

Obs. I. — Le 29 janvier 1861, je reçus dans mon service une femme âgée de trente-huit ans, bien constituée, et qui avait toujours joui d'une bonne santé, quand, dix jours avant son entrée, elle éprouva un frisson suivi de fièvre, de toux et de douleur dans le côté droit de la poitrine. Un médecin appelé par elle lui fit mettre douze sangsues à l'anus; le lende-

reconnais la réalité et l'importance de ces conditions mécaniques, mais elles me paraissent insuffisantes pour expliquer dans tous les cas cette migration du pus, et surtout la destruction des tissus qui lui font obstacle. Il y a bien des années que j'ai proposé une explication qui me semble pouvoir éclairer ce que les autres théories laissent encore d'obscur dans le phénomène que nous étudions ici.

Les parties superficielles reçoivent leurs éléments nutritifs des troncs artériels auxquels elles sont superposées. Toutes les fois qu'une cause quelconque viendra interrompre la communication entre ces artères et les tissus auxquels elles se distribuent, ceux-ci seront frappés de mort, à moins qu'une circulation collatérale ne vienne suppléer à la circulation directe.

Supposons un abcès développé sous la peau; le pus en s'accumulant a nécessairement détruit, au niveau du foyer, les nombreux ramuscules vasculaires qui des parties profondes se rendaient vers le tégument externe; mais les réseaux capillaires qui entrent dans la structure du derme sont alimentés par les vaisseaux qui y pénètrent sur les limites de la collection purulente. On comprend cependant que cette suppléance par les artères collatérales, que l'action de la *vis à tergo* seront d'autant moins puissantes pour rétablir la circulation qu'on s'éloignera davantage des vaisseaux qui en sont les agents, ou en d'autres termes qu'on se rapprochera davantage du centre du foyer. Ajoutez à cela que précisément au centre du foyer le liquide, qui tend à prendre une forme sphéroïdale, forme une couche plus épaisse, exerce par conséquent sur la peau une pression plus énergique. Cette pression tend à effacer et à rétrécir le calibre des vaisseaux cutanés, et plus qu'ailleurs dans le centre, c'est-à-dire dans le point où ils subissent le maximum de compression. De ces deux conditions qui agissent dans le même sens peut résulter, à un moment donné, l'arrêt de la circulation, et, par conséquent, la mortification des téguments, mortification en général très-limitée, moléculaire en quelque sorte ou ulcéralive, ce qui est une même chose.

Au lieu d'être sous-cutanée, que la collection soit placée sous le *fascia superficialis* ou plus profondément dans le tissu connectif intermusculaire; si elle est interposée entre la périphérie et le tronc artériel principal de la région où elle s'est développée, le même phénomène se produira; l'abcès s'avancera ainsi vers la superficie par l'ulcération progressive des parties qui le recouvrent quand il ne pourra pas glisser dans leurs interstices. Je ne veux pas dire que ce procédé physiologique ne trouvera pas un puissant auxiliaire dans les conditions mécaniques signalées par Palmer et par d'autres; ces conditions peuvent quelquefois peut-être exercer une action prédominante; mais celle que j'indique ici doit, dans certains cas au moins, concourir à cette marche centrifuge des collections purulentes. Elle explique leur ouverture, ordinairement centrale; elle peut faire comprendre comment un abcès développé dans l'épaisseur d'une partie limitée par deux surfaces libres pourra se porter vers l'une ou l'autre de ces surfaces, suivant ses rapports avec les troncs artériels qui nourrissent cette partie, à moins qu'une autre cause n'intervienne pour neutraliser l'influence de celle-ci.

main, assure-t-elle, elle crachait et vomissait du sang rouge. A partir de ce moment son état alla en empirant; on le jugea tellement grave qu'on lui administra les derniers sacrements, et, la croyant perdue, on la transporta à l'hôpital. M. Almagro, interne de mon service, la trouva, en faisant la visite du soir, dans un état d'asphyxie imminente: la face injectée, violacée; les lèvres bleuâtres; les forces étaient profondément déprimées; le pouls, petit, battait 140 fois par minute; dans le même espace de temps on comptait 50 respirations; la poitrine donnait un son mat dans une grande étendue en arrière, surtout du côté droit; de ce côté on entendait du haut en bas du souffle tubaire; à gauche on retrouvait le souffle au niveau du lobe inférieur, faisant place, dans le lobe supérieur, à un bruit vésiculaire rude; aux deux bases, des bulles de râle crépitant se mêlaient au souffle.

