

matoires survinrent ; la malade rendit du pus par le rectum et la tumeur disparut.

M. Bernutz pense que ce sont des faits de cette nature qu'on a pris pour des guérisons de fibroïdes, ou même de tumeurs malignes de l'utérus.

Par une autre analogie avec les fibroïdes, comme ces derniers, ces indurations d'origine inflammatoire peuvent être accompagnées de métrorrhagies. En général, avec ces tumeurs on voit survenir par intervalles des accidents phlegmasiques pendant la durée desquels leur volume augmente pour diminuer après l'apaisement de ces crudescences inflammatoires. Les fluctuations dans le volume de la tumeur, suivant M. Bernutz, appartiendraient presque exclusivement aux périmétrites. J'ajouterai que ces accidents péritonitiques, revenant par accès autour de ce noyau d'induration, sont déjà une forte présomption en faveur de la nature inflammatoire de ce produit morbide. Les fibroïdes, plus analogues aux tissus normaux, sont mieux supportés par ces tissus, et n'exercent pas sur eux une action aussi irritante. En outre, l'utérus n'a pas conservé dans ce cas la mobilité que les fibroïdes lui laissent ordinairement.

Ce que je viens de dire à propos des fibroïdes s'applique en partie aux inflexions morbides de l'utérus : replié sur lui-même il appuie par son fond sur un des culs-de-sac et assez souvent sur le postérieur ; il y forme une tumeur dont la nature n'est pas toujours facile à déterminer au premier abord. Mais en suivant latéralement les bords de l'utérus avec le doigt placé dans le vagin, on sent cette plicature qui établit une continuité entre le col et la partie recourbée de l'organe ; en même temps que la main appuyée sur la paroi abdominale peut dans quelques cas suivre l'utérus dans ce mouvement de réflexion, et souvent au moins constate que le fond manque à sa place habituelle.

En outre, dans un grand nombre de cas, si cet examen n'est pas pratiqué dans le déclin d'une périmétrite, cause très-fréquente de ces inflexions, l'utérus a conservé sa mobilité ; et la tumeur, sentie dans le cul-de-sac postérieur, exécute, avec le col, un mouvement d'équerre caractéristique ; si, par exemple, on soulève la tumeur située en arrière, le col se porte en arrière et en bas, et *vice versa*. J'ai vu, cependant, ce mouvement se produire dans des cas où, à la paroi postérieure de l'utérus rétroversé, adhérait une tumeur fibreuse, et d'autre part il peut manquer si le corps fléchi est très-mobile sur le col et

rend la flexion très-facilement réductible, ce qui est assez rare, ou si, comme je l'ai assez souvent observé, c'est une partie seulement du corps qui est fléchie, molle dans ce cas, et se repliant sur la partie inférieure comme la pointe d'un bonnet de coton se renverse sur sa base.

Le cathétérisme, prudemment, très-prudemment employé, pourrait, dans quelques cas, résoudre la difficulté.

Ces considérations pourront encore s'appliquer aux engorgements partiels de l'utérus faisant relief à sa surface. La continuité avec l'organe, la mobilité de celui-ci, la différence des symptômes, éloigneront toute chance d'erreur.

Chez une femme qui a ou qui a eu récemment des accidents de périmétrite, une accumulation de fèces pourra quelquefois simuler une tumeur circum-utérine, d'autant plus que la position du rectum dans ce cas peut avoir subi des modifications considérables. Mais la tumeur fécale se laisse déprimer par le doigt ; quelquefois même on peut la déplacer et la repousser en haut ou en bas ; enfin, s'il restait quelque doute, un lavement ou un purgatif trancheraient la question.

J'ai dit, à propos des névralgies consécutives à la périmétrite, qu'on les avait vues quelquefois liées à la présence dans le bassin de noyaux d'induration, consécutifs à une périmétrite. On ne les confondra pas avec des névralgies essentielles, beaucoup plus rares, comme le disait souvent Chomel, qu'on ne le pense généralement ; et suivant le précepte de ce grand clinicien, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une névralgie, on doit chercher, à l'aide de tous les moyens d'investigation dont l'art dispose, si elle n'est pas symptomatique d'une lésion organique dont elle peut être la première manifestation ou du moins la manifestation la plus apparente.

