

Les conditions mêmes de l'organisme qui produisent la chronicité diminuent souvent l'intensité des phénomènes réactionnels : la fièvre

l'a été toujours d'une manière normale jusqu'à l'époque de son mariage, qui date de cinq mois. Elle se livra alors à des excès de coït qu'elle continua pendant l'époque menstruelle : imprudence trop commune, et à laquelle les nouveaux mariés se laissent entraîner d'autant plus facilement que très-souvent les premières relations conjugales provoquent le retour prématuré des règles.

Elle fut, pendant cette époque même, prise de frissons, de fièvre, de douleurs dans les reins, le ventre et les cuisses ; elle fut obligée de rester alitée pendant un mois, et quand elle se releva, la marche provoquait des douleurs très-violentes dans les régions lombaire et hypogastrique, douleurs qui la forçaient à se tenir courbée en deux. Le coït était impossible. Après trois semaines d'efforts et de souffrances, elle dut reprendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis cette époque.

A partir de ces premières règles, dont la perturbation fut le point de départ de la maladie, elle a perdu du sang constamment et quelquefois en quantité considérable. Depuis quinze jours seulement cette métorrhagie est remplacée par une leucorrhée abondante, parfois sanguinolente. La malade avait de la fièvre, de la diarrhée glaireuse ; elle souffrait en urinant au commencement et à la fin de chaque miction ; elle ne pouvait étendre la cuisse gauche, qui restait fléchie sur le bassin. Elle se décida à venir à l'Hôtel-Dieu.

Par le toucher, je trouvai l'utérus volumineux, immobile ; le col, allongé, descendait jusqu'à la vulve et appuyait contre le pubis ; un peu entraîné à gauche par une bride qu'on trouvait de ce côté, il était repoussé en avant par une tumeur qui occupait le cul-de-sac postérieur et la partie voisine des culs-de-sac latéraux ; au-dessus de la ceinture pelvienne elle remplissait la fosse iliaque gauche, remontait au milieu jusqu'à l'ombilic, et s'étendait à droite jusqu'à trois travers de doigt de la ligne blanche.

Je lui prescrivis un repos absolu, des lavements laudanisés, et un vésicatoire sur l'hypogastre.

Deux jours après, les règles apparaissaient *sans douleurs* ; elles ne durèrent que quatre jours, tandis qu'elles en duraient ordinairement cinq, et elles furent peu abondantes. La diarrhée s'arrêta ; les souffrances de la malade s'apaisèrent au point qu'elle put étendre la jambe.

Quelques jours après, le toucher me faisait constater une diminution sensible de la douleur inflammatoire, et une mobilité plus grande de l'utérus, surtout dans le sens antéro-postérieur. Cependant il restait toujours engorgé, très-volumineux, et dépassait de trois travers de doigt le bord supérieur du pubis.

Je prescrivis un second vésicatoire, et chaque jour une potion avec un gramme d'extrait de quinquina et de 25 à 40 centigrammes d'iodure de potassium.

Le vésicatoire produisit des accidents de cystite qui furent efficacement combattus par des cataplasmes et des suppositoires camphrés et belladonnés.

Pour hâter le travail résolutif, après la cessation de la fièvre et des douleurs, je lui fis prendre, quelques jours plus tard, un bain avec 200 grammes de sous-carbonate de soude et 20 grammes d'iodure de potassium.

La malade l'avait bien supporté et éprouvait un sentiment de mieux être qui lui inspira, malgré un léger retour de l'écoulement sanguin, la fâcheuse pensée d'en-

peut être passagère et peu intense, ou bien elle se rallume par accès irréguliers, erratiques ; quelquefois elle ne se montre qu'au moment des recrudescences. Dans les cas même où l'état fébrile n'est pas nettement dessiné, il y a, en général, de l'excitation et de la chaleur après les repas et de l'agitation nocturne.

Quand la maladie se termine par suppuration, la fièvre prend habituellement le caractère de l'hecticité. Elle se montre alors sous forme rémittente, caractérisée par des accès quotidiens ou doubles quotidiens dans l'intervalle desquels le pouls conserve de la fréquence et la peau présente une chaleur anormale. Ainsi que nous l'avons dit à propos de la forme aiguë, c'est surtout alors qu'on observe ces sueurs profuses et ces toux opiniâtres qui font craindre une complication thoracique plus grave.

