

la période d'induration. Il conseille aussi alors l'usage des pomades fondantes iodurées, de l'iodure de potassium à l'intérieur, et des eaux minérales alcalines, par exemple les eaux de Vichy, et M. Villemin, qui a employé ces dernières d'après les indications puisées dans la thèse de M. Gallard, nous dit en avoir retiré de bons effets.

2^e période. — *Suppuration.* — Une fois la suppuration arrivée, que le pus soit à l'état d'infiltration, ou bien à celui de collections purulentes, il n'y a aucune indication spéciale à remplir, il faut attendre en continuant l'emploi des bains et des émoullients. Si les symptômes inflammatoires existent encore, il faut être alors très réservé, très sobre d'émissions sanguines, générales ou locales. Une fois l'abcès formé, on ne doit jamais l'ouvrir, même dans les cas où sa proéminence dans un point quelconque semblerait y inviter le médecin. Il y a longtemps que j'ai adopté ce précepte, et je n'ai jamais eu à m'en repentir; j'attends toujours l'ouverture spontanée, de quelque côté qu'elle veuille se faire. Il est bien entendu que si on redoutait une ouverture dans le péritoine, il faudrait avant tout ouvrir l'abcès dans un autre endroit; mais il est absolument impossible de le savoir, et, d'un autre côté, l'ouverture dans le péritoine est tellement exceptionnelle, qu'on doit, je crois, peu la redouter.

3^e période. — *Formation de l'abcès, ouverture de cet abcès soit au dehors, soit dans un organe communiquant à l'extérieur.* — En pareille circonstance, il faut simplement encore attendre, soutenir les forces des malades, les nourrir un peu.

Dans ces cas, comme dans ceux où la maladie est devenue chronique et où la résolution met trop de temps à se faire, M. Aran conseille fortement, comme méthode générale, la sudation avec une lampe à alcool sous une couverture de laine et les douches froides ensuite. Je serais assez porté à employer cette méthode; je dois cependant avouer que je n'ai pas encore trouvé l'occasion d'en faire usage.

SECTION IV.

INFLAMMATION DES OVAIRES (OVARITE).

La description de l'inflammation des ovaires doit trouver ici sa place, et cependant ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis décidé à tracer ici son histoire. Rien n'est plus confus et plus obscur que les documents que l'on possède sur cette affection, et, de plus, il existe des difficultés presque insurmontables dans le collectionnement des faits.

Parmi ces difficultés, nous citerons en première ligne la rareté des faits d'ovarite simple et isolée. Presque toujours, en effet, il existe en même temps soit un phlegmon péri-utérin, soit plus spécialement un phlegmon du tissu cellulaire des ligaments larges dans lequel se trouve l'ovaire enflammé, soit enfin un phlegmon iliaque développé également du même côté que l'ovarite. D'autres fois, mais plus rarement, c'est une métrite aiguë ou chronique qui coïncide avec la phlegmasie ovarique. Voici encore d'autres difficultés: lorsque l'ovarite arrive à la suppuration, les abcès qui en résultent ne peuvent que bien difficilement être distingués des abcès des ligaments larges ou de ceux des fosses iliaques. Il y a là autant de circonstances qui rendent bien difficile une description complète de l'ovarite.

Des travaux nombreux ont été publiés sur l'ovarite. Parmi eux, nous citerons Kruger (1782), Clarus (1812), Montault (1827), Seymour (1830), Boivin et Dugès (1832), Lisfranc (*Clinique chirurgicale*). Parmi ceux qu'on consultera avec le plus de fruit, nous citerons un bon *Mémoire* de M. Chereau (1844) (1), quelques faits isolés que l'on doit à M. Andral, à M. Louis, l'ouvrage de M. Tilt, un bon article du *Compendium de médecine*, l'excellent chapitre de Valleix dans son *Guide du médecin praticien*; enfin les recherches de M. Ch. Bernard intitulées: *Des rapports réciproques qui existent entre les troubles de la menstruation et l'ovarite*, recherches présentées

(1) *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844.