Pronostic. — La périmétrite aiguë se termine le plus souvent par résolution. Alors le travail inflammatoire s'éteint, ses produits se résorbent ou s'organisent. On peut donc en général porter un pronostic favorable, à moins que cette affection ne se développe dans un organisme gravement altéré, ou qu'elle ne complique une lésion locale de mauvaise nature, pour laquelle elle devient un dangereux appoint ; à moins encore, bien entendu, que les imprudences de la malade ne déjouent et ne fassent avorter les efforts médicateurs de la nature.

La suppuration, comme nous l'avons dit, est une terminaison relativement assez rare, évidemment fâcheuse, mais qui, cependant, n'empêche pas habituellement la guérison ; mais elle la fait acheter au prix

BIBLIOTHEQUE
FAC. DE MED. UANL

de dangers sérieux, de souffrances vives et en général de la prolongation de la maladie. Un des dangers éventuels attachés à cette terminaison est l'ouverture de l'abcès dans un point défavorable, ce qui gêne l'évacuation du foyer, peut avoir pour conséquence la fermentation putride du pus ou une suppuration prolongée qui épuise les malades; elle peut encore, nous l'avons dit, favoriser l'éclosion des germes diathésiques. Un danger plus redoutable résulte de l'ouverture de l'abcès dans le péritoine : alors surviennent des accidents de péritonite générale suraiguë et presque inévitablement mortelle. Dans des conditions favorables, la durée moyenne de la périmérite est de quatre à cinq semaines. Nous avons dit qu'assez souvent cette durée se prolonge au delà de ce terme.

L'observation suivante nous sera un exemple de cette forme franche et bénigne de la maladie :

Une femme de vingt-quatre ans, domestique, entra dans mon service le 30 avril 1867; elle présentait toutes les apparences d'une bonne constitution, et sa santé n'avait jamais subi aucun échec jusqu'à la maladie actuelle. Elle était bien réglée depuis l'âge de quinze ans. Cette fonction s'était toujours bien accomplie, sauf quelques douleurs pendant la période menstruelle; elle n'avait pas de leucorrhée.

Le 13 avril, ses règles étaient venues à leur époque; le troisième jour, qui, dans son état normal, était le dernier, sans aucune cause qu'elle connût ou qu'elle voulut faire connaître, elle avait ressenti, tout à coup, une chaleur très-douloureuse dans le ventre. A partir de ce moment le flux cataménial avait diminué; mais il avait continué pendant cinq jours encore au delà de son terme habituel, devenant de moins en moins abondant. Pendant ce temps la douleur augmentait progressivement. Néanmoins cette femme continua à faire son service pendant onze jours encore; mais alors, c'était trois jours avant son entrée, elle fut prise d'un frisson avec claquement de dents; les douleurs, qui avaient persisté, devinrent beaucoup plus violentes : elles siégeaient dans les reins, dans le ventre, et irradiaient dans la cuisse droite; elles devenaient beaucoup plus aiguës quand la malade essayait de se tenir debout; et elle souffrait en urinant. Elle fut obligée de garder le lit, sans appétit, sans sommeil et sans évacuations alvines.

Au bout de trois jours, n'éprouvant aucune amélioration, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, elle avait une fièvre intense; aucun écoulement n'avait lieu par le vagin. Le ventre était très-sensible à la pression; et par la palpation on constatait une rénitence dans la région iliaque gauche. Au toucher, je trouvai le col petit et arrondi, sans déchirures; derrière l'utérus existait une tumeur grosse au moins comme le poing, dure, chaude, offrant des

battements artériels à sa surface. Cette tumeur se prolongeait dans les deux culs-de-sac latéraux, principalement du côté gauche.

