. Souvent elle a à peine dépassé le sphincter, qu'une bruyante émission de gaz vient soulager les malades. La tympanite typhoïque et celle qui survient chez les enfants à la mamelle, à l'occasion des troubles digestifs qui accompagnent presque toutes les maladies aiguës, nécessitent surtout l'emploi de ce moyen. J'y ai eu recours avec le plus grand succès chez un enfant de quatre mois, fils d'un de mes confrères, et qui était atteint d'une pneumonie lobaire hépatisée : le ventre était considérablement météorisé, et la respiration se trouvait menacée à la fois et par la lésion du poumon et par le refoulement mécanique du diaphragme. L'évacuation d'une quantité considérable de gaz amena la chute du ventre et un amendement notable dans la dyspnée. Chez les typhoïdants dont le ventre est ballonné, je manque rarement de recourir à ce moyen. Dans ce cas, j'introduis aussi haut que je puis le faire, sans violence, une grosse sonde de gomme élastique, et j'adapte à son pavillon la canule d'une seringue, dont le piston est fermé. En retirant celui-ci lentement, l'on remplit le corps de pompe de son volume d'un gaz dont la nature est aisément décelée et par l'odorat et par l'action qu'il exerce sur l'eau de chaux quand il la traverse. En répétant plusieurs fois par jour cette manœuvre si simple, on parvient à diminuer considérablement le météorisme. L'objection que l'on fait du peu de profondeur à laquelle parvient la sonde n'est pas sérieuse ; il ne peut, en effet, y avoir de vide dans l'intestin, et, quand on évacue les gaz contenus dans la partie inférieure de celui-ci, il s'établit, avec le reste du tube intestinal, un équilibre de tension qui répartit les gaz d'une manière uniforme. Du reste, le météorisme et le malaise diminuent sous l'influence de cette manœuvre, et cela suffit.

Quand tous les moyens précités ont échoué et quand l'asphyxie est imminente, le praticien se trouve en demeure de prendre une grave détermination : je veux parler de la ponction stomacale ou intestinale. Cette opération, pratiquée souvent et avec succès, dans la médecine vétérinaire, sur des herbivores dont le rumen est distendu outre mesure par des gaz, mérite d'être introduite à

nouveau dans la médecine humaine, et les cas dans lesquels elle a déjà réussi seraient certainement plus nombreux si l'on n'avait pas attendu, habituellement, pour la pratiquer que l'état des malades n'offrit plus de ressources. Trnka, dont le livre sur la tympanite peut encore être consulté avec fruit (Wenceslai Trnka de Krsowitz, *Historia tympanitidis* ; Vindobonæ, MDCC LXXXVIII), attribue à Baillou la première idée de ponctionner l'intestin. Elle lui aurait été suggérée par l'affaissement brusque du ventre survenu après une ponction sur le cadavre d'une jeune fille morte de tympanite ; mais il ne paraît qu'avoir formulé le précepte : « *Audendum desperatis maxime rebus* » sans l'avoir appliqué. Heister, Mercklin, s'en sont tenus à de simples expériences d'amphithéâtre qui leur ont semblé plaider en faveur de ce moyen. Van Swieten, en réduisant l'indication de la ponction du ventre aux seuls cas de tympanite péritonéale, si rares que leur existence a été contestée, a contribué à discréditer cette opération. Combalusier, qui florissait au XVIII<sup>e</sup> siècle et à qui l'on doit un traité important sur les maladies venteuses (*Pneumo-pathologia, sive tractatus de flatulentis corporis humani affectibus* ; Parisiis, 1747), affirmait qu'il n'y avait pas, à sa connaissance, un seul cas de guérison à la suite de la ponction gastro-intestinale. Kaw Boerrhave, son contemporain, était un peu plus encourageant : « *Punctura sæpè solatio, raro sanationi sufficit.* » Un moyen sur lequel on peut porter ce jugement n'est pas assurément à dédaigner dans les conjonctures si graves où on l'applique.

Tel était le jugement indécis porté sur la ponction, quand un article publié sur ce sujet, en 1852, dans le *Bulletin de thérapeutique* (*Un Mot sur la ponction abdominale, comme ressource extrême dans les cas de tympanite*, in *Bullet. de therap.*, 1852, t. XLIII, p. 529), est venu donner le bilan des résultats récents de cette opération à Paris, et pendant une période assez restreinte. Elle a été pratiquée 11 fois par Velpeau, Nélaton, Blache, Maisonneuve, Levrot, etc., et 5 fois le succès a couronné cette tentative, hardie sans doute, mais parfaitement légitime. En Bolivie, où la tympanite stomacale est commune, la ponction est classique et elle est considérée comme relativement inoffensive. Nous ne connaissons pas de cas où, en France, la perforation de cet organe ait été pratiquée ; toutes les observations de ponction sont relatives à la tympanite intestinale.

Elles démontrent toutes que, quand on observe certaines précautions, l'épanchement et, par suite, la péritonite sont fort peu à craindre. Le cas cité par Blache est particulièrement rassurant à ce point de vue ; son malade, qui était un jeune en-

fant, put en effet subir cinq ponctions successives sans que le péritoine s'enflammât.

En 1868, Bricheateau a observé à Necker une malade qui a subi trois ponctions successives pour une pneumatose asphyxique, et chacune a donné ce qu'on pouvait lui demander, c'est-à-dire un affaissement du ventre et une cessation de la dyspnée, que produisait sa distension.