Bien que la céphalalgie et les troubles nutritifs qui accompagnent la fièvre soient moins prononcés et moins constants que dans la forme aiguë, on les observe cependant ; l'inappétence peut aller jusqu'à une aversion presque invincible pour les aliments réparateurs. En revanche,

reprendre mes défenses et de quitter son lit. Le soir même la fièvre s'allumait et le pouls s'élevait à 140 pulsations. Les douleurs revinrent avec violence et l'écoulement sanguin reparut. Des cataplasmes émollients, quelques sangsues appliquées sur les cuisses, modérèrent les douleurs et ramenèrent le flux sanguin.

Cependant, comme la sensibilité abdominale était toujours très-vive, que la fièvre persistait, et qu'elle avait en outre de la constipation, je prescrivis 20 centigrammes de calomel en dix doses, et quelques lavements légèrement laxatifs.

La fièvre se calma, mais la constipation ne céda point ; lui attribuant une partie des douleurs, je me décidai à donner deux verres d'eau de Sedlitz, et en même temps, pour éteindre plus complètement la congestion péritonitique et contre-balancer l'effet irritant que pouvait avoir le purgatif, je fis appliquer un vésicatoire.

Le résultat de cette médication fut favorable, et un écoulement sanguin passager succéda à l'application du vésicatoire.

La cuisse s'était de nouveau fléchie sur le bassin. Evidemment cette recrudescence du travail inflammatoire, provoquée par une imprudence, avait arrêté la régression réparatrice qui marchait jusque-là d'une manière satisfaisante.

Je substituai à l'iodure de potassium la teinture d'iode à la dose de 3 gouttes, deux fois par jour, dans un peu d'eau de riz, parce qu'elle m'a paru avoir une action résolutive plus énergique que l'iodure alcalin.

Un nouvel examen, pratiqué huit jours après qu'on avait commencé l'usage de cette médication, me fit reconnaître le dégagement des culs-de-sac droit et postérieur ; mais dans le cul-de-sac gauche on sentait toujours une tumeur annexée à l'utérus.

Je fis alors appliquer un cautère sur la région iliaque gauche. Les douleurs cessèrent, l'appétit se développa et la malade éprouva une amélioration si grande et si rapide que, malgré mes représentations, elle voulut, dix jours après, quitter l'hôpital, incomplètement guérie.

il y a de la soif, souvent des alternatives de constipation et de diarrhée; et ces anomalies de la fonction digestive contribuent à précipiter la dénutrition; l'anémie et l'amaigrissement s'accroissent chaque fois davantage.

Quoique plus rares que dans la périmérite aiguë, les vomissements peuvent se montrer par intervalles, quelquefois opiniâtres et répétés. Dans les cas les plus graves, ils précèdent parfois la terminaison funeste. La douleur suit les diverses phases de la maladie: comme les autres symptômes du travail morbide, elle s'apaise en général au bout de quelques jours sous l'influence du traitement et du repos. Elle se réveille ordinairement quand les malades se lèvent, mais elle n'est pas toujours alors assez violente pour les arrêter. Elles refusent d'écouter ce cri de l'organisme qui sent une action nocive, et elles s'efforcent de reprendre leur vie habituelle, jusqu'au moment où l'exaspération de leurs souffrances leur impose un repos forcé. Heureuses quand une première rechute leur enseigne la prudence et quand elles ne marchent pas de récidive en récidive à un épuisement mortel ou à une solution indéfiniment retardée, ou encore à quelqu'une de ces maladies chroniques qui germent si facilement sur le terrain des cachexies accidentelles!

Dans quelques cas la membrane muqueuse de l'utérus témoigne de sa participation à la fluxion congestive par l'apparition d'un flux leucorrhéique; il a quelquefois un caractère puriforme si accentué qu'on se demande si la périmérite n'a pas débordé dans le vagin. Ce flux, comme nous l'avons dit, peut être interrompu par des métrorrhagies quelquefois peu abondantes et passagères, d'autres fois profuses et prolongées.