à l'appui de sa candidature à la Société des hôpitaux, et sur laquelle M. Montard-Martin a fait un bon rapport que nous avons consulté avec fruit.

ARTICLE I. — Anatomie pathologique de l'ovaire.

Siège. — L'ovaire peut siéger à droite, à gauche ou aux deux côtés à la fois. Voici une petite statistique qui peut donner une idée approximative de la fréquence de ces divers sièges : M. Chereau a rassemblé 40 cas d'ovaire. 4 fois l'ovaire était double, 11 fois elle siégeait à droite, 25 fois à gauche. L'ovaire gauche est donc manifestement plus souvent atteint ; pourquoi cela ? on l'ignore. Serait-ce dû, comme le pensait Tanchou, au voisinage du rectum et à l'action mécanique des matières fécales ? C'est possible.

L'inflammation des ovaires est caractérisée de la manière suivante :

1^{re} période. — Congestion inflammatoire. — L'augmentation de volume, peu considérable d'abord, est souvent très forte ensuite ; l'organe peut acquérir le volume d'un œuf ; la surface de l'ovaire est distendue, rouge, luisante ; la pression y détermine une sorte de crépitation.

A la coupe, rougeur intense, développement abondant de vaisseaux, vésicules augmentées de volume et paraissant comme entourées d'une espèce d'auréole rouge ou brune (Andral) (1).

Tissu ovarique mou, friable, ayant perdu une partie de sa consistance et infiltré d'une sérosité sanguinolente.

2^e période. — Suppuration diffuse. — Le tissu ovarique est infiltré de pus ; son tissu a perdu presque toute sa consistance ; il se présente sous la forme d'une pulpe grisâtre, sanieuse, presque diffluent.

3^e période. — Abscesses ovariques. — Lorsque le pus se rassemble en collection dans l'ovaire enflammé, cette collection peut se faire de plusieurs manières : assez souvent le pus se ras-

(1) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, 1829, t. II, p. 703.

semblé en cinq ou six petits foyers, plus ou moins, chacun d'eux isolé et ne communiquant pas les uns avec les autres. D'après M. Négrier, on observe quelquefois de petites loges purulentes disséminées et assez semblables entre elles, qu'on peut regarder comme des vésicules enflammées et remplies de pus ; d'autres fois ces petites collections purulentes isolées communiquent les unes avec les autres ; le plus souvent, enfin, il n'y a qu'une poche unique, qu'une seule collection purulente de volume variable : tantôt cette collection occupe un point partiel de l'ovaire et elle peut avoir tous les sièges possibles ; dans d'autres cas, le pus a détruit tout le tissu ovarique et il le remplace complètement. Lorsque le tissu ovarique est ainsi complètement détruit, le pus continue de s'accumuler, il distend la membrane fibreuse propre de l'ovaire, qui se tapisse alors à sa face interne d'une fausse membrane albumino-fibrineuse, de consistance et d'épaisseur variables.

L'abcès développé ainsi constitue un véritable kyste purulent, plus ou moins volumineux.

Un abcès ovarique étant formé, contracte en général des adhérences avec les parties voisines ; tantôt c'est avec la paroi abdominale, tantôt avec les organes voisins. Ses modes de terminaisons sont les suivants :

a. Absorption du pus. — Lorsqu'elle existe, ses conséquences sont le rapprochement des parois et la cicatrisation du kyste purulent. Cette cicatrisation, bien entendu, ne s'obtient qu'aux dépens de la perte de l'ovaire.

b. Ouverture du kyste purulent dans le tissu cellulaire du ligament large correspondant, également enflammé. — En pareil cas, il peut y avoir ultérieurement confusion complète entre l'abcès du ligament large et l'abcès ovarique ; il devient alors très difficile de faire la part de l'un et de l'autre.

c. Ouverture dans la cavité abdominale et développement d'une péritonite suraiguë (Dupuytren, Négrier, Velpeau, Piorry, Bright). La mort en est la conséquence inévitable.