M. Almagro lui prescrivit 1 gramme et demi de poudre d'ipéca dans 30 grammes de sirop d'ipéca, et des sinapismes; la malade vomit très-peu et avec de grands efforts; elle s'est assoupie ensuite pendant deux ou trois heures, s'est réveillée avec une dyspnée intense, et a déliré pendant tout le reste de la nuit. Le 30, à ma visite je la trouvai cyanosée, haletante, le pouls était aussi fréquent et aussi misérable que la veille, et je constatai les phénomènes stéthoscopiques déjà observés le jour précédent; les bronches paraissaient s'engouer. Pour ne pas abandonner la lutte, je prescrivis l'administration de 1<sup>er</sup>, 50 d'ipéca dans de l'eau tiède, précédée et suivie d'application de sinapismes, pour stimuler le système nerveux; du vin chaud devait être donné à la malade après l'effet du vomitif. Je priai l'interne d'en surveiller et d'en favoriser l'action, au besoin, en titillant la luette et le pharynx, pour ne pas laisser une malade aussi affaiblie dans l'état de dépression qui accompagne les nausées. Après la réaction, dans le cas où celle-ci offrirait une certaine énergie, je prescrivis une potion que j'emploie souvent dans les pneumonies, composée d'infusion de tilleul, d'eau de fleurs d'oranger, de sirop d'opium à la dose de 8 à 15 grammes, de 1 gramme de nitre, et de 5 à 10 centigrammes d'émétique, mélange préconisé par Boerhaave et par Graves. Je l'emploie depuis plus de vingt ans, dans les pneumonies, associée aux vésicatoires à titre de sédatif et d'expectorant toutes les fois que je ne rencontre pas l'indication des toniques. Quant à la saignée, depuis plus de vingt-cinq ans je n'ai pas rencontré les conditions qui peuvent l'indiquer, et je me félicite d'avoir été un des premiers à l'abandonner. Je fis appliquer, en outre, deux grands vésicatoires sous chaque aisselle, et pour aliment j'ordonnai du bouillon. Les vomissements furent suivis d'un peu de calme; la respiration fut moins anxieuse; il n'y eut plus de délire pendant la journée; le soir, l'interne la trouva dans cet état d'apaisement, mais toujours prostrée, le crachoir renfermant des crachats purulents et d'autres de couleur vert de mer.

Le 31 (matin) : — il y a eu du délire pendant la nuit, le pouls est d'une fréquence telle qu'on peut à peine le compter ; il y a 60 respirations par minute. J'abaisse à 5 centigrammes la quantité de l'émétique dans la potion. Je fais mettre deux autres vésicatoires sous les clavicules ; la malade boira quatre bouillons.

Le 1<sup>er</sup> février, l'état de la malade semble désespéré ; elle a eu du délire pendant toute la nuit ; actuellement elle est dans une prostration profonde et semble indifférente à tout ce qui l'entoure ; les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes : la respiration ne s'entend pas dans la moitié du poumon gauche ; dans le reste de la poitrine on entend du souffle bronchique uni à des grosses bulles sous-crépitanes un peu humides ; l'expectoration est toujours purulente. Je prescrivis, pour alterner avec la potion expectorante, une potion avec 2 grammes d'extrait de quinquina et 50 centigrammes de musc.

Le 2, je supprime la potion expectorante, et j'ajoute à la potion tonique 250 grammes de vin de Bordeaux.

