

qu'on est tenté de rapporter à la trompe. Ces organes peuvent, en effet, contracter des adhérences avec le fond des culs-de-sac péritonéaux.

Dans la rapide esquisse que je vous ai tracée des premiers symptômes de la périmérite, je vous ai indiqué les retentissements morbides que l'affection des organes pelviens déterminait dans les autres appareils organiques. Comme dans la plupart des cas où le péritoine est touché par le processus inflammatoire, l'estomac subit une impression réflexe qui, souvent, s'exprime par des nausées et par des vomissements. S'ils ne sont pas constants, ces phénomènes sont très-communs au début de la périmérite; quelques malades n'ont que des nausées, d'autres ont des vomissements répétés: d'abord alimentaires, puis bilieux, ils peuvent persister pendant plusieurs jours; cependant, en général, ils cèdent assez promptement quand la fluxion congestive, plus diffuse d'abord, s'est localisée dans le bassin.

Il n'est pas rare qu'ils reparassent à chaque récurrence que subit la maladie; et si celle-ci marche vers une terminaison funeste, le retour des vomissements, leur opiniâtreté incoercible est parfois un des signes de cette situation désespérée.

Si les contractions spasmodiques de l'estomac n'accompagnent pas toujours la périmérite, presque toutes les malades accusent de l'inappétence, et beaucoup se plaignent d'avoir la bouche mauvaise; j'ai vu ces troubles gastriques, constituant un des phénomènes dominants de la maladie chez des malades qui s'opiniâtraient à se lever, disparaître en grande partie sous l'influence du repos horizontal.

La constipation, si habituelle dans les péritonites, marque le plus souvent le début de la périmérite et peut se prolonger pendant toute sa durée. La compression du rectum et de l'S iliaque par la tumeur inflammatoire peut y contribuer.

Mais d'autres fois aussi l'incitation morbide congestive se propage à l'intestin et la malade a de la diarrhée: celle-ci se montre quelquefois d'emblée; souvent elle succède à la constipation, qui, elle aussi, peut succéder à la diarrhée. Ces deux symptômes alternent chez quelques malades. J'ai vu la périmérite provoquer une récidive de dysenterie chez une malade qui en avait été atteinte trois ans auparavant. J'ai observé une diarrhée grave succéder à un purgatif. La constipation prend quelquefois des proportions exorbitantes. Je l'ai vue persister pendant plusieurs semaines, une fois pendant quarante jours, et, dans ce cas, après avoir résisté à tous mes efforts, faire place à des évacuations liquides et à des vomisse-

ments qui précédèrent la mort. Les lésions que je trouvai à l'autopsie sont assez intéressantes pour que je vous rapporte cette observation.

Le 13 mai 1859 entrant dans mon service à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de dix-sept ans, chlorotique et d'une santé habituellement mauvaise. Elle était sujette à de la dyspepsie, à des palpitations, à de la leucorrhée; la menstruation était irrégulière et peu abondante.

Comme curiosité anatomique, j'ajouterai que sa peau, depuis la partie supérieure de la poitrine jusqu'au milieu des cuisses, offrait une coloration brun foncé qui lui donnait l'apparence d'une origine africaine. Cette couche pigmentaire qui avait toujours existé, dit-elle, dessinait une espèce de tablier limité latéralement par des lignes qui s'étendaient de l'angle des côtes à la crête iliaque.

Cette femme, accouchée depuis un mois, avait été tourmentée pendant sa grossesse par de fréquents vomissements. L'accouchement s'était bien passé; elle s'était relevée après huit jours, quoiqu'elle eût conservé des douleurs vagues et de l'inappétence. Le lendemain, neuvième jour après l'accouchement, elle fut prise de frissons violents avec claquement des dents, qui se répétèrent sans régularité, et furent remplacés les jours suivants par des frissonnements peu intenses, revenant surtout le soir. A partir du quinzième jour survint une constipation opiniâtre; le vingt et unième, une douleur se manifesta sur la face dorsale du pied gauche, début d'un phlegmon qui était arrivé à suppuration le jour de son entrée à l'hôpital.