Le tissu musculaire de l'utérus est lui-même congestionné, d'où résulte une augmentation de volume de l'organe: en même temps que son col allongé turgide se rapproche de l'orifice vulvaire, son fond proémine souvent au-dessus du pubis, même en dehors des conditions de puerpéralité. Cependant cette hypertrophie est plus considérable et plus constante dans la périmérite post-puerpérale.

Tout en tenant compte de son allongement, l'utérus est le plus souvent abaissé dans la périmérite, ce qui peut être attribué à la fois à l'augmentation de son poids et à la pression que lui fait subir la tumeur inflammatoire.

Je crois ces congestions hypertrophiques de l'utérus plus communes et plus accentuées dans la périmérite subaiguë que dans la forme précédemment décrite; la plupart des autres lésions ne diffèrent que par des nuances de celles qu'on rencontre dans la périmérite aiguë.

Les tumeurs pelvi-péritonéales sont plus volumineuses. Il n'est pas rare de voir à l'occasion d'une congestion menstruelle ou d'une imprudence le travail phlegmasique s'étendre ou envahir, par une sorte de bascule, le côté opposé à son foyer d'origine, où il devient moins actif; comme si cette nouvelle localisation opérât une dérivation favorable à la première.

Le fait suivant en est un exemple (1).

Au mois de janvier 1868, je reçus dans mon service à l'Hôtel-Dieu une femme accouchée depuis onze jours. Elle était pâle, maigre et présentait un aspect cachectique; elle nous raconta qu'elle avait toujours eu de la leucorrhée. Pendant les trois derniers mois de sa grossesse elle avait toussé constamment et avait eu des sueurs nocturnes.

Elle s'était levée le cinquième jour de ses couches et avait été prise immédiatement de nausées, de douleurs lombo-hypogastriques, d'accès de fièvre qui revenaient le soir et qui étaient suivis de sueurs abondantes. La malade continuait à tousser.

L'examen de la poitrine me fit constater un son obscur et de la rudesse du bruit respiratoire dans les régions sus- et sous-claviculaires du côté droit.

L'abdomen était douloureux à la pression; l'utérus volumineux se faisait sentir au-dessus du pubis; son col était entr'ouvert; il était repoussé en arrière et à droite par une tumeur qui occupait le cul-de-sac gauche. Bosselée, inégale, cette tumeur refoulait en bas la muqueuse vaginale. Après avoir employé sans succès différents moyens, le huitième jour de son entrée (dix-neuvième après l'accouchement), je fis appliquer un cautère.

Trois jours après, la fièvre et les sueurs avaient cessé; le sommeil était revenu; le ventre était complètement indolent. Quelques jours plus tard, je constatai que la tumeur était moins saillante dans le vagin.

Un mois après l'accouchement la malade éprouva les sensations qui précédaient ordinairement chez elle le retour des règles; mais elles ne parurent pas; elle éprouvait des douleurs dans le ventre et la fièvre se ralluma. Je fis appliquer alors une sangsue à la partie interne et supérieure de chaque cuisse; après cette application la fièvre tomba et les douleurs s'apaisèrent. Pour confirmer ce résultat, malgré l'état cachectique de la malade, je fis appliquer le lendemain deux nouvelles sangsues. Les règles ne vinrent pas.

Pendant huit jours la malade se trouva très-soulagée; mais à cette époque un écoulement sanguin apparut par la vulve, offrant tous les caractères du flux cataménial; mais il était peu abondant et les douleurs reparurent.

(1) Cette observation a été recueillie par M. le docteur Rathery, alors interne du service.

Après la terminaison de cette crise menstruelle incomplète, les douleurs persistant, je prescrivis deux nouvelles sangsues qui les firent cesser.

Quelques jours après, en pratiquant le toucher, je trouvai que la tumeur du côté gauche avait diminué ; mais en revanche le cul-de-sac droit et une partie du cul-de-sac postérieur étaient envahis. En même temps la fièvre avait reparu par accès précédés de frissons et suivis pendant la nuit de sueurs abondantes.