L'état reste stationnaire pendant cinq jours : délire nocturne, dyspnée extrême, pouls dépressible, petit, très-fréquent ; la malade semble être dans les préludes de l'agonie, et tout en soutenant la lutte, chaque jour je la quittais avec la pensée que je ne la trouverais pas le lendemain. L'expectoration devenant très-difficile, et la malade paraissant dans un état asphyxique imminent, je me décidai le 3 à lui donner un troisième vomitif, et les jours suivants je fis alterner avec la mixture quinique une potion légèrement kermésisée.

Le 7 février, nous constatâmes une amélioration sensible, la malade semblait s'éveiller un peu au monde extérieur, la prostration était moins prononcée, la respiration tendait à devenir moins difficile, et le chiffre de sa fréquence était descendu de 60 à 36 par minute ; dans le côté gauche, le murmure vésiculaire était perçu au niveau des trois quarts supérieurs ; dans le quart inférieur seulement on trouvait du râle muqueux, et parfois quelques fusées de râle crépitant.

Le côté droit offrait de la submatité dans ses trois quarts supérieurs ; le souffle y était moins fort, moins dur, et remplacé dans quelques endroits par une respiration sèche et rude. L'expectoration avait considérablement diminué.

Les jours suivants, le mieux fit de rapides progrès ; on continua le traitement en y ajoutant deux potages.

Le 14 février, la malade paraissait être entrée en convalescence, lorsque, sans cause appréciable, survint un violent accès de fièvre, accompagné de nausées et suivi de gonflement œdémateux de la région parotidienne. Je prescrivis des cataplasmes de fécule et 2 grammes d'alcoolature d'aconit dans une potion.

Le 15 février, le gonflement a augmenté, les douleurs sont violentes, les téguments sont rouges et tendus ; je réclamai les avis du docteur Michon, qui conseilla d'attendre. Le lendemain 16, redoutant les conséquences funestes que j'avais plusieurs fois observées, je fis parallèlement à la branche verticale du maxillaire une incision de 6 centimètres ; je m'arrêtai à l'aponévrose parotidienne, espérant que ce large débridement suffirait pour prévenir les accidents d'étranglement, et affaiblirait suffisamment la résistance de l'aponévrose pour lui permettre de céder à la pression du pus. Je préférerais ne pas m'aventurer sans nécessité au milieu de la parotide, à une profondeur considérablement augmentée par l'engorgement du tissu sous-cutané, tout disposé cependant à le faire le lendemain si je n'obtenais pas l'effet voulu. Dans la journée, la malade éprouva un soulagement considérable ; les douleurs lancinantes, incessantes depuis trois jours, disparurent ; mais en même temps l'état général devint grave de nouveau, la prostration et le délire nocturne reparurent, et je conçus de sérieuses inquiétudes sur l'issue de la maladie. La situation resta la même les jours suivants ; le 17 au soir la malade fut prise de diarrhée ; le 18, le pus se fit jour par la plaie restée béante ; ce pus était fétide ; la langue était rouge, sèche ; la malade éprouvait des nausées ; on constatait de la sensibilité épigastrique. Attribuant ces phénomènes à une gastro-entérite provoquée par l'usage prolongé des toniques, accident qui n'est pas très-rare, je les fis supprimer. Je mis la malade à la diète lactée, à l'eau de Seltz et à l'eau de riz pour boisson ; je lui fis donner un quart de lavement avec douze gouttes de laudanum.