d. Ouverture de l'abcès à travers la partie abdominale (Lis-

franc, Robert Lee). D'autres fois cette ouverture se fait ailleurs, le pus passe au-dessous du ligament de Poupert, et vient s'ouvrir à la partie supérieure de la cuisse (Ehrmann, Richter, Robert Lee, etc.).

e. Ouverture de l'abcès dans la cavité utérine. — Cette ouverture se fait, soit directement, soit par l'intermédiaire de la trompe de Fallope (Chereau, Boivin et Dugès).

f. Ouverture de l'abcès dans le vagin (Husson, Cruveilhier, Martin-Solon).

g. Ouverture de l'abcès dans l'intestin (Boivin et Dugès, Montault, Nauche).

h. Ouverture de l'abcès dans la vessie (Andral, Boivin et Dugès).

Voilà bien des modes de terminaison de l'abcès, et cependant tous ces cas ont été bien observés et sont bien réels.

ARTICLE II. — Étiologie de l'ovarite.

Connait-on les causes de l'ovarite? C'est une question qu'on est en droit de se poser en lisant la conclusion négative à laquelle est arrivé Valleix dans son article OVARITE. En effet, voici comment on peut résumer son opinion.

M. Chereau a donné comme causes l'arrêt de la menstruation et surtout sa suppression brusque, dont il rapporte deux observations.

Ces faits n'ont rien d'in vraisemblable, mais ils ont besoin que de nouvelles recherches viennent les corroborer.

On a encore cité comme causes de l'ovarite : les coups, les chutes, les plaies, l'emploi des aphrodisiaques; mais on n'a pas rapporté les faits à l'appui.

On ne saurait accepter d'une manière absolue cette conclusion de Valleix; il y a manifestement des cas dans lesquels l'étiologie de l'ovarite peut être établie.

Ainsi, le docteur Bourrand a signalé des cas d'ovarite dus à l'extension de l'inflammation blennorrhagique à un ovaire.

Il y a d'autres fois des causes évidentes; ainsi l'inflammation

des ovaires a lieu très facilement après l'accouchement, surtout lorsqu'il survient une métrite aiguë, une métrite-péritonite, une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, enfin une fièvre puerpérale. Ce ne sont, il est vrai, que des ovarites consécutives; mais enfin ce sont des ovarites.

Voici du reste une statistique empruntée à Boivin et Dugès, et, tout en n'admettant pas sans restriction de semblables résultats, il faut au moins en tenir compte.

Sur 686 cas de métrite-péritonite l'inflammation de l'ovaire a été notée 37 fois.

Sur 56 femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale, Robert Lee a presque toujours trouvé les ovaires rouges, gonflés et ramollis (32 fois).

Enfin, sur 222 cas de fièvres puerpérales observées par M. Tonnellé, on a trouvé 58 fois une ovarite.

M. Ch. Bernard attache une grande importance, comme causes de l'ovarite, aux troubles de la menstruation qu'il divise en *constitutionnels* et en *accidentels*. Les troubles, qu'il appelle constitutionnels, sont rattachés par lui, soit à un vice de la constitution (scrofules), soit à un état acquis, état nerveux, état hystérique, soit enfin à des lésions anciennes du péritoine et des annexes de l'utérus. Dans ces cas divers il y a constamment, suivant ce médecin, dysménorrhée, et il survient souvent une ovarite qui suit plutôt une marche subaiguë qu'aiguë.

Les troubles accidentels de la menstruation consistent surtout dans l'aménorrhée produite rapidement à la suite d'émotions morales vives ou de refroidissements subits survenus pendant l'époque menstruelle, et l'ayant supprimée. Dans cette circonstance, la suite de cette suppression est une ovarite, et spécialement une ovarite aiguë.

Quant à la métrorrhagie, M. Ch. Bernard croit, mais cependant il n'ose l'affirmer, que l'ovarite suit une marche très aiguë, surtout lorsqu'elle survient dans les cas où les règles sont brusquement troublées quelques jours après leur apparition.

