

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

à persister, qui fait en quelque sorte partie de la constitution, en un mot, qui est devenue constitutionnelle.

De toutes les affections constitutionnelles ou diathésiques qui peuvent imprimer à la périmérite une marche chronique, la tuberculose est incomparablement la plus commune ; si commune, qu'en présence de cette forme morbide la pensée d'un substratum tuberculeux possible se présente tout d'abord à l'esprit du médecin.

La tuberculisation atteint fréquemment les organes génitaux : dans un vingtième des cas, d'après Louis. Ce chiffre serait au-dessous de la proportion réelle si, comme l'a observé M. Bernutz, les trompes utérines, très-souvent négligées dans les investigations nécroscopiques, étaient un des organes pelviens où l'on rencontre le plus souvent des dépôts tuberculeux.

La tuberculose peut se rencontrer avec la périmérite dans des rapports pathogéniques de divers ordres. Nous avons vu en effet la périmérite subaiguë amener quelquefois un épuisement nutritif, un état cachectique qui préparait le terrain aux éclosions diathésiques et surtout aux tubercules.

Chez une femme atteinte de phymatose, la périmérite peut se développer, sous l'action des causes communes qui donnent naissance aux phlegmasies circum-utérines, sans avoir de rapport avec l'affection constitutionnelle, qui s'est déjà manifestée dans les poumons.

Enfin, dans d'autres cas, la périmérite est consécutive au développement de tubercules dans les organes génitaux ; elle est un épiphénomène de la tuberculose.

Dans la première de ces conditions, la tuberculisation, venant assaillir un organisme déjà profondément ébranlé, épuise ses dernières résistances et le conduit à une terminaison funeste.

Quand une périmérite *accidentelle* se développe chez une femme tuberculeuse, si l'organisme n'est que faiblement entamé, s'il conserve des ressources, la périmérite peut avoir une marche régulière et se terminer par la guérison, presque toujours, cependant, avec une certaine langueur des actes réactionnels et réparateurs, inhérente aux constitutions où germe le tubercule. Je vous en ai plus haut cité un exemple.

Si au contraire l'ensemble de la nutrition est plus gravement altéré par la diathèse tuberculeuse, alors la périmérite, développée sous l'influence de causes accidentelles, prendra la note de la tonalité générale de l'organisme. Le travail morbide languira et se prolongera, et

l'action diathésique, pour laquelle il constitue comme un foyer d'appel, pourra intervenir dans son évolution pour en modifier la direction et mêler ses produits à ceux du processus inflammatoire.

Enfin, la localisation de la phymatose dans l'appareil génital peut être primitive ; elle peut y précéder les accidents inflammatoires. Si, dans ce cas, elle n'est qu'un épiphénomène d'une évolution tuberculeuse qui pousse ses envahissements dans toutes les directions, elle ne constitue alors qu'un épisode insignifiant, et souvent à peine remarqué, de la maladie qui se produit dans le poumon.

Mais d'autres fois cette localisation commence par les organes pelviens : le processus tuberculeux peut même exceptionnellement y limiter son action, contrairement à une loi formulée par Louis d'une manière trop absolue.

Ces tuberculisations primitives de l'appareil génital ont été surtout observées chez des femmes délicates d'une nutrition peu active, et surtout chez des femmes strumeuses, affectées de ces catarrhes chroniques de l'utérus qui accompagnent si souvent la scrofule.

Ce catarrhe scrofuleux peut, d'après M. Bernutz, rendre la périmérite chronique, en entretenant dans le voisinage du foyer inflammatoire un état congestif permanent. Il n'est pas invraisemblable qu'il puisse appeler sur l'utérus et sur ses annexes la localisation tuberculeuse aussi bien que le catarrhe bronchique l'appelle quelquefois sur les poumons.

Tout à coup, et ordinairement sans qu'on puisse accuser une de ces causes accidentelles que nous avons vu intervenir dans la production des autres périmétrites, souvent encore au voisinage de l'époque menstruelle, surviennent des douleurs accompagnées de ballonnement.

Ces douleurs ont ordinairement pour point d'origine et pour foyer principal une des régions iliaques ; elles diminuent au bout de quelques jours sans cesser entièrement, et le ballonnement disparaît ; mais la santé ne se rétablit pas.