A ces symptômes, je reconnus une périmérite dont la cause m'échappait : peut-être était-elle due à quelque circonstance de la vie intime de la malade dont elle croyait devoir garder le secret.

Je lui fis appliquer dix sangsues sur la région inguinale gauche, et je lui fis prendre 40 centigrammes de calomel en quatre paquets. Après l'hémostase des piqûres de sangsues, et après avoir recouvert leurs ouvertures de diachylum, je fis étendre sur l'abdomen de l'onguent mercuriel belladonné.

Dès le lendemain, la fièvre était tombée et les douleurs étaient beaucoup moindres. La malade avait eu trois selles. Je fis suspendre le calomel, continuer les onctions et appliquer un vésicatoire sur l'hypogastre.

Les jours suivants les douleurs diminuèrent encore progressivement; des selles régulières vinrent spontanément. Sept jours après la malade put dormir pour la première fois; les gencives étaient tuméfiées, douloureuses : je fis suspendre les onctions hydrargyriques; je prescrivis un gargarisme au chlorate de soude, et comme régime une portion et des potages.

Trois jours plus tard, le toucher, qui avait cessé d'être douloureux, me fit constater que la tumeur avait diminué des trois quarts (après dix jours de traitement); l'utérus avait en grande partie recouvré sa mobilité; il était en rétroversion. On ne sentait pas de battements artériels.

Six jours après, la malade exigea sa sortie; elle n'éprouvait aucune douleur; la tumeur avait disparu et à peine sentait-on une légère rigidité dans le lieu qu'elle avait occupé. L'utérus se rapprochait de sa position normale.

Ainsi cette malade était guérie après quinze jours de traitement, dix-huit jours après le premier frisson et vingt-neuf jours après l'apparition des premiers phénomènes morbides.

Quand la périmérite prend une marche subaiguë sous l'influence de causes extérieures accidentelles, le pronostic est encore généralement favorable; mais quand, au contraire, la prolongation des accidents dépend, comme cela arrive le plus souvent, de l'état général de la malade, la nature et la gravité de cette modalité morbide de la constitution qui arrête ou enraye le travail réparateur, détermineront la marche ultérieure de la maladie et les conjectures qu'on pourra former sur son issue.

Une anémie modérée, un léger degré de tuberculose pulmonaire, ne sont pas, nous l'avons vu dans bien des cas, un obstacle à la guérison; mais il en est autrement, quand la tuberculose est en voie d'évolution active, ou quand, par une cause quelconque, les forces de la malade sont très-déprimées, et la nutrition est languissante : alors la nature

se trouve impuissante pour accomplir son œuvre réparatrice ; la malade meurt d'épuisement.

Cette terminaison est surtout à craindre dans les périmétrites suppurées, quand les parois du foyer s'indurent, n'adhèrent pas entre elles. Là encore se retrouvent avec la formation d'un abcès les chances défavorables que nous avons indiquées à propos de la périmérite aiguë.

Une fois le travail inflammatoire complètement terminé, la malade n'en est pas tout à fait quitte avec les suites de cette affection : elle peut avoir des conséquences à longue portée et qui quelquefois pèsent sur toute l'existence de la malade.

La plus commune, une des plus fâcheuses, est la tendance aux récidives ; rien n'est plus fréquent que de voir la maladie se reproduire quelques mois, quelques années après la première attaque, et presque toujours sous l'influence de fatigues ou d'imprudences pendant la période menstruelle. De cette circonstance, que nous avons eu souvent l'occasion de constater, ressortira une indication très-importante pour le traitement préventif.

Des fatigues, des excès en dehors même de la période menstruelle chez une femme affectée antérieurement de périmérite trouveront un terrain tout disposé au développement d'une nouvelle phlegmasie circum-utérine ; et ces circonstances seront bien plus puissantes pour provoquer une récidive, si la malade a conservé des douleurs névralgiques vives et fréquentes, de l'engorgement ou du catarrhe de l'utérus ; à plus forte raison si la périmérite a laissé dans le bassin quelques-uns de ces petits noyaux d'induration dont je vous ai entretenu.