Tout cela est fort vague et fort problématique ; on pourrait presque en dire autant de toutes les phlegmasies de l'utérus et de ses annexes. Je resterai donc dans un doute complet à l'égard de cette étiologie, doute que partage l'honorable rapporteur du travail de M. Ch. Bernard, M. Moutard-Martin, et qu'il exprime dans sa conclusion.

ARTICLE III. — Symptomatologie de l'ovarite.

Rien de plus obscur dans les auteurs que la description des symptômes de l'ovarite, et cette obscurité se conçoit jusqu'à un certain point.

L'ovarite, en effet, se développe si souvent en même temps que l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, des ligaments larges, du tissu cellulaire de la fosse iliaque, ainsi que de l'utérus, que les symptômes de toutes ces affections se trouvent confondus, et qu'il est difficile de faire la part des unes et des autres.

Bien plus, dans plusieurs descriptions, on a fait un véritable roman, et les histoires d'ovarite qui ont été données ne se trouvent certainement que dans l'imagination de ceux qui les ont faites.

Il est facile de s'en convaincre en lisant l'article OVARITE du *Compendium de médecine*. Les auteurs, dans un article fort bien fait, se sont attachés à examiner ce que les médecins qui ont écrit sur l'ovarite ont dit touchant les symptômes de cette affection ; eh bien ! rien ne se ressemble moins que ces différentes descriptions ; rien non plus ne ressemble à ce que les observateurs sérieux ont vu dans les quelques cas d'ovarite, qu'on rencontre quand on est à la tête d'un service d'hôpital. Dans d'autres cas, on a tout à fait confondu les symptômes de l'ovarite, soit avec ceux du phlegmon des ligaments larges, soit avec ceux de l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Valleix, si exact dans ses descriptions, déplore également l'inexactitude des signes de l'ovarite donnés par les auteurs. Il

m'a été donné d'en observer quelques cas, et c'est en m'appuyant sur eux que je vais essayer d'en faire la description.

Mode de début. — Je n'ai observé rien de spécial sous le rapport du début. Dans la plupart des cas, c'est une inflammation consécutive à celle de l'utérus ou du tissu cellulaire qui l'entoure. L'invasion de l'ovarite est alors annoncée par l'augmentation des accidents et l'intensité plus grande de la fièvre. Lorsque l'affection se développe après l'accouchement et au milieu des phlegmasies puerpérales ou post-puerpérales, c'est au milieu d'un appareil de symptômes qui appartient aussi bien à l'inflammation de l'utérus qu'à celle de ses annexes.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a peu de temps, une ovarite droite chez une femme qui se considérait comme enceinte de trois mois ; l'utérus était en effet développé ; je suis resté incertain relativement à l'existence de la grossesse ; mais il y avait une tumeur ovarique droite très douloureuse et qui disparut sous l'influence de deux applications de sangsues, de bains et de cataplasmes. Le début ne s'était annoncé que par des douleurs abdominales du côté droit.

Si nous mettons de côté les cas dans lesquels il existe simultanément un phlegmon du tissu cellulaire des ligaments larges ou de la fosse iliaque, nous arrivons au tableau symptomatologique suivant :

SYMPTÔMES LOCAUX. — Douleur. — La douleur est un des symptômes principaux et des plus caractéristiques de l'ovarite ; la douleur siège au point où se trouve l'organe malade, et elle correspond généralement à la tumeur qui existe. La douleur varie beaucoup d'intensité ; il est rare qu'elle soit assez forte pour arracher des cris aux malades. Dans les 6 ou 7 cas que j'ai observés, je l'ai toujours trouvée d'une intensité médiocre, et devenant rapidement sourde et obscure après l'emploi des émissions sanguines.

La douleur ovarique se propage du côté qui est le siège de la maladie : c'est dans la région lombaire, dans le flanc, dans la hanche, à la partie supérieure de la cuisse. Valleix admet

qu'elle peut gêner les mouvements de la cuisse et de la jambe du côté correspondant.