Le toucher et la palpation font alors constater dans une des régions pelviennes un empâtement, vague d'abord, puis plus nettement dessiné, bosselé, inégal, qui semble dans quelques cas englober la trompe et l'ovaire.

Après un apaisement incomplet, ces crises se répètent sous l'influence de la congestion menstruelle ou de quelque excitation venue du dehors. Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres périmétrites chroniques, le flux cataménial continue en général à se montrer périodiquement : quelquefois il prend le caractère ménorrhagique, et des hémorrhagies

se montrent dans l'intervalle des époques. Cette tendance aux extravasations sanguines se retrouve partout dans le voisinage des tubercules ; elle constitue ici comme une sorte d'hémoptysie utérine.

Les lésions locales persistent ou, si elles semblent diminuer pendant la rémission, elles ne le font que dans des limites très-restreintes. La phlegmasie peut aboutir à la suppuration, et le pus peut se former dans un espace de temps très-court, sans réaction très-intense, sans douleurs très-violentes.

Aran a rapporté l'observation d'une jeune fille délicate, toussant depuis sept ans, qui fut prise, sans cause appréciable, d'accidents péritonitiques. Ces accidents furent assez modérés pour qu'elle pût, au bout de trois jours, reprendre momentanément ses occupations. Cependant, le neuvième jour, elle entra à l'hôpital ; et l'on constata, avec une fièvre très-modérée, une tumeur qui remplissait déjà la moitié inférieure de l'abdomen. Le treizième jour, malgré un traitement très-énergique, trop énergique peut-être, elle rendait par l'anus une quantité énorme de pus.

Quinze jours plus tard, la tumeur se reformait, et au bout de quinze autres jours, un mois par conséquent après qu'elle s'était ouverte pour la première fois, elle se vidait de nouveau dans le rectum, d'où s'échappaient avec le pus des débris membraneux. A partir de ce moment s'établit une diarrhée colliquative que rien ne put arrêter. Des symptômes de tuberculisation pulmonaire, faiblement accusés quelques semaines auparavant, s'accrochèrent de plus en plus, et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la muqueuse utérine infiltrée de matière tuberculeuse ; l'os iliaque était perforé et communiquait avec une vaste cavité qui paraissait formée aux dépens de la trompe et de l'ovaire droits, dont on ne trouva plus que des débris. Tous les organes pelviens étaient unis entre eux par des adhérences au milieu desquelles étaient disséminés quelques noyaux tuberculeux. Les deux poumons étaient criblés de tubercules non ramollis.

Ici la péritonite s'était limitée dans le péritoine pelvien, mais souvent le travail inflammatoire, ainsi que la production anormale qui l'accompagne, tend à se généraliser et à envahir la séreuse abdominale.

Presque toujours une complication de phthisie pulmonaire vient mêler ses symptômes et ses dangers à ceux de la périmétrite tuberculeuse.

Dans tous les cas, la fièvre hectique s'allume ; souvent on voit apparaître une diarrhée irrésistible, des sueurs, qui, comme je l'ai dit

ailleurs, peuvent être bornées à l'abdomen, quand le travail morbide y reste concentré ; et la malade succombe dans la consommation.

Après la mort on trouve, comme nous l'avons vu dans l'observation rapportée par Aran, avec les lésions de la pelvi-péritonite, des dépôts tuberculeux dans la cavité de l'utérus, dans ses parois, dans les trompes, qui sont quelquefois assez dilatées pour égaler le volume d'une pomme, dans les ovaires, qui peuvent acquérir des dimensions énormes, se creuser de cavités pleines de pus, ou disparaître dans la fonte purulente qui détruit les productions tuberculeuses. Tous ces organes, déviés de leur position naturelle, sont enveloppés de néomembranes ; l'intestin est injecté et souvent ulcéré ; la muqueuse vésicale participe à la congestion des parties voisines ; les ganglions lymphatiques intra-pelviens sont infiltrés de tubercules qu'on peut retrouver dans d'autres organes et surtout dans le poumon, où leur absence est une exception. Est-ce à dire que la périmétrite tuberculeuse doit fatalement se terminer par la mort ; je ne le crois pas. Si pour la péritonite tuberculeuse généralisée cette terminaison n'est pas absolument constante, à plus forte raison peut-on quelquefois espérer une solution relativement favorable de la pelvi-péritonite tuberculeuse.