Souvent les récidives sont moins violentes et moins intenses que la première atteinte, à moins, toutefois, que l'organisme ne soit resté épuisé et appauvri ou qu'il ait subi quelque nouveau choc : il se trouve alors dans les conditions qui produisent les périmétrites subaiguës avec leurs tendances vers la suppuration et toutes leurs chances défavorables.

Nous avons vu que les congestions chroniques de l'utérus étaient, dans beaucoup de cas, une cause prédisposante de péritonite : si celle-ci n'a pas été convenablement traitée, la congestion de la matrice persiste après l'apaisement de l'inflammation circum-utérine ; souvent même elle a augmenté et s'est compliquée de déviations ou de flexions morbides, ou d'érosions de la muqueuse. Dans le pronostic nous tiendrons encore compte de ces névralgies d'une durée quelquefois indéfinie qui, chez quelques malades, succèdent à la périmérite, revenant souvent

pendant les époques cataméniales ou toutes les fois qu'une cause incitatrice agit sur l'appareil utéro-ovarien.

Voilà pour les effets communs, directs de la périmérite, étudiés au point de vue du pronostic, mais elle peut en avoir d'autres qui dépendent des changements que l'organisation et la rétraction des néoplasies péritonéales introduisent dans les rapports des organes pelviens.

Ainsi, il en résulte, chez quelques malades, des constrictionnements ou des plicatures qui gênent le cours des matières fécales et amènent par intervalles des accidents d'engouement intestinal, accompagnés d'atroces douleurs au niveau de l'ancien foyer morbide ; ces accidents ont été pris quelquefois pour des symptômes péritonitiques ; dans beaucoup de cas heureusement les purgatifs en font justice ; mais, en se répétant, ils altèrent de plus en plus la forme et la texture de l'intestin, et il n'est pas rare que la malade finisse par y succomber. On a trouvé, dans des cas de ce genre, l'S iliaque et le rectum déplacés, coudés angulairement ou pliés sur eux-mêmes et la partie du colon située au-dessus énormément dilatée et allongée.

Les adhérences des trompes ou des ovaires peuvent entraîner la stérilité. Celles de l'utérus avaient déjà été considérées comme une cause d'avortement par M^{me} Boivin qui, en 1823, avait la première indiqué le rôle que joue la péritonite dans la maladie qui nous occupe (1). On comprend très-bien que si ces adhérences sont très-nombreuses ou très-serrées, elles s'opposent au développement de l'utérus et provoquent des contractions douloureuses et irrégulières qui expulsent son contenu.

J'ai eu dernièrement dans mes salles une femme qui, après avoir été atteinte de périmérite, avait fait cinq fausses couches entre trois mois et demi et cinq mois après la conception : c'est-à-dire précisément à l'époque où l'utérus tend à franchir la ceinture pelvienne et à s'élever au-dessus du détroit supérieur.

Très-heureusement, dans des cas assez nombreux, l'utérus triomphe de ces obstacles ; il finit par rompre les adhérences qui le retenaient ; après une lutte pleine d'angoisses et de violentes douleurs et qui à chaque instant peut faire craindre un avortement, il brise ses chaînes, s'élève au-dessus du bassin ; et la grossesse qui achève paisiblement son cours devient un instrument de guérison définitive et complète. Il faudra en surveiller et en soigner attentivement les suites, car si les récidives de la périmérite ne sont pas communes à l'occasion de l'accouchement, on en a, cependant, observé des exemples.

(1) Cette citation est empruntée au livre de M. Bernutz.

Je terminerai cette étude sur le pronostic de la périmérite en vous rapportant l'histoire d'une malade qui s'est trouvée dans ces conditions et chez laquelle, après des craintes très-fondées, j'ai eu le bonheur de voir l'utérus gravide s'affranchir des liens qui l'enchaînaient.