Je fis mettre un second cautère du côté droit et le lendemain je prescrivis du sulfate de quinine. La fièvre parut céder, mais elle revint au bout de trois jours et résista à de nouvelles doses de sel quinique.

Cependant les douleurs s'apaisèrent et le ventre cessa d'être sensible à la pression. La fièvre continuant, et tenant compte des troubles respiratoires antérieurs et des légères anomalies révélées par l'exploration thoracique, qui pouvaient faire soupçonner chez cette malade une diathèse tuberculeuse, je lui prescrivis de l'arséniate de soude.

Au bout de trois jours de l'administration de ce médicament, la fièvre et les sueurs avaient cessé. Les culs-de-sac vaginaux étaient un peu plus profonds ; mais l'utérus était toujours dans la même position.

A partir de ce moment les douleurs, la sensibilité, les phénomènes réactionnels, ne reparurent plus ; les tumeurs s'effacèrent graduellement, remplacées par des adhérences qui maintenaient la matrice immobile. Peu à peu ces néoplasies qui l'enchaînaient se résorbèrent ou s'assouplirent en s'organisant, et trois mois après l'accouchement elle avait repris son volume normal et toute son indépendance. En même temps, sous l'influence du traitement arsenical, la nutrition avait subi une modification profonde ; l'état général était excellent ; la malade avait acquis de l'embonpoint et la toux avait complètement cessé.

Ainsi, chez cette malade, le retour des règles est hésitant ; il s'accomplit d'une manière incomplète et le travail phlegmasique, surexcité par cette congestion cataméniale qui n'aboutit pas, subit une rémission dans le côté gauche le premier atteint, et envahit le côté droit. Malgré l'état cachectique, malgré les signes d'une induration pulmonaire commençante, une médication, antiphlogistique et révulsive d'abord, puis reconstituante, a paru contribuer puissamment à l'heureuse solution que nous avons obtenue.

Quand la tumeur inflammatoire fait saillie vers la paroi abdominale ou vers les cavités viscérales du bassin, quand elle présente de la fluctuation ou cette élasticité molle qui indique la présence d'un liquide, on doit s'attendre à la suppuration ; et cependant, même dans ces conditions, malgré la longue durée de la maladie, malgré l'épuisement de

l'organisme, la résolution n'est pas impossible. J'en ai rencontré plusieurs exemples (1).

(1) Le 22 avril 1859, je reçus à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de trente et un ans, qui, à part un peu de leucorrhée, jouissait habituellement d'une bonne santé. Accouchée deux ans auparavant, elle avait éprouvé à la suite de sa couche des accidents de métrorhagie qui l'avaient retenue trois semaines au lit avec fièvre, vomissements et même du délire. Depuis cette époque la menstruation était devenue irrégulière.

Deux mois auparavant, ses règles étaient en retard de six jours, elle eut une perte accompagnée de douleurs exacerbantes et de l'expulsion de petits caillots.

Pendant huit jours elle eut de la fièvre entrecoupée de frissons erratiques. Elle éprouvait dans l'abdomen des douleurs diffuses, la marche était impossible ; elle se décida à entrer à l'hôpital.

Quand je la vis, elle n'avait pas de fièvre ; la perte continuait abondante ; l'appétit était nul et l'ingestion des aliments réveillait les douleurs abdominales. Ses nuits étaient sans sommeil ; le ventre était très-sensible à la pression ; le brusque retrait de la main provoquait de vives douleurs.

Au toucher, l'utérus était volumineux, peu mobile, son col était tuméfié, mou, entr'ouvert ; au-dessus du pubis on sentait une tumeur arrondie, formée par le corps de la matrice antéfléchi. Dans le cul-de-sac droit il y avait de l'empâtement.

On constata le soir qu'elle avait de la fièvre. Je la tins pendant quelque temps au repos et à l'usage des calmants et des émoullents ; puis comme elle se plaignait de constipation, après avoir inutilement essayé les lavements, je lui fis prendre 10 grammes d'huile de ricin. Elle eut plusieurs selles, mais en même temps quelques vomissements et un accès de fièvre plus intense que les jours précédents.