Le lendemain (19 février), la malade allait notablement mieux ; la diarrhée avait diminué, son état général était meilleur, quoique pendant la nuit elle ait encore eu du délire. Le pus coulait en abondance par la plaie ; on appliqua des cataplasmes ; j'ajoutai à la prescription de la veille 6 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Le 20, malgré son libre écoulement au dehors, le pus s'ouvre une issue par l'oreille, et coule en abondance par ces deux ouvertures ; la diarrhée a diminué sans disparaître, l'état général s'améliore chaque jour. Examinant les organes thoraciques, je constate que le poumon gauche est perméable dans toute son étendue, le droit présente encore un noyau d'induration vers sa partie moyenne. Les phénomènes de gastrite avaient disparu rapidement sous l'influence de la diète lactée, comme cela a lieu ordinairement pour la gastrite quinique. Je lui fis prendre 75 centigrammes d'iodure de potassium dans un julep, avec quelques gouttes de teinture thébaïque, dans l'espérance de stimuler le travail nutritif et d'achever la résolution. J'ai souvent vu ce résultat se produire sous l'influence de ce médicament dans les phlegmasies subaiguës tendant à la chronicité. J'y ajoutai un peu d'opium à cause de l'état de l'intestin, qui ne s'était pas aussi rapidement

modifié que celui de l'estomac ; il y avait encore un peu de diarrhée. Au bout de trois jours, du reste, cet accident cessa complètement ; la suppuration diminua rapidement ; les forces et l'appétit avaient fait des progrès rapides.

Le 15 mars, la malade était complètement guérie de sa pneumonie et de son abcès parotidien ; les digestions étaient bonnes, elle songeait à quitter l'hôpital, quant à la suite d'une légère conjonctivite survint un érysipèle de la face et en même temps un abcès axillaire ; l'érysipèle fut bénin et ne dura que quatre à cinq jours ; quelques jours après, l'abcès de l'aisselle fut ouvert. Ces accidents terminèrent la longue série d'actes morbides qui se succédèrent chez cette pauvre femme ; elle se plaignait seulement, quelque temps avant sa sortie, de douleurs rhumatoïdes dans les genoux.

Obs. II. — Il y a cinq ans environ, je reçus dans mon service une jeune femme récemment accouchée et présentant les symptômes d'une péritonite grave. Je la soumis à l'usage interne et externe du mercure. La péritonite fut enrayée en même temps que survenait une stomatite. Le chlorate de soude fut prescrit en collutoires et en potions ; quelques instants après la parotide droite se tuméfia. J'ajoutai aux prescriptions précédentes des frictions avec une pommade composée d'extrait de belladone et de chlorhydrate d'ammoniaque. La tuméfaction diminua, mais la parotide gauche se prit et les topiques résolutifs furent impuissants pour arrêter son développement. Les douleurs devinrent extrêmement violentes ; un empâtement élastique avec coloration rougeâtre de la peau me fit penser que la suppuration était formée, et sans attendre la fluctuation, je me décidai à pratiquer le débridement. J'incisai d'abord la peau, puis l'aponévrose avec la plus grande précaution ; le pus n'était pas collectionné, mais il était infiltré dans le tissu glanduleux ; il s'en écoula cependant une petite quantité, mêlée en grande partie au sang auquel il donnait un aspect oléagineux ; le lendemain il coulait en nappe. Le soulagement fut presque immédiat, et trois ou quatre semaines après la guérison était complète.

Obs. III. — Madame X..., âgée de cinquante-quatre ans, a cessé d'être réglée depuis plusieurs années ; elle a des goutteux parmi ses ascendants ; elle est sujette à de la dyspepsie et à des névralgies sous forme de céphalée opiniâtre avec vomissements, durant un à trois septénaires. Ces accès de céphalée reviennent assez périodiquement au printemps, c'est-à-dire dans une des saisons où la goutte fait le plus souvent subir ses attaques, caractère que j'ai souvent observé dans les névropathies et autres affections d'origine arthritique. Les amers, l'hygiène, avaient modifié l'état gastrique ; le bromure de potassium avait amoindri et abrégé les attaques de céphalée vernale, qui alternait parfois avec une névralgie intercostale du côté gauche.