Cette femme est entrée à l'Hôtel-Dieu au mois de juin 1867 ; elle était âgée de vingt-huit ans. De douze à vingt ans elle avait eu deux fluxions de poitrine ; à part ces accidents, sa santé était bonne. Elle était bien réglée depuis l'âge de quatorze ans ; ses règles étaient précédées et suivies de leucorrhée.

A vingt-trois ans, elle était accouchée pour la première fois ; et elle avait allaité son enfant. Ses règles reparurent huit mois après l'accouchement ; et à partir de cette époque, elles eurent une abondance inaccoutumée ; elles duraient huit jours tandis qu'auparavant elles en duraient trois ou quatre ; elles étaient toujours escortées d'une leucorrhée qui se montrait avant et après le flux cataménial, et qui avait continué pendant toute la durée de la grossesse. Elle était donc affectée d'un catarrhe chronique de l'utérus.

Pendant l'hiver de 1866, elle fut prise de douleurs dans les reins et dans l'hypogastre. Ces douleurs, d'abord peu intenses, allèrent en augmentant ; au bout de deux mois elle fut obligée de prendre le lit qu'elle garda pendant quinze jours, ayant de temps en temps des frissons. Au bout de ce temps elle se leva, mais elle dût garder la chambre durant un mois environ.

Depuis lors, chaque crise menstruelle était accompagnée d'un retour des douleurs.

Nous avons là les symptômes d'une périmérite à marche subaiguë : pendant deux mois le travail congestif évolue sourdement, jusqu'au moment où il prend un caractère d'acuité, et passe probablement de l'utérus et des ovaires au péritoine voisin. Du reste, ce catarrhe habituel, ces ménorrhagies constantes depuis plusieurs années indiquaient déjà que l'appareil utéro-ovarien était le siège d'un mouvement fluxionnaire.

La malade était dans ces conditions quand au mois de février 1867, ses règles vinrent à manquer ; elle attribua cette suppression à une émotion ; depuis lors elle a constamment souffert dans l'hypogastre. En même temps, elle avait une constipation opiniâtre.

Vers le milieu de juin, ces douleurs devinrent tellement violentes qu'elle les comparait aux douleurs de l'accouchement ; et, convaincue qu'elle était enceinte par la persistance de l'aménorrhée, elle crut qu'elle allait faire une fausse couche. Elle se décida, le 22 juin, à entrer à l'Hôtel-Dieu. Quatre époques avaient manqué ; elle pouvait être enceinte de quatre mois. Elle n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, et je retirai avec la sonde près de deux litres d'urine.

Je pus alors examiner l'utérus ; il dépassait très-peu la symphyse pubienne ; cependant, par le toucher, je constatai qu'il était très-volumineux. Le col était abaissé, ramolli, comme œdémateux ; le corps rétrofléchi remplissait en grande partie l'excavation pelvienne, comprimant le rectum et la vessie : aussi pendant les quatre jours suivants je fus obligé de faire sonder la malade et de solliciter des selles à l'aide de lavements laxatifs.

Pour apaiser les douleurs, je fis faire sur le ventre des onctions avec une pommade belladonnée, et, trois ou quatre fois par jour, administrer un quart de lavement avec 10 à 12 gouttes de laudanum.

Le quatrième jour la malade put uriner spontanément. Elle se plaignait toujours de douleurs violentes ; je trouvai que l'utérus avait repris sa position normale, qu'il s'était redressé et qu'il dépassait le pubis. Pendant quelques jours j'opposai encore aux douleurs les calmants précédemment mis en usage : elles s'apaisèrent ; et à partir de ce moment, la grossesse reprit sa marche normale.