Dans l'observation suivante, nous verrons dans une périmétrite chronique, chez une tuberculeuse, un apaisement assez considérable des phénomènes morbides pour que la malade se soit crue guérie.

Une jeune fille de dix-huit ans, pâle, maigre, chétive, entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1865. Elle avait eu dans son enfance des ophthalmies scrofuleuses. Régulée depuis l'âge de quinze ans, elle ne voyait ses règles que pendant un ou deux jours ; elles étaient précédées de leucorrhée et accompagnées de douleurs dans le ventre et surtout dans les reins. Elle toussait presque continuellement depuis deux ans, elle avait eu des hémoptysies, des sueurs nocturnes, et elle souffrait du dos en travaillant.

Neuf semaines avant son entrée, des douleurs très-vives se firent sentir dans le côté droit du ventre et les règles manquèrent pendant deux époques. Elles étaient revenues huit jours avant son entrée ; mais, au moment où elles s'arrêtèrent, elle fut prise de douleurs très-vives dans ce même côté droit de l'abdomen, de frissons et de fièvre qui se répétèrent les soirs suivants, de sueurs nocturnes, de vomissements répétés et de diarrhée. Elle avait jusqu'à vingt selles par jour, rejetait tout ce qu'elle ingérait ; à ces symptômes se joignait une anorexie complète. Les vomissements et la diarrhée s'arrêtèrent au bout de quatre jours.

Je la trouvai couchée sur le dos, immobile, le pouls était peu fréquent, la peau sans chaleur. Cependant, disait-elle, elle avait toujours le soir des accès fébriles, mais les frissons étaient moins intenses.

Sous la clavicule droite, je constatai une diminution de la sonorité, une respiration rude et peu expansive, de l'expiration prolongée. La malade se plaignait de douleurs vives dans la région iliaque droite, qui offrait une rénitence manifeste; elle n'avait pas de leucorrhée.

Je lui fis appliquer un vésicatoire *loco dolenti* et lui fis prendre 10 centigrammes d'opium.

Le lendemain la douleur avait passé dans le côté gauche. Je ne pus pratiquer le toucher à cause de l'intégrité de la membrane hymen; par le rectum, je constatai une tuméfaction du côté gauche. Je prescrivis un nouveau vésicatoire de ce côté, et je fis continuer l'opium; en même temps j'ordonnai des frictions mercurielles belladonnées sur l'abdomen, et des onctions sous les aisselles avec une pommade contenant 1 gramme de sulfate acide de quinine.

A la diarrhée avait succédé la constipation; je fis administrer des lavements glycélinés.

Ces derniers moyens demeurèrent sans résultat, et quelques jours après, la malade n'ayant pas eu d'évacuations depuis onze jours, je me décidai à lui donner 5 grammes d'huile de ricin: elle eut quatre selles précédées de douleurs vives, et le ventre s'affaissa. Pour entretenir ce mouvement intestinal je lui fis prendre, le soir, une pilule d'extrait de belladone d'un centigramme, et craignant de la tenir trop longtemps sous l'action du mercure, je remplaçai l'onguent napolitain par une pommade renfermant de l'extrait de ciguë et de l'iodure de potassium.

Cependant elle était arrivée à sa période menstruelle; je ne trouvais pas de fièvre le matin, mais le soir elle se montrait par accès. La diarrhée était revenue; bientôt des vomissements s'y ajoutèrent. En même temps le ventre, sans se ballonner, devint le siège de douleurs et d'une induration diffuses. C'était cet empatement général qui caractérise la péritonite chronique avec des inégalités et des indurations partielles. Il y avait une vive sensibilité à la pression. Je constatai un peu d'œdème des membres inférieurs. Je prescrivis une pilule d'opium d'un centigramme tous les quarts d'heure: à la dixième les vomissements s'arrêtèrent. Je fis appliquer sur la région épigastrique un emplâtre de thériaque et de belladone, et un cautère sur la région iliaque gauche. Les nausées persistaient, mais elle ne vomissait pas. La constipation vint de nouveau remplacer la diarrhée.

Le mois suivant, à la même époque, correspondant à la période menstruelle, les douleurs abdominales se firent sentir de nouveau, accompagnées de diarrhée. Les vomissements reparurent, et cette fois, malgré tous

les moyens qui leur furent opposés, ils revinrent fréquemment pendant plus d'un mois.