Cependant madame X... restait faible et nerveuse, quand au printemps de 1866 elle fut, dans une soirée, exposée à un courant d'air ; elle en sentit l'impression sur la joue droite et éprouva, immédiatement après, une douleur qui augmenta pendant la nuit ; bientôt des frissons, de la fièvre, s'y ajoutèrent, les souffrances devinrent intolérables, et quand, vingt-quatre heures après le début, madame X... me fit appeler, je constatai une tuméfaction et une tension énorme de la région parotidienne. La malade était dans un état de jactitation continuelle, elle poussait des cris plaintifs arrachés par la violence des douleurs ; l'appétit était nul. Reconnaisant dès lors l'existence d'un phlegmon parotidien, je fis faire des onctions avec une pommade calmante, des applications de cataplasmes, et je prescrivis un purgatif. La malade n'en éprouva qu'un médiocre soulagement, et dès le troisième jour on observait un empâtement élastique de la tumeur, avec une rougeur un peu violette des téguments ; les douleurs persistaient avec la même violence. J'annonçai alors à la malade la nécessité de faire une incision. J'appelai en consultation M. le docteur Richet, qui émit un avis semblable au mien, et voulut bien se charger de l'opération. Elle fut pratiquée le lendemain. Le pus était infiltré et ne sortit que par gouttelettes mêlées au sang qui s'écoulait des tissus incisés. Dès le lendemain, la suppuration avait pris franchement son cours, et les parties enflammées commençaient à se dégorger ; le soulagement avait été presque immédiat. La malade dormit, pour la première fois depuis le début des accidents, pendant la nuit qui suivit l'opération. Au bout de quelques jours elle voulut se lever ; une fusée se forma le long du sterno-mastoïdien et exigea une contre-ouverture ; il en fallut faire une seconde dix ou douze jours après. A part cette petite complication, la maladie marcha vers la guérison, qui ne fut complète qu'au bout de six semaines. Pendant le cours de cette affection, madame X... commença à tousser, et quelques mois plus tard, après une pneumonie du sommet gauche, des craquements très-persistants dans cette région, avec des sueurs, de la fièvre, de l'amaigrissement, vinrent témoigner de l'existence d'une affection tuberculeuse, qui était en incubation quand la parotide éclata. Après un an de traitement, cette affection fut enrayée, ne laissant d'autres traces de son existence, après l'apaisement des troubles fonctionnels, que des craquements secs, qu'on retrouve encore aujourd'hui dans les grandes inspirations.

Obs. IV. — M. M..., trente-six ans, dyspeptique, hypochondriaque, après avoir été exposé à l'action du froid au printemps de 1867, sentit une douleur dans la parotide gauche. Il était à la campagne. Après huit jours d'atroces souffrances, il revint à Paris. Je constatai un énorme phlegmon parotidien, faisant saillie vers l'oreille et vers le pharynx. La pression sur la tumeur faisait suinter une gouttelette de pus par l'orifice du canal de Sté-

non. Il n'y avait pas de temps à perdre. Dès le lendemain, le docteur Richet, prévenu par moi immédiatement, se trouvait chez le malade, et le débridement fut pratiqué. Les acini superficiels furent écartés avec le bec de la sonde pour favoriser l'écoulement du pus, qui coulait lentement au dehors; le malade fut soulagé presque immédiatement. Au bout de quelques jours, le pus, malgré l'incision, se fit jour par l'oreille; on fit des injections plusieurs fois par jour dans le conduit auditif. Cette ouverture spontanée du foyer dans l'oreille est en général insuffisante pour amener la guérison quand elle existe seule, et ne laisse écouler, en quelque sorte, que le trop-plein de la collection purulente; mais elle ne semble pas constituer une complication fâcheuse quand une large incision laisse écouler librement le pus à mesure qu'il se forme dans la partie déclive du foyer. Le malade ne voulut pas se soumettre à la position horizontale; au bout de quelques jours il se leva; et bientôt, à mesure que l'ouverture extérieure se rétrécissait, des fusées s'établirent, les unes le long du sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule, où très-heureusement elles s'arrêtèrent; d'autres en avant, le long du bord inférieur de la mâchoire jusqu'au menton; d'autres en arrière, dans la région mastoïdienne. Quarante contre-ouvertures furent nécessaires; plusieurs fois la peau s'ouvrit spontanément pour donner issue au pus amassé au-dessous d'elle. Enfin, après trois mois de traitement, le malade fut guéri. Nous le soumîmes à un régime tonique, puis à une cure sulfuro-thermale dans les Pyrénées. Sa santé se rétablit meilleure qu'avant cet accident, sans cependant le laisser complètement exempt de dyspepsie et de ces accès hypochondriaques, si souvent superposés à un substratum arthritique.