Traitement. — Nous arrivons actuellement au traitement. Dans la forme aiguë, quand l'inflammation est à son début ou dans une de ces recrudescences qui peuvent conduire, en se prolongeant, à la formation du pus, si en même temps la résistance organique est bonne, si la réaction fébrile est intense, des sangsues appliquées sur la région inguinale ont souvent une admirable efficacité pour apaiser le stimulus inflammatoire. Cette région, en effet, par les vaisseaux satellites du ligament rond, a des communications directes avec l'appareil vasculaire des organes pelviens. On proportionnera le nombre de ces sangsues aux forces de la malade, en tenant compte de l'état anémique, conséquence inévitable de la puerpéralité. Cependant l'anémie n'est pas toujours un obstacle à l'emploi et au succès de cette médication. Quand elle n'est pas portée à un degré extrême, et quand la fluxion locale est très-intense, une application de sangsues produit souvent un soulagement immédiat, et par cela même elle épargne les forces de la malade en abrégant la durée de la maladie (1).

(1) Il y a quarante ans, sous le règne de Broussais, ses adversaires les plus décidés subissaient plus ou moins l'influence de son système. Les maîtres les plus illustres, tels que Chomel, Andral, etc., dans les affections de cette espèce, fixant leur attention sur le caractère inflammatoire de la maladie et sur la réaction fébrile concomitante, faisaient ouvrir plusieurs fois la veine et multipliaient les applications de sangsues.

Quand je relis les observations que j'ai recueillies à cette époque, je suis étonné du nombre et de l'abondance des émissions sanguines que les plus éminents praticiens prescrivaient avec confiance ; et après leur emploi je trouve assez souvent notée la dimi-

Plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai Aran et mon savant ami le docteur Bernutz, ont préconisé l'application directe des sangsues sur le col utérin, pratique qui a été également vantée en Angleterre. Ils affirment, qu'en se rapprochant ainsi du foyer morbide, on épargne le sang des malades et qu'on obtient, avec un beaucoup plus petit nombre de sangsues, le résultat cherché.

nution de la douleur et de la fièvre. Dans quelques cas même, la terminaison de la maladie semble avoir été accélérée par cette médication : ainsi, je vois dans mes notes une malade guérie après sept jours de traitement, une autre chez laquelle, après huit jours de séjour à l'hôpital, pendant lesquels cette malade fut deux fois saignée au bras et subit deux fois une copieuse application de sangsues, la métrite-péritonite était arrivée à suppuration, et la collection purulente s'était ouverte dans le rectum.

Mais si mes souvenirs ne me trompent pas, sous ce traitement épuisant, la maladie prenait souvent une marche subaiguë, la suppuration était fréquente, et ces résultats faisaient trop chèrement acheter les avantages que cette méthode pouvait offrir dans quelques cas exceptionnels.

Parmi les médecins de ma génération, j'ai été un des premiers à l'abandonner et à la combattre. Entre les mains de Broussais et de ses sectateurs, elle a été, j'en suis convaincu, avec les guerres des deux empires, une des grandes causes de la destruction et de la détérioration de notre race.

Mais on peut se demander, et me plaçant en face de ma conscience médicale (je suis le premier auquel j'adresse cette question), si la réaction n'a pas dépassé la mesure, et si, parce que nos prédécesseurs ont été trop prodigues d'émissions sanguines, nous n'en sommes pas trop avarés.

Devons-nous expliquer par le changement des constitutions médicales, ces fluctuations et ces revirements soudains que présente la pratique de notre art. Cette doctrine, admise par les médecins du XVII^e et du XVIII^e siècle, était défendue avec énergie à l'Hôtel-Dieu, il y a plus de trente ans, par Honoré, médecin de cet hôpital. Elle a été rééditée par M. le docteur Chauffard, il y a quelques années, avec plus de talent que de preuves convaincantes.

On ne peut nier, sans doute, ces conditions générales, ces modalités vitales accidentelles communes à toute une population, qui produisent ce que l'on appelle une *constitution médicale*; mais je ne crois pas qu'elles suffisent pour expliquer des contrastes aussi tranchés dans les méthodes thérapeutiques. Peut-être, en tenant compte des circonstances réelles qui ont poussé tour à tour la médecine dans des voies si différentes, faut-il chercher dans l'histoire de l'esprit humain lui-même l'explication de ce que ces changements d'opinion peuvent avoir d'excessif. En effet, dans toutes les directions où il se porte, nous le voyons toujours osciller ainsi d'une extrême à l'autre, et il semble que ce soit une loi de sa nature : la réaction est proportionnelle à l'action.