La question en était là et la ponction de l'intestin, malgré ces faits encourageants, n'avait guère fait de chemin dans la pratique, lorsque je publiai en 1866, sur la pneumatose gastro-intestinale, un mémoire dans lequel je conclus à la parfaite régularité et à l'innocuité de la ponction dans la pneumatose gastro-intestinale à caractère asphyxique. (*Bullet. de thér.*, 1866, t. LXX, p. 289 et suiv.) Les raisons que je donnais pour justifier cette pratique, confinée à tort dans le domaine de la médecine vétérinaire, parurent convaincantes à l'un des médecins les plus distingués de Toulouse, le docteur Laforgue, qui, appelé avec plusieurs de ses confrères auprès d'un malheureux médecin, lequel, dans le cours d'une pyélite suppurée, avait été pris d'une pneumatose asphyxique, fit prévaloir dans l'esprit des autres consultants et du patient l'idée de cette opération. Elle fut pratiquée deux fois et conjura les accidents de la pneumatose, sans rien faire, bien entendu, au fond de la maladie. Peu après, un cas nouveau de pneumatose asphyxique fut traité heureusement, dans la même ville, par Laforgue et Ressayet, par six ponctions successives, et la guérison fut complète. Quelque temps après, j'ai eu l'occasion, avec mon collègue le professeur Courty, de recourir à la ponction chez un vieillard de soixante-douze ans, sujet à une constipation opiniâtre, qu'il avait l'habitude de combattre par les pilules de Dehaut. Un jour ces pilules, au lieu de déterminer des évacuations alvines, produisirent, ainsi que cela arrive quelquefois, un dégagement extraordinaire de gaz intestinaux. Les évacuants, les absorbants, l'introduction d'une sonde, demeurèrent infructueux. La peau était froide, le pouls petit, le visage altéré, la gêne de la respiration très-forte. Une ponction fut pratiquée au niveau de l'arc du colon, dans la région épigastrique, à l'aide d'un trocart explorateur. Il se fit immédiatement par la canule une brusque émission de gaz, accompagnée d'une projection d'une petite quantité de matières stercorales fluides. Un soulagement et un bien-être immédiat succédèrent à cette opération. Le malade s'abstint, contre notre avis, de toute précaution : il mangea le soir même, et, malgré tout, le succès fut complet et il ne fut pas nécessaire de recourir à une nouvelle ponction. Très-frappé de ce résultat, qui concordait avec ceux des

observateurs précités, je fis à l'Académie de médecine, dans sa séance du 11 juillet 1871, une communication sur la légitimité et la nécessité de la ponction intestinale dans la pneumatose asphyxique; et une discussion à laquelle prirent part Bouley, Depaul, Verneuil, Barth, Huguier, Blot, etc., et dans laquelle je défendis l'idée de la ponction, eut pour résultat de consacrer l'utilité de cette opération. Piorry seul s'éleva contre elle, mais en s'appuyant sur des arguments qui ne parurent pas en infirmer la valeur. A partir de ce moment le branle était donné, et de toutes parts surgirent, dans la presse médicale française et étrangère, des observations relatives à la ponction intestinale. Aujourd'hui c'est un point de pratique tout à fait accepté, et je suis heureux d'avoir contribué à ce résultat. Je ne saurais trop, toutefois, me défendre contre une exagération qui m'a été attribuée. Quelque persuadé que je sois du caractère très-innocent de la ponction je maintiens qu'il faut la réserver pour les seuls cas de pneumatose de nature asphyxique et après l'insuccès des moyens ordinaires. Dans ces limites, c'est une ressource précieuse et qui a déjà fait ses preuves<sup>(1)</sup>.

(1) 685. Pour pratiquer la ponction, on se sert d'un trocart explorateur, afin de mettre toutes les chances de réussite de son côté. Ce n'est pas qu'un instrument un peu plus gros ne puisse être inoffensif. Ressayet (de Toulouse), n'ayant pas d'autre instrument, s'est servi sans inconvénients d'un trocart à hydrocèle, et Rougé (de Lausanne) m'a communiqué un fait dans lequel une hernie prise pour une hydrocèle a été ponctionnée avec un trocart ordinaire sans que cette méprise ait causé d'accidents. Mais ces cas sont heureux et ne peuvent servir de règle de conduite. On peut recourir à un appareil à aspiration; mais, si l'on n'en a pas un sous la main, il faut ponctionner simplement avec un trocart fin. Le lieu où la ponction doit être pratiquée ne saurait être indiqué par avance; il faut choisir le point le plus en saillie et celui dont la sonorité tympanique est au maximum. On peut faire une incision à la peau à l'aide d'une lancette, ou se dispenser de ce temps de l'opération. Le conseil qui a été donné de laisser la canule en place une ou deux heures ne me paraît pas à suivre. Si la ponction, après avoir livré passage à des gaz, ne produit pas un affaissement suffisant du ventre, il faut en conclure que les gaz sont cloisonnés (c'est la règle à peu près générale dans les pneumatoses liées à la péritonite chronique) et faire une nouvelle ponction dans un autre point. Dans un cas de péritonite due à une hématocele péri-utérine, quatre ponctions ont été faites sans inconvénient. Dans d'autres cas même, le nombre en a été porté plus loin et l'innocuité a été constante.

J'ai observé que, dès la ponction, la contractilité de l'intestin, qui était abolie par sa distension et que les purgatifs ne pouvaient réveiller, entre