La douleur augmente notablement par la pression, la palpation, la percussion, et parfois ces trois actes causent de très vives douleurs aux malades; les mouvements, les secousses agissent absolument dans le même sens.

Il est rare que la douleur n'occupe exclusivement que l'ovaire; la palpation démontre qu'elle se propage toujours dans une certaine zone, mais sans qu'on trouve de tuméfaction inflammatoire du tissu ambiant.

C'est surtout au début que la douleur ovarique présente le plus haut degré d'intensité. Cette intensité décroît; je l'ai vue devenir presque nulle chez une jeune femme dont la maladie se termina par la suppuration et la mort.

Tumeur. — La manifestation d'une tumeur unie au symptôme douleur est le meilleur indice de l'existence d'une ovarite. La tumeur ovarique varie de volume, depuis celui d'une grosse noix jusqu'à un œuf de poule et quelquefois même davantage. Cette tumeur profonde, dure, siège en général au côté interne de la fosse iliaque et en arrière, et un peu au-dessus du pubis. Quelquefois elle est plus profonde, et il faut déprimer d'une manière un peu notable la paroi abdominale pour l'atteindre et l'explorer d'une manière convenable. Lorsque la tumeur se trouve plongée au milieu d'un tissu cellulaire enflammé comme l'ovaire lui-même, ce qui arrive dans bon nombre de cas, il est beaucoup plus difficile de l'isoler et de faire la part des deux phlegmasies concomitantes.

La tumeur doit être étudiée à l'aide de la palpation abdominale, pratiquée avec beaucoup de ménagement; la percussion peut encore venir en aide pour déterminer le volume de l'ovaire enflammé. A l'aide de ces moyens, on constate les caractères suivants: *a.* le volume et la forme de la tumeur; *b.* son siège positif et ses rapports avec l'inflammation d'un point quelconque du tissu cellulaire péri-utérin; *c.* la douleur que développent la palpation, la pression ou la percussion.

Le toucher vaginal et le toucher rectal doivent toujours être pratiqués avec soin dans l'ovarite; ils permettent de mieux préciser le siège et les divers caractères de la tumeur.

Chaleur. — Dans un des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la malade accusait une vive chaleur dans la région ovarique; je n'ai attaché toutefois aucune importance à cette sensation éprouvée dans les phlegmons péri-utérins.

Influence sur la menstruation. — L'influence de l'ovarite sur les règles n'a pas été étudiée avec soin. Il m'a semblé, dans les cas que j'ai observés, qu'elle avait produit de la dysménorrhée.

M. Ch. Bernard a été plus loin; après avoir fait jouer aux troubles menstruels un grand rôle dans l'étiologie de l'ovarite, il les considère aussi comme phénomènes symptomatiques de cette maladie, et comme causes de la dysménorrhée, de l'aménorrhée et de la métrorrhagie.

La dysménorrhée a été surtout étudiée par les auteurs anglais Oldham, Rigby, Gaby, Tilt; elle s'observe plutôt dans l'ovarite subaiguë que dans l'ovarite aiguë.

L'aménorrhée n'est pas très rare dans l'ovarite.

Quant à la métrorrhagie, elle se montre de préférence, suivant Tilt, chez les femmes nerveuses, irritables et dont l'utérus paraît disposé à l'engorgement.

Tout ceci est la contre-partie de ce qui a été dit par M. Bernard au sujet de l'étiologie, et a besoin d'être vérifié. Il est au moins singulier que les mêmes phénomènes qui ont été invoqués pour constituer l'étiologie d'une affection sont ensuite donnés comme l'expression symptomatique de la même maladie.