Les fusées purulentes laissèrent à leur suite un peu d'induration du tissu connectif sous-cutané. Un de ces noyaux d'engorgement devint, au printemps de 1868, le siège d'un petit abcès, qui s'ouvrit spontanément au dehors.

Obs. V. — Un jeune homme de vingt-huit ans, garçon boulanger, fort bien musclé, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février. Il ne se rappelle pas avoir été malade avant l'affection qui l'amène dans mon service; il y a cinq jours, il fut pris de fièvre avec céphalalgie, douleurs lombaires, mal de gorge, vomissements, et depuis hier une éruption variolique très-abondante, pointée sur les téguments de la face et sur la muqueuse bucco-pharyngienne. Ce malade affirme n'avoir jamais été vacciné et l'on ne trouve sur ses bras aucune cicatrice vaccinale.

L'éruption, les jours suivants, se complète, devient confluyente, envahit non-seulement les bords des paupières, mais encore la conjonctive oculaire, qu'elle couvre de petites plaques pultacées, arrondies, s'étendant jusqu'à la circonférence de la cornée; une conjonctivite catarrhale très-

intense accompagna cette localisation rare de la variole et fut efficacement combattue par des cautérisations des bords palpébraux et des injections, répétées toutes les deux ou trois heures, d'une solution très-faible d'azotate d'argent.

Sur le déclin de l'éruption, une exacerbation de la fièvre fut le signal de l'explosion d'une bronchite intense avec une congestion pulmonaire, qui n'alla pas cependant jusqu'à la pneumonie.

Le malade avait traversé toutes les phases dangereuses et semblait toucher à la convalescence, quand il sentit une douleur dans l'oreille et dans la région parotidienne gauche; la fièvre se ralluma, les douleurs augmentèrent, accompagnées d'un gonflement très-considérable, et j'acquis bientôt la conviction qu'un travail phlegmoneux s'accomplissait, non pas dans le tissu connectif comme cela a lieu habituellement après la variole, mais qu'il avait son foyer dans la lande parotidienne.

Au bout de quatre jours, du pus s'écoula par l'oreille. Comme la tension était médiocre malgré le volume des parties malades et comme la douleur avait diminué, je me contentai d'appliquer des cataplasmes et de faire injecter dans l'oreille, plusieurs fois par jour, une solution de permanganate de potasse.

Cependant, au bout de trois ou quatre jours, la tuméfaction ne diminuant pas, le malade souffrant toujours, je me décidai à faire une incision parallèle à la branche de la mâchoire, sur la partie inférieure de la région parotidienne. Je donnai à l'incision une étendue de 5 centimètres environ, et l'infiltration séro-plastique du tissu cellulaire sous-cutané était telle, que je dus enfoncer le bistouri à plusieurs centimètres de profondeur avant d'arriver à l'aponévrose, que je me contentai d'érailler avec le bout de la sonde, n'osant pas agir à cette profondeur avec le bistouri. Je fis placer une mèche entre les lèvres de la plaie, espérant que, n'étant plus soutenue par les téguments, l'aponévrose amincie céderait à la pression du pus.

Deux jours après, en effet, le pus coulait en masse par la plaie, il sortait encore par l'oreille; mais au bout de quelques jours, cet écoulement se tarit, la plaie de l'incision se détergea, les bords s'affaissèrent rapidement; quinze jours après, la cicatrisation était à peu près complète et le malade entra en convalescence.