L'écoulement lochial, après avoir été supprimé, était revenu depuis quelques jours sous forme d'un liquide sanguinolent et sanieux.

La veille de son entrée, la première fois depuis sa couche, cette femme avait été prise de vomissements. Depuis quinze jours elle n'avait pas été à la selle. Elle se plaignait d'une sensation très-pénible de barre hypogastrique; le ventre était ballonné, résistant; sur le trajet du côlon et profondément au niveau de la région iliaque droite on sentait une rénitence plus accentuée. L'hypogastre et l'hypochondre droit étaient douloureux à la pression. Les mouvements des membres inférieurs avaient conservé leur liberté.

Je voulus pratiquer le toucher, mais il fut rendu impossible par la saillie considérable que faisait dans le vagin le rectum distendu par les fèces, et par les douleurs excessives que cette exploration provoquait.

Je n'hésitai pas cependant à diagnostiquer une phlegmasie circum-utérine, et pour solliciter doucement l'action de l'intestin sans employer les purgatifs énergiques, qui trop souvent exaspèrent la péritonite, pour opposer en même temps à celle-ci une médication active, je prescrivis des lavements émollients et à l'intérieur 20 centigrammes de calomel en dix doses, des onctions mercurielles belladonnées sur le ventre et des cataplasmes. Il

y eut une amélioration notable, la fièvre diminua et disparut; les vomissements cessèrent; le sommeil revint, mais la constipation résista. Je me décidai alors à donner de l'huile de ricin, mais elle resta sans résultat. Comme la peau était sèche, je fis prendre à la malade des bains tièdes.

Le huitième jour après son entrée, survint une éruption miliaire qui put être imputée aux onctions hydrargyriques.

Le onzième jour, elle avait une évacuation peu abondante de matières noirâtres, poisseuses, rendues en petite quantité et avec des ténesmes extrêmement pénibles.

Le toucher put alors être pratiqué, mais au prix de vives douleurs; il me fit constater que l'utérus était très-élevé, peu mobile, accolé à la paroi droite du bassin; la base du ligament large de ce côté était le siège d'une vive sensibilité; le rectum était encore distendu par des matières, ce qui devait contribuer à repousser l'utérus en haut. Je ne voulus pas prolonger l'exploration à cause des souffrances qu'elle causait à la malade; mais, la répétant au bout de quelques jours, je constatai positivement l'existence d'une tumeur au niveau du ligament large, et en outre l'existence d'un empâtement semi-lunaire qu'on faisait saillir dans le vagin en comprimant la partie droite de la région hypogastrique, et qui enveloppait le col; celui-ci avait pris une direction oblique et sa commissure droite regardait en arrière.

Cependant était survenue une stomatite légère qui céda à l'emploi du chlorate de soude. Cette sensibilité de l'organisme à l'action du mercure est presque toujours un signe favorable et me faisait espérer la résolution de la phlegmasie circum-utérine. En effet, huit jours après, je constatai par le toucher que l'utérus avait repris sa direction normale et en grande partie sa mobilité; la tumeur en fer à cheval qui embrassait le col avait disparu, et la rénitence abdominale avait considérablement diminué. Le rectum restait toujours distendu par des matières; la constipation ne céda pas aux lavements répétés et variés que j'avais prescrits. Je me demande aujourd'hui si mes prescriptions avaient été exécutées et si la malade qui redoutait ce remède n'avait pas obtenu de l'infirmière de la salle d'en être exemptée. Quand une médication ne donne pas le résultat qu'on en attend, la première chose à faire, à l'hôpital surtout, c'est de s'assurer qu'elle a été, et qu'elle a été convenablement administrée. Quoi qu'il en fût, la malade n'avait pas d'évacuations, celles que nous avions obtenues onze jours après son entrée avaient été très-peu abondantes et n'avaient pas fait cesser la distension de l'intestin; celui-ci en réalité ne s'était pas vidé depuis quarante-deux jours, sans qu'aucun phénomène d'obstruction se fût manifesté et sans que la malade parût en souffrir très-notablement. J'ordonnai de nouveau un purgatif doux, pour solliciter encore l'action intestinale sans réveiller la phlegmasie pelvienne; presque aussitôt après, la malade évacua en très-grande quantité des matières poisseuses comme celles qu'elle avait

rendues seize jours auparavant, avec de violentes douleurs sur le trajet du côlon et principalement au niveau du rectum.