Tâchons de nous défendre des exagérations, et sans retomber dans les excès *sanguinaires* de nos prédécesseurs, ne renonçons pas, par un excès opposé, à un moyen dont l'expérience des siècles a consacré l'efficacité, et qui sagement et prudemment employé peut être d'une admirable utilité !

Rien n'est plus difficile à démontrer que de pareilles appréciations comparatives. Le nombre des sangsues employées ne mesure pas d'une manière rigoureuse la perte de sang, qui peut varier suivant le sujet et suivant la région qui les reçoit. Admettons, ce qui n'est ni démontré ni facilement démontrable, qu'il faille tirer moins de sang par cette voie pour arriver dans quelques cas à un résultat équivalent ; sera-ce une compensation suffisante aux difficultés de cette application qui réclame la présence continue du médecin, aux dangers qui peuvent résulter du séjour prolongé du spéculum dans le vagin ? Ne doit-on pas craindre l'irritation qu'il produira nécessairement en pressant douloureusement sur le foyer morbide, quand on sait que la seule introduction de cet instrument a été, dans certains cas, la cause occasionnelle d'une péritonite, que même le toucher suffit quelquefois pour produire de vives souffrances et exaspérer le travail morbide ? Ajoutez à cela que les sangsues peuvent pénétrer dans la cavité de l'utérus et provoquer une hémorrhagie dangereuse, inquiétante. M. le docteur Bernutz en a cité plusieurs exemples.

J'ai depuis longtemps renoncé à ce procédé et l'application des sangsues sur les régions inguinales, facile, exempte de péril, m'a donné des résultats qui n'ont rien à envier à ceux des applications directes sur le col utérin.

Quand on a recours aux sangsues, il faut se rappeler que si les évacuations sanguines locales sont un puissant moyen d'enrayer le mouvement fluxionnaire, poussées au delà d'une certaine mesure, elles produisent une débilité qui retarde la solution et peut même favoriser la suppuration.

Pour éviter ce grave inconvénient, il ne faut pas seulement régler le nombre des sangsues qu'on applique, mais limiter la durée de l'écoulement du sang. On aura soin de grouper ces sangsues dans un espace restreint, afin qu'après avoir arrêté l'écoulement et recouvert les piqûres d'un morceau de diachylum, une large surface tégumentaire puisse recevoir les applications topiques qu'on jugera nécessaires.

Pour la saignée générale, je n'en concevrais l'indication que si l'on avait affaire à une malade pléthorique ou au moins très-robuste, avec une réaction fébrile très-énergique et très-franche. Ce sont des conditions que nous ne rencontrons pas, ou du moins que je n'ai pas rencontrées depuis trente ans dans les hôpitaux de notre ville, depuis que tant de causes d'affaiblissement et de détérioration ont passé sur sa population.

Je me rappelle une seule fois avoir employé la saignée en ville, et encore à titre de moyen préventif, chez une dame qui, deux fois, à la suite de ses couches, avait eu des périmétrites. D'accord avec Danyau, qui était son accoucheur, je lui fis pratiquer une saignée vers le huitième mois de la grossesse suivante, qui se termina sans accident. Faut-il en faire honneur à la saignée? Elle m'avait paru indiquée par la constitution de cette dame, par la plénitude et par la tension du système circulatoire.

Si les douleurs sont très-violentes, les vomissements répétés, en un mot, si les phénomènes péritonitiques sont très-accusés, l'opium est ordinairement le meilleur moyen que nous puissions opposer à ce tumulte fonctionnel. Suivant l'âge de la malade, suivant l'intensité des phénomènes morbides, 1 à 2 centigrammes seront donnés toutes les heures, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure même, si les souffrances sont très-vives. Quand elles sont excessives et réclament un soulagement immédiat, des injections sous-cutanées d'un soluté de morphine sont une précieuse ressource.