Dans la première observation, nous voyons une malade qui a eu successivement une pneumonie des plus graves, et qui semblait arrivée au troisième degré; un phlegmon parotidien, une gastro-entérite, une conjonctivite, un érysipèle; la multiplicité même de ces actes morbides indique combien l'organisme était profondément troublé, et justifie l'opinion que nous avons émise sur l'étiologie du phlegmon parotidien, en disant qu'il accusait toujours un désordre

sérieux dans l'économie. On n'est pas en droit de regarder ici la parotide comme critique; car elle ne s'est développée que plusieurs jours après que la tendance vers la guérison de la pneumonie s'était franchement décidée; elle semble même avoir retardé la résolution, et, pour ma part, je n'ai pas vu de phlegmon parotidien qu'on pût appeler critique. L'amélioration de la santé générale observée chez mon quatrième malade me paraît pouvoir être imputée au régime qu'il suivit après la maladie. Dans ma troisième observation, une tuberculisation pulmonaire débute ou au moins se prépare pendant la durée de la suppuration parotidienne.

L'incision arrêtée à l'aponévrose a suffi, dans deux cas, pour faire cesser les douleurs et apaiser les accidents locaux; si l'on peut lui reprocher d'avoir permis une fusée vers l'oreille, nous nous rappellerons que chez notre quatrième malade, opérée par M. Richet, avec débridement de l'aponévrose et déchirement des acini, cette fusée n'en a pas moins eu lieu. Chez ma deuxième malade, j'ai débridé l'aponévrose, et je crois qu'il faut le faire toutes les fois que l'épaisseur extrême des parties molles n'y met pas obstacle ou ne la rend pas périlleuse pour des mains peu expérimentées. Je ferai remarquer aussi que vingt-quatre à quarante-huit heures après l'incision, dans les deux cas où j'ai pratiqué ce débridement partiel, le pus s'est écoulé librement par la plaie.

## DU MÉTÉORISME ET DE LA TYMPANITE (1)

*Sommaire.* — Définition de la tympanite. — Ses deux principales conditions pathogéniques :

- 1° Lésion mécanique de l'intestin;
  - 2° Affaiblissement de la contractilité intestinale.
- États morbides dans lesquels se montre la tympanite.  
 Traitement de la physogastrie : aromatiques, amers, absorbants, etc.  
 Traitement du météorisme de la fièvre typhoïde.  
 Les purgatifs sont contre-indiqués dans la tympanite consécutive à une phlegmasie péritonéale. Examen de cette médication dans les autres formes de tympanite. —  
 Traitement de la tympanite hystérique. (Méthode de Récamier.)  
 Traitement des tympanites de cause mécanique.  
 Ponction intestinale.  
 Recherches de l'auteur sur la condition mécanique qui retient les gaz emprisonnés dans les anses intestinales.  
 Expériences. — Théorie de l'auteur.  
 De la tympanite stomacale. — Ses caractères. — Son traitement. — Méthode nouvelle des docteurs Wyman et Kussmaul.

MESSIEURS,

Le météorisme est la distension exagérée de l'abdomen par des gaz. Portée à un degré extrême, elle prend le nom de tympanite. On a admis une tympanite péritonéale due à l'accumulation de gaz dans la cavité du péritoine; mais en dehors des perforations, cette tympanite est tellement rare que quelques médecins en ont contesté l'existence. Nous ne nous occuperons ici que de la tympanite gastro-intestinale. Quand par le développement qu'elle a acquis elle met obstacle aux mouvements du diaphragme en même temps qu'elle cause un trouble considérable de la circulation intra-abdominale, elle constitue un danger sérieux et réclame l'intervention active de l'art. Mais pour en déterminer les indications thérapeutiques, il faut en connaître les conditions pathogéniques. Elles se résument en deux principales : dans certains cas, la tym-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, en 1869.