En même temps le pouls devint petit, très-fréquent; la respiration s'embarassa; le sommeil était agité, troublé par des rêvasseries; le facies s'altéra profondément; les globes oculaires s'enfoncèrent dans leurs orbites. Des vomissements bilieux très-fréquents alternaient avec des déjections alvines poisseuses: on eût dit une sorte de choléra bilieux. L'absence de ballonnement et l'intensité de la diarrhée me firent repousser la pensée d'une péritonite. Je combattis en vain ces accidents par de la glace et de l'opium à haute dose; ils persistèrent plusieurs jours et la malade succomba.

À l'autopsie, le péritoine abdominal ne présentait, comme je l'avais prévu, aucune altération. La surface des intestins était cyanosée; mais on n'y trouvait aucune trace d'injection inflammatoire ni de néomembranes. Le travail morbide s'était concentré dans l'excavation pelvienne: le péritoine y était injecté, tapissé en différents points et notamment à la surface de l'utérus et de ses annexes de néomembranes dont quelques-unes étaient vascularisées. L'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, était incliné en avant et à droite, et maintenu fixé dans cette position par des brides résistantes qui l'unissaient à la face postérieure de la vessie. Une anse d'intestin grêle et l'appendice iléo-cæcal adhéraient aux anneaux du côté droit; le tissu cellulaire du ligament large du même côté était induré. Dans son épaisseur était creusée une cavité qui contenait une matière puriforme, concrète. Mais les lésions les plus remarquables existaient dans le gros intestin. La muqueuse du rectum était épaissie, boursoufflée, mamelonnée, couverte de fausses membranes grisâtres et d'ulcérations; elle était décollée des couches sous-jacentes de l'intestin; elle présentait, en un mot, des lésions analogues à celles de la dysenterie grave. Les mêmes lésions existaient, mais moins prononcées, dans l'S iliaque; dans le reste de l'étendue du gros intestin, la muqueuse était épaissie, vivement injectée, et présentait de distance en distance des ulcérations larges et profondes qui se retrouvaient jusque dans le cæcum. Ces lésions s'arrêtaient à la valvule iléo-cæcale.

Ainsi, la phlegmasie circum-utérine était bien en voie de résolution; elle occupait à la fois le péritoine pelvien et le ligament large du côté droit: coïncidence très-fréquente et qui confirme ce que nous avons dit de l'unité pathologique de ces deux variétés morbides; les néoplasies inflammatoires étaient en grande partie organisées, transformées en adhérences; restait dans le ligament large un de ces petits noyaux purulents, qui ne sont pas rares après la périmétrite, qui peuvent pendant des mois, pendant des années, rester au milieu des organes pelviens, y dormir en quelque sorte, puis, sous l'influence d'une incitation, s'éveiller tout à coup et devenir le point de départ et comme le germe d'une nouvelle inflammation circum-utérine.

On peut se demander si la présence prolongée des matières dans l'im-

testin n'a pas été une des causes de cette dysenterie terminale; sans contester leur action irritative, je dirai que j'ai vu les mêmes accidents accompagnés des mêmes lésions survenir chez une malade qui n'avait eu qu'une constipation passagère, suivie d'une diarrhée rebelle, et Chomel avait déjà signalé des phénomènes cholériformes comme une complication possible de la métrite-péritonite.

La périmérite est donc presque toujours accompagnée de troubles des fonctions intestinales : constipation ou diarrhée; la défécation est très-souvent douloureuse, quelquefois accompagnée de ténésmes et de spasmes de l'anus.

C'est aussi à une irritation par voisinage du foyer morbide qu'il faut attribuer ces troubles de la miction : envies fréquentes d'uriner, dysurie, ténésmes, douleur en urinant, qui sont plus accentués, plus rapides dans la péritonite utéro-vésicale, mais qu'on observe aussi dans les autres formes de périmérite, surtout quand le foyer morbide occupe le cul-de-sac rétro-utérin. L'utérus refoulé en avant comprime dans ce cas la vessie.