Symptômes du côté des autres appareils. — *Tube digestif.* — La partie supérieure du tube digestif subit les mêmes modifications que l'on observe dans la plupart des états fébriles symptomatiques d'un état phlegmasique: la langue est blanche, la soif augmentée, l'appétit diminué. Les auteurs n'ont généralement pas noté l'existence de vomissements, que j'ai cependant vus dans un cas. La constipation est un phénomène

que l'on observe presque toujours. M. Leroy (d'Étiolles), dans un petit opuscule publié il y a longtemps, a fait jouer à la constipation un rôle exagéré; ce symptôme existe dans l'ovarite, mais au même titre que dans les diverses inflammations du tissu cellulaire péri-utérin et que dans la métrite. La situation des parties malades dans le voisinage du rectum, la douleur que causent les déjections, en sont les seules causes. Je dirai absolument la même chose des envies fréquentes d'uriner et de la difficulté d'émission des urines; c'est un symptôme commun à toutes les inflammations des organes contenus dans le petit bassin.

Appareil circulatoire. — L'ovarite aiguë s'accompagne d'un mouvement de fièvre qui peut exister à des degrés très variables; cette fièvre est plus ou moins forte et subordonnée à l'intensité de l'ovarite et à l'absence ou à la présence d'un phlegmon du tissu cellulaire ambiant. Lorsque l'ovarite se termine par suppuration, on observe en général, comme dans toute suppuration, des frissons plus ou moins prolongés, et les exacerbations du soir et de la nuit sont beaucoup plus caractérisées.

Système nerveux. — Le système nerveux ne présente, en général, aucune modification; et s'il est donné de constater quelques troubles sympathiques du côté de cet appareil, ce sont de simples coïncidences, des complications, ou bien des symptômes spéciaux résultant de l'idiosyncrasie des femmes atteintes d'ovarite.

Clarus assure que dans l'ovarite les membres inférieurs sont souvent agités par des convulsions, et que les malades leur imprimant alternativement et avec force des mouvements d'extension et de flexion; de plus, les facultés intellectuelles seraient troublées d'une manière fort remarquable; on observerait une espèce de délire érotique qui rappellerait tout à fait la nymphomanie.

Il est probable qu'il y a quelques erreurs dont nous ne pouvons nous rendre compte, car ici nous n'observons rien de semblable.

ARTICLE IV. — Marche, durée, terminaisons de l'ovarite.

Marche. — La marche de l'ovarite est ordinairement continue et régulière. C'est une maladie qui ne présente pas en général de périodes spéciales; elle peut être toutefois soumise, comme toute phlegmasie, à des alternatives d'aggravation et de diminution.

La *durée* est variable. On a admis avec raison plusieurs formes qui sont les suivantes: 1° une ovarite aiguë, dont la durée est de quelques jours et qui doit se terminer rapidement par la résolution ou la suppuration; 2° une ovarite subaiguë, dont la durée est plus longue et peut se prolonger jusqu'à trente ou quarante jours. Cette forme se termine assez souvent par suppuration; 3° une ovarite chronique, forme fort rare; l'ovaire étant en effet peu souvent atteint primitivement d'une inflammation chronique, elle est en général la conséquence de l'existence antérieure d'une inflammation aiguë.

Les symptômes de l'ovarite chronique sont mal connus, et par conséquent mal décrits; il ne m'a pas été donné d'en observer. Il est probable que l'ovarite chronique manifeste son existence par le développement d'une tumeur ovarique, un peu sensible à la palpation et à la pression, et d'un volume variable. Mais, dans ces conditions mêmes, peut-on affirmer quelque chose de bien certain? Cela ne peut-il pas être une tumeur de toute autre nature, et notamment un kyste de l'ovaire? Du reste, je le répète, l'histoire de l'ovarite chronique est tout entière à faire.

Terminaisons. — Les terminaisons de l'ovarite peuvent avoir lieu de plusieurs manières différentes. Les suivantes sont celles qu'on observe le plus ordinairement:

1° *Résolution.* — La résolution est la terminaison la plus habituelle de l'ovarite; sur sept cas que j'ai observés, cinq se sont terminés de cette manière, dans l'espace de dix jours à six semaines.

2° *Suppuration.* — Ce mode de terminaison ne paraît pas être bien rare, car presque tous les auteurs qui se sont occupés

de l'ovarite en ont cité des exemples que j'ai résumés en m'occupant de l'anatomie pathologique; elle est surtout fréquente à la suite de couches.