Dans l'administration de l'opium, il faut se rappeler que la tolérance varie suivant les sujets : qu'il en est qui ne peuvent en supporter les plus petites doses sans éprouver des vertiges, des nausées, des vomissements; et non-seulement ces accidents s'opposent à l'effet du remède, mais ils peuvent aggraver l'état des malades. Aussi après s'être informé si les commémoratifs peuvent fournir quelques renseignements sur les dispositions idiosyncrasiques des malades, on donne l'opium, en surveillant attentivement deux points qui sont les guides du médecin dans l'emploi de toute médication active : les effets *physiologiques* et les effets *thérapeutiques*.

Les modifications physiologiques doivent être arrêtées au point où elles compromettraient sérieusement les grandes fonctions ou créeraient de nouveaux phénomènes morbides graves; l'action thérapeutique doit être poussée jusqu'au degré où l'on obtient l'effet désiré, tout en restant dans les limites des modifications physiologiques qu'on ne peut prudemment dépasser.

En évitant les imprudences et les témérités thérapeutiques, gardons-nous aussi d'une timidité qui nous conduirait à l'indécision ou à l'impuissance. Sans doute : *Primum non nocere*, comme le veut Hippocrate; mais dans une affection telle que celle-ci, c'est nuire au malade que de ne pas lui venir en aide, et n'oublions pas cette belle loi de Sydenham, que Chomel invoquait souvent : *La tolérance pour l'opium est proportionnelle à l'intensité des douleurs.*

Tant que la malade souffre, ne craignons donc pas d'augmenter les doses. Seulement, comme l'absorption et l'effet toxique peuvent n'être pas immédiats, et comme le médicament pourrait s'emmagasiner dans l'économie, une fois qu'on a dépassé les doses habituelles, on les éloigne, mettant, entre chacune, deux à trois heures d'intervalle et même davantage si les phénomènes morbides se calment un peu; on interroge avec soin l'état cérébral, la circulation, les pupilles qui fournissent des signes utiles pour mesurer l'action de cet agent.

Je vous ai dit qu'après l'hémostase des sangsues, il convenait de faire sur le ventre des applications topiques. Je prescris le plus souvent des onctions avec de l'onguent mercuriel belladonné; on les répète trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

En même temps, si l'organisme n'est pas tellement débilité qu'on puisse craindre l'action du mercure, on pourra donner à l'intérieur le calomel à doses fractionnées, de 10 à 20 centigrammes avec 1 gramme de sucre en dix doses. On y ajoutera quelques centigrammes d'opium, si les douleurs sont vives ou s'il y a de la diarrhée.

Le mercure, dans ce cas, est un puissant antiphlogistique. Presque toujours son action sur les gencives coïncide avec une rémission du travail inflammatoire, et autorise à en cesser l'administration. Il est rare qu'après cette manifestation de l'impression du médicament sur l'organisme, la suppuration survienne. Si la stomatite n'est pas très-intense, il est prudent de continuer encore pendant quelques jours les frictions en les diminuant. J'y joins souvent des suppositoires avec 2 grammes de beurre de cacao, un demi-gramme d'onguent mercuriel et 2 centigrammes d'extrait thébaïque ou avec de petites doses de belladone, si l'on craint la constipation.

Dès que la muqueuse buccale manifeste une tendance fluxionnaire, en même temps que j'arrête la médication hydrargyrique, ou que j'en restreins l'emploi aux applications extérieures, j'oppose les collutoires avec le chlorate de potasse ou de soude à cette stomatite qui, si elle se développait, constituerait une complication pénible; à un certain degré, il n'est pas rare qu'elle provoque une réaction fébrile qui pourrait retentir sur le foyer morbide.

Dans les cas où l'inflammation est très-aiguë et les douleurs sont très-vives, si l'on ne croit pas devoir recourir aux émissions sanguines, ou si elles n'ont pas procuré un apaisement suffisant, dans les cas encore où la malade est tourmentée par des vomissements incoercibles, la glace appliquée sur le ventre est un antiphlogistique très-énergique,