La toux devint plus fréquente, il y eut quelques hémoptysies, et un jour la malade accusa une douleur très-vive sous le sein gauche, qui fut calmée par une injection sous-cutanée d'un soluté de morphine.

Après quelques semaines de calme relatif, aux approches de la troisième époque menstruelle qui manqua comme les précédentes, il y eut une nouvelle exacerbation des phénomènes morbides. Les douleurs devinrent si violentes que la malade ne pouvait étendre les cuisses, et elle les tenait fléchies sur le bassin. Je fus obligé de recourir à la glace pour apaiser les vomissements.

Huit jours après environ, la malade éprouva une grande amélioration: les douleurs avaient disparu. Le ventre restait toujours dur et empâté, mais il était beaucoup moins sensible à la pression. La malade se leva malgré mes défenses, et ne s'en trouva pas mal. Ce mieux être fut troublé pendant vingt-quatre heures par un accès de fièvre violent, que nous attribuâmes à une émotion causée par la mort d'une de ses voisines.

Cet accident n'eut pas de suite; et la malade voulut sortir, non guérie, mais ne souffrant plus.

Je cite cette observation, non pas comme un exemple de guérison, mais comme un exemple des rémissions qu'on observe quelquefois dans les péritonites chroniques; et sans pouvoir établir que cette péritonite était tuberculeuse, l'amélioration obtenue ne me paraît pas une raison suffisante pour faire rejeter cette supposition.

La suppression du flux menstruel pourrait y paraître une objection plus sérieuse d'après ce que nous avons dit plus haut; mais il faut se rappeler que cette jeune fille était anémique et très-faiblement menstruée, que ses règles avaient déjà été suspendues pendant deux mois avant l'invasion de la périmétrite, que cette suppression n'avait pu être imputée à aucune cause extérieure et qu'elle était l'expression de son état constitutionnel. En outre, elle toussait depuis deux ans; elle avait craché du sang et elle présentait des signes de tuberculisation pulmonaire; elle se trouvait par conséquent dans les conditions où il n'est pas rare de voir la fonction ovarique supprimée.

Cependant, vers les époques cataméniales, le molimen congestif s'est exprimé par une exaspération des phénomènes morbides; mais cette recrudescence s'est apaisée après la troisième époque pour faire place à un calme complet, comme si l'appareil utéro-ovarien avait dit son dernier mot, et laissait par son inaction le foyer inflammatoire péritonéal s'éteindre également.

Notons qu'en même temps la toux avait augmenté, que le foyer pulmonaire semblait devenir plus actif et pouvait exercer une diversion favorable à l'affection abdominale. Ces faits de révulsion pathologique, déplaçant ou enrayant l'action morbide, ne sont pas rares dans l'histoire de la tuberculose : une fistule anale, une dartre, un flux hémorroïdal, tiennent quelquefois en échec le développement des tubercules, qui éclatent quand disparaissent ces autres centres d'irritation et de fluxion congestive.

Je ferai remarquer encore que, si l'on voit des phthisies pulmonaires sans hémoptysies, les métrorrhagies peuvent manquer dans la périmé- trite tuberculeuse.

Diagnostic. — En décrivant les symptômes et la marche de la périmé- trite, nous avons indiqué les phénomènes qui permettent d'en recon- naître l'existence. Sans revenir sur ces détails, je vous dirai avec quelles affections on peut être exposé à la confondre et à l'aide de quels signes elle peut en être distinguée. La distinction de la périmé- trite et de l'hé- matocèle est peut-être le point du diagnostic qui offre quelquefois le plus de difficulté, quand on n'a pas assisté au début des accidents et quand on arrive à une période où les caractères locaux de ces deux mala- dies présentent des différences moins tranchées, quand surtout des acci- dents inflammatoires sont venus compliquer l'extravasation sanguine.