La soif en général est vive; j'ai souvent noté la coloration rouge de la langue; d'autres fois elle est rouge et empâtée : l'inappétence est à peu près constante, quelquefois absolue. Le sommeil est troublé; souvent il fait complètement défaut.

Une fois développée, la périmérite, dans les circonstances les plus favorables, n'arrive pas à résolution avant plusieurs semaines, le plus souvent avant que le retour des règles se soit accompli et que l'excitation qu'elles auront provoquée se soit apaisée. Si telle doit être la terminaison de la maladie, les douleurs se calment, le ventre s'affaisse, la fièvre tombe, les troubles digestifs disparaissent graduellement, l'appétit renaît; la malade trop souvent se croit guérie parce qu'elle ne souffre plus; mais malheur à elle! si elle cède à cette décevante illusion, si elle se lève prématurément avant qu'une crise menstruelle régulière ait confirmé et éprouvé la guérison, avant que le médecin ait constaté, par le toucher, que l'engorgement inflammatoire a disparu et que l'utérus a, en grande partie du moins, reconquis sa liberté. Très-souvent alors ce mode d'exploration fait constater que dans le travail d'organisation et de rétraction des néoplasmes inflammatoires, l'utérus a contracté des adhérences avec les parties voisines; très-souvent il a subi des inflexions ou des déviations qui deviennent permanentes. J'ai souvent vu, au contraire, les rotations sur son axe disparaître après la résolution. Une circonstance digne d'être notée dans ces déviations et ces ectopies utérines, c'est qu'elles ont presque toujours lieu après la résolution, dans un

sens contraire à celui dans lequel elles s'étaient d'abord produites, pendant la période active de la maladie : ainsi, lorsque la tumeur inflammatoire occupe le cul-de-sac postérieur, l'utérus est d'abord repoussé en avant et souvent antéversé; après la guérison, il sera attiré vers le sacrum, et, dans bien des cas, rétroversé ou rétrofléchi; s'il était refoulé vers le cul-de-sac droit, on le trouvera adhérent au côté gauche du bassin et quelquefois incliné ou infléchi dans cette direction.

Presque toujours, aux approches de l'époque menstruelle, le molimen congestif qui la prépare retentit sur le foyer morbide, y réveille un certain degré d'incitation : les douleurs reparaisent; parfois la fièvre se rallume jusqu'au moment où le flux menstruel prend son cours; quelquefois alors les changements de direction et de position de l'utérus lui créent des obstacles et sont une cause de souffrance. Si les règles ne viennent pas, le médecin doit être attentif à surveiller cette crise, dont M. Bernutz a si bien fait ressortir l'importance capitale : s'il n'intervient pas pour favoriser les règles ou pour les suppléer, si la malade n'est pas maintenue dans un calme et dans un repos absolu, et dans cette horizontalité sur laquelle je reviens toujours, qui font de l'hémorrhagie menstruelle une saignée résolutive et un des agents les plus efficaces de la guérison, alors on voit éclater une rechute avec des symptômes analogues à ceux qui avaient marqué la première invasion; cependant ils sont généralement moins violents. Mais il faut le plus souvent attendre l'époque menstruelle suivante pour obtenir une guérison définitive.

Telle est la forme franche, simple de la périmérite postpuerpérale; mais il n'est pas rare qu'elle se complique d'autres symptômes, même dans les cas où elle doit aboutir à la résolution.

Ainsi quand la fièvre a prolongé sa durée, elle est souvent accompagnée de sueurs nocturnes profuses qui épuisent l'organisme; quelquefois une toux quinteuse sèche s'y ajoute, et peut, comme l'a noté M. Bernutz, jointe à cette fièvre avec redoublements vespéraux et à physionomie hectique, simuler les symptômes de la phthisie pulmonaire. J'en ai observé plusieurs exemples. Quelquefois même, suivant cet observateur éminent, l'auscultation, dans ce cas, pourra faire entendre des râles suspects qui, comme tout cet ensemble symptomatique, disparaîtront avec la périmérite. J'ai vu, chez deux malades, ces bronchites se compliquer d'une pleurésie, qui fut double chez l'une d'elles, et, malgré cette complication, la terminaison être favorable.