Deux jours après, la fièvre avait cessé et la sensibilité abdominale était moins vive.

Quinze jours après, l'écoulement métrorrhagique s'arrêta pour recommencer au bout de cinq ou six jours ; la malade l'attribua au retour de ses règles ; les douleurs abdominales persistaient quoique amoindries. Sur ces entrefaites, la malade eut une varioloïde qu'elle contracta dans la salle, et à la suite de laquelle elle rendit par le vagin une matière sanieuse et fétide ; cet écoulement, qui correspondait à la période menstruelle, dura cinq jours.

On constata alors que l'utérus immobile était repoussé à gauche par une tumeur en demi-lune qui occupait le cul-de-sac droit, refoulait en bas le plafond vaginal de ce côté et s'élevait dans la région iliaque correspondante. Elle avait une consistance œdémateuse, presque fluctuante et était très-sensible à la pression. On sentait les battements des artères vaginales. Le soir la malade avait de la fièvre ; elle accusait des douleurs et des inquiétudes dans le membre inférieur du côté droit ; elle était constipée. Quelques jours après survint une métrorrhagie abondante, mais qui s'arrêta rapidement. *La fluctuation devint évidente* et je m'attendais à voir le pus se frayer une voie au dehors ; les évacuations alvines et les urines étaient chaque jour soigneusement examinées, quoique ce fût surtout vers la région iliaque que la tumeur semblât proéminer.

Il y eut encore un retour de l'écoulement sanguin qui parut pouvoir être considéré comme le flux menstruel.

Quelques jours après, le toucher fit constater une diminution considérable de la

Quand la périmérite subaiguë aboutit à la suppuration, la durée du travail inflammatoire, le séjour prolongé du pus au milieu des tissus, rendent plus difficile l'adhérence et la cicatrisation des parois du foyer. Ces parois ont quelquefois acquis une épaisseur considérable, une consistance cartilagineuse qui les rendent plus résistantes et moins disposées à se contracter et à se rapprocher après l'évacuation du pus. La cavité qui le renfermait ne s'efface pas; un liquide purulent s'y amasse de nouveau jusqu'à ce qu'il la distende, si, comme cela arrive ordinairement, l'ouverture qui lui avait livré une première fois passage s'est oblitérée.

D'autres fois une cause irritante vient réveiller le travail phlegmasique et lui imprimer une activité passagère qui hâte la reproduction de l'abcès.

Dans les deux cas, au milieu de symptômes qui rappellent la première éruption du pus au dehors, qui en diffèrent, cependant, par leur intensité, ordinairement moindre, et par leur durée plus courte, la collection se vide en suivant, en général, la voie qu'elle avait déjà parcourue.

tumeur, sans qu'aucune évacuation de pus se fût faite au dehors. L'utérus se rapprochait de l'axe du bassin; pour retrouver cette rénitence du cul-de-sac droit, qui avait été si saillante, il fallait refouler en bas la région iliaque. Les douleurs et la sensibilité avaient beaucoup diminué.

Deux mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur avait en grande partie disparu; on sentait encore dans le cul-de-sac qu'elle avait occupé une petite saillie ovoïde, arrondie, et la pression exercée sur la région iliaque faisait constater une tuméfaction plus étendue.

Il semblait qu'on dût espérer une solution prochaine, quand le retour des règles (pour la troisième fois depuis l'entrée à l'hôpital) fut le signal d'une rechute. Après avoir paru pendant deux jours elles s'étaient suspendues: alors revinrent des douleurs, de la fièvre; la tumeur prit un nouveau développement. Heureusement le flux menstruel reparut avec abondance et ces accidents se calmèrent. Quelques jours après, le toucher faisait constater que l'utérus avait repris sa position et sa mobilité normales. Les culs-de-sac étaient libres. L'empâtement du côté droit avait disparu. On trouvait seulement dans le cul-de-sac postérieur un petit noyau d'induration. La santé générale s'était notablement améliorée et la malade, au bout de trois mois, quitta l'hôpital.