Pour faire ressortir les nuances qui séparent ces deux affections, je rappellerai en quelques mots les symptômes de l'hématocèle. Elle n'a pas de connexité avec la puerpéralité et ne se montre que très-exception- nellement après l'accouchement ; elle a au contraire des relations pathogéniques très-fréquentes avec la fonction menstruelle, avec les obstacles ou les causes perturbatrices qui peuvent l'empêcher de suivre son cours naturel. Dans ce cas, comme le remarque judicieusement M. Bernutz, l'épanchement péritonéal ne succède pas immédiatement aux troubles de la menstruation ; un certain temps s'écoule avant que le sang se répande dans l'abdomen après avoir distendu la cavité utérine et les trompes. Dans la périmé- trite, les phénomènes inflammatoires se mani- festent beaucoup plus rapidement après l'interruption du flux cataménial. Quelquefois l'hématocèle est accompagnée de métrorrhagies, le péri- toine est envahi par un épanchement sanguin en même temps qu'un écoulement hémorrhagique s'échappe par la vulve. Nous avons vu que, dans la périmé- trite en général, l'hémorrhagie s'arrêtait quand l'inflam- mation atteignait sa plus haute violence.

L'hématocèle débute, en général, sans phénomènes réactionnels très- intenses, sans douleurs très-véhémentes ; elle occupe d'abord le cul-de- sac rétro-utérin et peut acquérir rapidement un volume considérable ; tandis que la tumeur péritonitique exige un temps plus long pour son développement. Une sensation de faiblesse, quelquefois une tendance lipothymique, de la pâleur de la face marquent les premiers reten- tissements de l'hémorrhagie péritonéale sur l'état général.

Par le toucher et par la palpation, on trouve au début une rénitence uniforme, élastique, subfluctuante ; plus tard, le sérum est en partie résorbé ; la partie coagulable du sang s'est concrétée ; le doigt a la sensa- tion d'une consistance inégale, solide dans certains points, fluide dans d'autres. Il y a entre ces deux maladies, différentes à leur origine, un point de réunion : l'épanchement de sang dans le bassin provoque né- cessairement une pelvi-péritonite dont les symptômes viennent se sur- ajouter à ceux de l'hématocèle ; celle-ci devient alors une variété de la périmé- trite, comme la pleurésie hémorrhagique est une variété de la pleurésie.

Si le foyer hématique suppure et s'ouvre une issue au dehors, des caillots fibrineux, du sang plus ou moins altéré, s'échappent avec le pus, dont ils modifient la couleur et l'aspect.

J'ajouterai, comme élément de la diagnose, que, comparée à la péri- métrite, l'hématocèle est une affection très-rare qui ne tend pas à réci- diver. Aussi, quand dans les antécédents de la malade nous trouvons le développement antérieur d'accidents pelvi-péritonitiques, ce sera une présomption que la maladie actuelle est une périmé- trite.

Je ne m'étendrai pas sur les signes différentiels de la périmé- trite péritonitique et de la périmé- trite phlegmoneuse, me proposant de faire une étude spéciale des phlegmons du ligament large.

Quant aux phlegmons qui se développent exceptionnellement dans le tissu cellulaire circum-rectal, le siège de la douleur, la constipation, la difficulté que rencontre le toucher rectal, en seront les premiers symptômes ; si, malgré l'obstacle formé par la tumeur, on parvient à faire pénétrer le doigt dans l'intestin, on sentira que cette tumeur lui est postérieure, qu'elle fait saillie dans sa cavité, tandis que les tumeurs inflammatoires du cul-de-sac rétro-utérin sont situées au devant de l'intestin.

M. le docteur Bernutz a longuement insisté sur la symptomatologie comparée de la périmé- trite (pelvi-péritonite pour lui) et du phlegmon de la fosse iliaque. Il me semble difficile qu'on les confonde. Le phleg-

mon iliaque développé au-dessus du détroit supérieur est d'abord inaccessible au toucher ; et tandis que la périmérite a son foyer primitif dans le bassin et ne s'élève que consécutivement au-dessus de la ceinture pelvienne, le phlegmon iliaque apparaît dès le début au-dessus du pubis ; il envahit souvent la paroi antérieure de l'abdomen, à laquelle il donne d'emblée l'apparence d'un plastron dur, superficiel, peu épais. S'il pénètre dans la fosse iliaque profonde, il peut fuser du côté du psoas : dans ce dernier cas, moins facilement accessible à la palpation, il donne lieu à une rénitence profonde, douloureuse, accompagnée de la flexion de la cuisse sur le bassin et de la rotation de ce membre en dehors.

Le phlegmon, dit M. Bernutz, suit une marche plus régulière, plus continue ; il se développe à une plus grande distance après l'accouchement que la pelvi-péritonite : celle-ci débute ordinairement dans les dix premiers jours qui suivent l'expulsion du fœtus ; c'est du huitième au vingtième jour que le phlegmon se montre le plus souvent.