Lorsque la suppuration arrive, et bien entendu nous ne parlons ici que des cas dans lesquels il n'y a pas simultanément inflammation ou suppuration du tissu cellulaire péri-utérin ou de la fosse iliaque, la douleur ovarique devient en général plus sourde; la malade se plaint de frissons plus ou moins violents, qui se répètent avec une certaine persistance; la fièvre ne cède pas, elle continue et présente en général une exacerbation notable le soir et la nuit.

Lorsque la suppuration existe et que le pus est à l'état de collection, il faut que ce liquide soit évacué; c'est du moins ce qui a lieu dans la plupart, sinon dans tous les cas, car je ne connais pas un seul fait qui démontre la possibilité de la résorption du pus formé dans l'ovaire. Le pus ainsi colligé peut s'ouvrir une issue dans une des parties suivantes: *a.* dans la trompe et de là dans l'utérus; *b.* dans l'utérus par une voie fistuleuse nouvelle; *c.* dans le vagin; *d.* dans le rectum; *e.* à l'extérieur, à travers une fistule cutanée; *f.* dans la vessie; *g.* dans le péritoine.

Parmi ces divers modes d'ouverture, une seule est nécessairement mortelle, c'est dans le péritoine. Il est évident qu'elle détermine une péritonite suraiguë. Les autres peuvent guérir, mais la guérison n'est nullement certaine. Dans le cas que j'ai observé et qui s'est terminé d'une manière fatale, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-trois ans, et qui, un mois après ses couches, fut prise d'une ovarite aiguë qui parut d'abord marcher simplement et sans aucune gravité. La maladie résista cependant aux émissions sanguines locales, aux bains et aux vésicatoires. La suppuration arriva au bout de cinq semaines; le pus fut évacué par le rectum, et la tumeur s'affaissa. Je crus la malade en voie de guérison et je m'empressai de l'annoncer; mais je m'étais trompé. La fièvre continua, la malade ne cessa pas de rendre du pus par l'anus, et un mois après

elle succombait dans un état de marasme effrayant. L'autopsie ne put même être demandée. Je n'avais pas constaté pendant la vie l'existence d'un phlegmon péri-utérin.

Passage à l'état chronique. — Ce mode de terminaison est fort possible, mais je répète encore ici qu'il n'en a encore été publié aucune observation bien authentique.

ARTICLE V. — Diagnostic de l'ovarite.

Le diagnostic de l'ovarite peut être envisagé sous trois points de vue suivants différents, et qui tous trois doivent être pris en considération :

1° Existe-t-il une ovarite? Cette question est difficile et souvent à peu près impossible à résoudre. S'il existe en même temps un phlegmon du ligament large ou du tissu péri-utérin, l'ovaire enflammé est noyé en quelque sorte dans un phlegmon d'une certaine étendue, et on ne peut faire sa part dans la partie tuméfiée. Le diagnostic est alors très incertain, et l'on peut même dire tout à fait impossible, mais peu importe, car le traitement est absolument le même, et il n'y aurait rien de changé à l'ensemble des moyens de traitement, si on savait que l'ovaire est ou non compris dans la tumeur phlegmoneuse.

2° Une tumeur ovarique existant d'un côté, cette tumeur est-elle une ovarite ou une tumeur d'une autre nature, telle qu'une tumeur fibreuse, un kyste, un cancer de l'ovaire? Il nous semble difficile qu'on puisse commettre une erreur si on observe que l'ovarite, au début surtout, suit une marche aiguë et s'accompagne d'un mouvement fébrile en général assez intense; de plus, la tumeur n'est jamais très volumineuse; elle est mobile, douloureuse par elle-même, et plus douloureuse encore par la pression et la palpation; avec ces caractères, il est difficile de se tromper. Je ne parle pas et pour cause d'un signe auquel certains auteurs anglais et allemands attachent une grande importance; suivant ces auteurs, l'ovaire enflammé, devenu plus lourd, serait entraîné dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal, et par le toucher vaginal on développerait, en