Je ne crois pas qu'il faille faire remonter à la première métrorrhagie le début de la périmérite: les symptômes locaux étaient encore trop peu accusés quand la malade entra à l'Hôtel-Dieu. Elle avait depuis son accouchement des troubles menstruels, probablement un commencement de métrite qui s'exaspéra au moment de la perte; puis la fluxion congestive, dépassant le tissu utérin, envahit le péritoine. Il se forma un épanchement probablement plus séreux que purulent. Les crises menstruelles manifestèrent une double action si souvent observée: augmentant d'abord la congestion, puis résolutive.

Ces crises peuvent ainsi se répéter à des intervalles variables; j'en ai observé qui se sont reproduites ainsi plusieurs fois par an pendant une quinzaine d'années. La malade était prise de fièvre, de douleurs hypogastriques intolérables, qui s'apaisaient quand elle avait rendu par le rectum quelques cuillerées de pus. La ménopause, en éteignant l'excitabilité de l'appareil utéro-ovarien, fit cesser ces accidents.

La reproduction du pus peut être très-lente, très-peu active comme dans le cas que je viens de citer; elle n'apporte pas alors un grand trouble dans l'équilibre organique; et, à part ces souffrances périodiques et passagères, la malade peut offrir tous les attributs de la santé. Mais il n'en est pas toujours ainsi, la reproduction du pus peut être beaucoup plus active; les crises peuvent se répéter à de courtes échéances; l'ouverture du foyer peut rester fistuleuse et donner issue à un suintement continu: alors la malade peut succomber à une consommation purulente avec les phénomènes de la fièvre hectique, ou à une affection chronique, qui trouve dans l'organisme épuisé un terrain trop favorable à son évolution.

Je ne reviendrai pas ici sur les accidents putrides qui succèdent à l'altération du pus ou aux échanges qui peuvent se faire entre le foyer et l'intestin. Si ces complications peuvent survenir dans la périmérite aiguë, on les observe surtout dans la forme subaiguë.

En général, dans la périmérite subaiguë, le travail suppuratif n'est pas dénoncé par des symptômes aussi véhéments que ceux qui l'accompagnent dans la périmérite aiguë: il peut évoluer sourdement, obscurément, sans réaction violente, sans ces douleurs excessives, lancinantes, qui en font présumer l'imminence.

Une fois formée, la collection purulente peut séjourner longtemps au milieu des organes qui lui font parois; ou pendant longtemps, elle ne laisse échapper au dehors qu'une très-petite quantité de son contenu: peut-être alors s'est-elle ouverte par sa partie supérieure, de telle sorte qu'une petite portion du liquide trouve seule une issue vers l'extérieur; ou bien encore l'extrême sinuosité du trajet fistuleux et sa compression par les parties voisines le rendent-ils difficilement perméable.

Le docteur West a cité l'observation intéressante d'une femme qui, du quatrième au dix-huitième jour après ses couches, souffrit d'une constipation opiniâtre. Alors survinrent des symptômes d'une phlegmasie circum-utérine, à la suite de laquelle les fonctions de l'intestin restèrent douloureuses. Il y avait des alternatives de constipation et de diarrhée; les matières étaient souvent mêlées de pus. Seize mois

s'étaient écoulés depuis le début des accidents, quand, après avoir subi les cahots d'un omnibus, elle rendit par le rectum environ trois pintes de pus. A cette énorme évacuation succéda un écoulement habituel de matière purulente qui dura trois mois; après quoi cette femme se trouva complètement guérie.

Plus encore que dans la forme aiguë les manifestations de l'hystérie peuvent se mêler aux symptômes de la périmérite et en modifier la physionomie.

Une femme de trente-neuf ans, sujette à des attaques d'hystérie et à des douleurs erratiques qui le plus souvent se localisaient au niveau des tibias, entra dans le service de Chomel quand j'y remplissais les fonctions de chef de clinique. Elle avait été réglée à seize ans, et jusqu'à dix-huit elle avait eu des pertes abondantes, manifestation de cette disposition congestive si commune chez les hystériques. Elle avait très-souvent des vomissements. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital ces vomissements étaient devenus beaucoup plus fréquents, accompagnés d'une douleur dans la région lombaire gauche, et d'une céphalalgie occipitale, qu'Hippocrate regardait comme fréquente dans les affections utérines. Cette céphalalgie devenait plus intense pendant la nuit.