A l'insomnie, presque constante au début de la maladie, se joignent souvent, comme troubles nerveux, de la céphalalgie, du délire pendant

les paroxysmes fébriles, quelquefois des syncopes, chez les malades affaiblies par des pertes abondantes; enfin, chez les hystériques, la périmérite peut mettre en jeu l'élément névropathique qui mêle ses symptômes propres aux anomalies de l'innervation qui dépendent de la phlegmasie pelvienne. M. Nonat a cité des observations de paralysie des membres supérieurs liée à la périmérite.

L'anémie, si habituelle après l'accouchement, augmente encore sous l'influence de la périmérite et favorise le développement de ces accidents névropathiques, qui peuvent à leur tour inciter le travail congestif.

Une fois celui-ci complètement éteint, les malades ne sont pas quittes avec les névralgies: comme des pleuralgies succèdent à la pleurésie, de l'hystérialgie, des douleurs pelviennes et lombo-abdominales succèdent à la périmérite. Elles reviennent quelquefois pendant un temps très-long, à des intervalles variables, parfois sans cause appréciable, plus souvent sous l'influence de fatigues, de refroidissements, de la congestion menstruelle. Aiguës, en général lancinantes, suivant des directions déterminées, apyrétiques, accompagnées de jactitation, elles ne seront pas confondues avec les douleurs inflammatoires, plus diffuses, plus continues, ordinairement plus sourdes, qui condamnent la malade à l'immobilité et sont accompagnées d'une réaction fébrile.

Quand ces douleurs sont très-vives, elles peuvent appeler sur l'appareil utéro-ovarien une fluxion passagère qui souvent s'exprime par un écoulement leucorrhéique, qui, même, si la malade commet quelque imprudence, si surtout elle est dans la période cataméniale, peut favoriser une récurrence de la péritonite.

Parmi les complications moins fréquentes de cette affection que j'ai cependant plusieurs fois observées, je citerai l'adénite inguinale profonde. J'ai plusieurs fois senti au-dessus du ligament de Fallope, en refoulant la paroi abdominale, une induration superficielle, mamelonnée, sans connexion immédiate avec la tumeur inflammatoire, et qui m'a paru devoir être attribuée à l'engorgement des ganglions lymphatiques profonds; je l'ai vue coïncider une fois avec une adénite superficielle, et une autre fois persister après la résolution de la périmérite. Des crampes, une névralgie crurale ont accompagné chez une malade cette tuméfaction. Il est probable que les ganglions lymphatiques subissent souvent le retentissement de la phlegmasie pelvienne, mais leur engorgement se perd dans la tumeur inflammatoire à laquelle ils sont le plus souvent annexés; et, dans d'autres cas, la rénitence douloureuse de la région iliaque empêche de les atteindre.

Je citerai encore la phlegmatia alba dolens qui se montre généralement d'un seul côté, mais peut envahir les deux membres inférieurs, ou d'autres fois une partie limitée de ces membres. Quelquefois, sans phlegmatia alba, on observe un empâtement œdémateux des membres inférieurs.

Dans deux cas j'ai vu un phlegmon du dos du pied survenir au début de la périmérite, qui une fois se termina par suppuration, et l'autre fois (c'était chez cette malade dont j'ai rapporté l'observation), aboutit à une recto-colite mortelle. Mais, là encore, il y avait une petite collection purulente dans le ligament large, de sorte que ce phlegmon peut être considéré comme l'expression d'une tendance pyogénique de la périmérite.

Des herpès labialis, de l'urticaire, du prurit vulvaire, de la miliaire, se sont montrés chez quelques-unes de mes malades. La dernière de ces affections cutanées est connexe à des transpirations abondantes, les autres manifestent quelque disposition constitutionnelle mise en jeu par la maladie accidentelle.