Le phlegmon est moins souvent précédé de frisson ; au lieu de la douleur vive aiguë, comparable au point de côté pleurétique de la péritonite, il est accompagné d'une douleur sourde, continue, par intervalles lancinante. Les troubles digestifs y sont moins constants et moins prononcés au début.

Toutes ces différences me paraissent fondées pour le phlegmon iliaque, mais elles cessent d'être vraies pour le phlegmon du ligament large, le seul qu'on puisse confondre avec la pelvi-péritonite. Ce phlegmon du ligament large se propage quelquefois au tissu cellulaire de la fosse iliaque et associe ses symptômes à ceux que nous venons d'indiquer. Comme je vous l'ai déjà dit, je me réserve de vous en parler avec quelques détails.

Les kystes et les tumeurs de l'ovaire peuvent devenir le point de départ de péritonites partielles et être pris pour des tumeurs inflammatoires, quand on n'a pas assisté au début des accidents phlegmasiques. L'hésitation n'est guère possible que quand la tumeur ovarique est contenue dans le bassin ou y envoie des prolongements. Quand, au contraire, elle s'appuie sur le détroit supérieur, elle entraîne en haut l'utérus, et la profondeur des culs-de-sacs vaginaux est augmentée au lieu d'être diminuée, comme on l'observe dans la pelvi-péritonite.

Ces kystes ont une forme plus régulièrement arrondie, une élasticité subfluctuante qui persiste pendant toute la durée de la maladie, une position le plus souvent antéro-latérale ; j'en ai vu cependant qui occu-

paient le cul-de-sac postérieur. Enfin, la tumeur persiste après la résolution du travail inflammatoire ; ce n'est que très-exceptionnellement qu'on en a vu disparaître. Exceptionnellement aussi, et en général après des ponctions, ils suppurent : dans un cas de ce genre, j'ai vu les fermentations putrides du liquide purulent donner lieu à une production de gaz. Enfin la péritonite dans ce cas est relativement bénigne.

La tumeur phlegmasique de la périmérite, au contraire, commence par refouler les culs-de-sac vaginaux ; elle se développe plus rarement dans le cul-de-sac antérieur que dans les autres ; elle n'émerge au-dessus du détroit supérieur qu'après avoir proéminé dans le vagin ; elle a une consistance inégale, et à l'élasticité qu'elle présente au début succède bientôt une dureté très-prononcée.

Le docteur West a tracé le diagnostic de la périmérite et de l'ovarite : il a donné à celle-ci, pour caractères distinctifs, un volume beaucoup moindre, avec une sensibilité et une douleur plus circonscrites. La suppuration y est rare, ajoute-t-il, et quand elle a lieu, comme quand elle se développe dans les kystes ovariques, elle se forme beaucoup plus lentement que dans la périmérite. Enfin, à moins de complication de péritonite, l'ovarite n'amène pas d'engorgement des culs-de-sac vaginaux.

Il semble qu'on ne doive pas confondre les fibroïdes de la matrice avec les tumeurs inflammatoires circum-utérines, et cependant, dans quelques cas, leur distinction peut offrir quelque difficulté : d'abord, comme les tumeurs de l'ovaire, les fibroïdes de l'utérus peuvent devenir le siège ou le point de départ de congestions qui retentissent sur le péritoine voisin. Alors se développe une péritonite partielle ; la tuméfaction, qui en est la conséquence, englobe le fibroïde qu'on pourra dans beaucoup de cas reconnaître à sa forme sphéroïdale, à sa dureté uniforme et à sa persistance après la résolution du travail phlegmasique ; et cependant la périmérite peut laisser à sa suite des noyaux d'induration arrondis, très-résistants, que leur forme et leur consistance font ressembler beaucoup aux fibroïdes.

Je me rappelle avoir vu dans le service de Chomel, quand j'y étais élève, une malade qui présentait dans le cul-de-sac retro-utérin une tumeur du volume d'une grosse prune, très-dure, et qui m'avait paru être de nature fibreuse. Chomel, tout en inclinant vers cette opinion, avait fait des réserves, et n'avait pas cru devoir se prononcer sur la nature de cette induration. Quelque temps après des accidents inflam-