Un mois avant son admission à l'Hôtel-Dieu, ces symptômes prirent tout à coup un grand développement; les douleurs irradiaient dans l'hypogastre et jusque dans la région iliaque droite; elles étaient lancinantes et augmentaient beaucoup par la station et surtout par la marche. La malade se tenait dans son lit, couchée sur le côté droit, les jambes fortement fléchies. Les vomissements étaient beaucoup plus fréquents pendant la nuit; le jour elle était dans un état nauséux continu. Pendant huit jours elle eut des accès de fièvre périodiques, précédés de frissons et suivis de sueurs, revenant à onze heures du matin et durant deux à trois heures. Il faut dire que cette malade avait eu longtemps des fièvres intermittentes, circonstance qui pouvait influencer sur le type de ces accès fébriles symptomatiques.

Après avoir lutté longtemps pour continuer son travail, elle fut obligée de s'aliter; le sommeil, troublé depuis longtemps chez elle, l'avait complètement abandonné, l'appétit était nul; elle fut prise de diarrhée; et la miction, qui était habituellement très-fréquente chez elle, devint impossible; il fallut la sonder; la réplétion de la vessie exaspérait les douleurs.

Ce fut alors qu'elle entra dans le service de Chomel. Bientôt après son entrée elle fut prise d'une métrorrhagie abondante qui dura dix-sept jours; pendant cette perte, elle rendit beaucoup de caillots. Peu de jours après, ayant pris un lavement laudanisé, elle sentit, contre son habitude, qu'elle ne pouvait le garder. Elle ressentait des gargouillements, et, avec un soulagement extrême, elle rendit, dans la journée, environ une livre de pus;

elle en rendit encore une demi-livre le lendemain. Quelques jours après les vomissements et la céphalalgie cessèrent complètement.

Ces vomissements habituels, cette névralgie sous-occipitale ancienne, étaient bien probablement de nature hystérique: la congestion de l'utérus et du péritoine suffisaient pour les provoquer; à plus forte raison avait-elle dû les augmenter. Mais dans leur opiniâtreté et dans leur fréquence on pouvait, je crois, soupçonner l'intervention de la névrose dont ces symptômes étaient depuis longtemps une manifestation (1).

Par cela même que le travail morbide a duré plus longtemps on doit s'attendre qu'il laisse à sa suite des lésions plus prononcées et plus persistantes: flexions, déviations, inclinaisons anormales de l'utérus se retrouvent avec les variétés que nous avons décrites, mais en général exagérées. Les adhérences consécutives sont plus intimes et plus solides; elles apportent des obstacles plus considérables aux fonctions des organes dont elles modifient les conditions normales.

Les névralgies qui succèdent si souvent à ces phlegmasies sont plus intenses et plus rebelles; une fatigue, un excès, les variations atmosphériques, peuvent en provoquer le retour; et quand elles sont très-violentes, ce qui n'est pas rare chez les hystériques, elles peuvent rappeler la congestion dans son foyer primitif, provoquer une rechute, si le travail morbide n'était pas encore complètement éteint, ou une récurrence si cet accident survient après la guérison. Ainsi peut-on expliquer cette observation faite par M. Bernutz que l'hystérie peut être une cause de chronicité dans la périmérite. De là, chez les hystériques, la fréquence des récurrences et l'indication de précautions plus sévères et plus prolongées.

Ces névralgies consécutives à la périmérite ont été quelquefois, suivant la remarque de M. Bernutz, imputées à des déviations ou à des flexions utérines qui n'avaient avec elles qu'un rapport de commune origine.

(1) Je ne trouve pas dans cette note mention des résultats du toucher que Chomel ne manquait jamais de pratiquer avec soin, et j'en ai sous mes yeux une autre, annotée de la main de Chomel sous le titre de *méto-péritonite non puerpérale*, dans laquelle ce grand clinicien a parfaitement indiqué l'immobilité, le déplacement de l'utérus causé par une tumeur pelvienne, dont le toucher vaginal et rectal, uni à la palpation, lui avait fait constater le siège et les limites. Il reconnut la fluctuation qui précéda l'issue par le rectum d'une quantité considérable de pus. Ainsi, un des premiers, Chomel avait placé dans le péritoine ces tumeurs saillantes dans le vagin, qu'il distinguait des phlegmons iliaques.

Cet éminent clinicien a quelquefois constaté la connexité de ces névralgies avec la persistance de petits noyaux d'induration ou de petits abcès enkystés.

Ces abcès enkystés peuvent persister indéfiniment, devenir la cause de recrudescences du travail morbide. M. Bernutz a vu un abcès enkysté de la trompe s'ouvrir dans le péritoine et devenir la cause d'une péritonite mortelle.

Les petits noyaux d'induration qui restent réfractaires au travail de résolution peuvent occuper le tissu cellulaire du ligament large ou du méso-rectum. Je les ai quelquefois sentis pendant la vie à la base du ligament large; et l'autopsie me les y a fait constater après la mort.

Au toucher, ils donnent la sensation de petites tumeurs ganglionnaires, arrondies, en général sensibles au toucher, puis, sous l'influence d'une des causes excitantes que nous avons énumérées plus haut, presque toujours pendant la période cataméniale, ils deviennent le point de départ d'explosions péritonitiques à la suite desquelles ils disparaissent. J'ai vu une dame qui a eu trois fois des récidives de périmérite imputables à cette cause. Mais ces péritonites qui éclataient tout à coup avec une grande violence étaient de courte durée. Mon illustre et regretté ami Nélaton m'a dit avoir observé des faits semblables.

La fluxion catarrhale, que nous avons signalée comme une complication fréquente de la périmérite subaiguë, peut amener des érosions de la muqueuse du col qui augmentent le catarrhe. Cette congestion, qui se localise ainsi dans le voisinage du foyer primitif, peut réagir sur lui, retarder la résolution, favoriser des rechutes ou des récidives quand il persiste après la guérison de la phlegmasie circum-utérine.

DE LA PÉRIMÉTRITE

— TROISIÈME LEÇON —

DE LA PÉRIMÉTRITE CHRONIQUE

Sommaire. — Conditions de la chronicité dans les maladies. — Causes de la périmérite chronique. — De la périmérite tuberculeuse. — Connexions pathogéniques de la périmérite et de la tuberculose. — Marche et symptômes de la périmérite tuberculeuse. — Observation.

Djagnostic de la périmérite : avec l'hématocèle, le phlegmon du ligament large, le phlegmon iliaque, les inflexions utérines, les fibromes et les tumeurs ovariennes, les tumeurs fécales, l'ovarite, la métrite, l'hystéralgie.

Pronostic de la périmérite aiguë, subaiguë. — Danger des récidives. — Obstacles apportés à la fécondation, à l'accouchement.

Traitement. — Forme aiguë : repos horizontal, calmants, évacuations sanguines, vésicatoires, mercuriaux, glace, bains, cautères. — Traitement des complications. Importance de la crise menstruelle. — Disménorrhée, traitement qu'elle exige. — Traitement préventif des récidives : repos pendant les règles. — Ceinture. — Eaux minérales.

MESSIEURS,

La périmérite est chronique quand, sous l'influence d'un état morbide constitutionnel, elle ne peut arriver à solution et persiste indéfiniment : soit qu'elle se développe dans un organisme atteint d'une de ces cachexies qui accusent à la fois l'épuisement des forces et un trouble grave de la nutrition ; soit qu'elle se rencontre avec une de ces affections constitutionnelles qui peuvent, comme l'hystérie, appeler dans le foyer morbide des incitations souvent renouvelées ; soit enfin qu'elle soit en connexité avec une de ces diathèses destructives qui s'arrêtent quelquefois, mais ne rétrogradent presque jamais.

La durée de la maladie n'est que le caractère extérieur de la chronicité : celle-ci est l'expression d'une modalité profonde de la vie qui tend

BIBLIOTHEQUE
FAC. DE MED. U. A. L. L.