

La peau commençait à s'altérer; l'indication d'ouvrir le foyer était évidente. Après avoir dessiné à l'aide du nitrate d'argent les limites du plastron induré, afin de pouvoir suivre les progrès du travail résolutif, je fis appliquer parallèlement au ligament de Fallope une couche linéaire de caustique de Vienne, sur une étendue de 15 à 16 centimètres.

Le lendemain, l'eschare fut incisée et je fis pénétrer la sonde cannelée au centre du foyer, en écartant les fibres aponévrotiques et musculaires qui le recouvraient; puis sur cette sonde, et après avoir exploré la paroi soulevée pour s'assurer qu'elle ne contenait pas d'artère importante, je fis une incision mesurant toute la longueur de l'eschare. Un flot de pus séreux mêlé de flocons caséiformes s'échappa au dehors.

Les lèvres de la plaie qui, excepté dans le point aminci, offraient partout une épaisseur considérable et un aspect lardacé, furent maintenues écartées à l'aide d'une mèche.

Le soulagement fut immédiat; la nuit suivante, la malade dormit profondément, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quinze jours.

Deux jours après l'opération, la mèche n'ayant pas été convenablement assujettie, s'échappa au dehors et les lèvres de la plaie s'agglutinèrent dans une grande étendue; il fallut les séparer à l'aide d'une sonde cannelée, et, pour prévenir leur adhésion ultérieure, je les cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent.

Pour empêcher la stagnation du pus dans un foyer accessible à l'air, et les accidents de putridité qui en peuvent être la conséquence, je fis incliner la malade sur le côté gauche, et elle fut maintenue dans cette position à l'aide de coussins, de telle sorte que le pus s'écoulât au dehors à mesure qu'il était formé.

L'appétit revint avec la cessation des souffrances; la physionomie de la malade exprimait le mieux-être qu'elle éprouvait; sa peau se colora; l'embonpoint fit des progrès rapides, et à partir de ce moment la suppuration qui, les premiers jours, était considérable, diminua progressivement; il fallut un temps assez long, malgré les excellentes conditions du travail nutritif pour obtenir l'oblitération d'un aussi vaste foyer.

Tous les cinq ou six jours, il fallait toucher les lèvres de la plaie avec la pierre infernale, soit pour en prévenir l'adhésion, soit pour réprimer les végétations qui les couvraient.

Pendant ce temps, le plastron d'induration diminuait d'étendue et d'épaisseur, la peau recouvrait sa mobilité; pour hâter ce travail résolutif, je tentai des applications de teinture d'iode sur la peau. Mais cette teinture, renfermant probablement de l'acide iodhydrique, fit vésication: il fallut y renoncer. Ce petit accident d'ailleurs eut des résultats favorables, et au bout de cinq à six semaines, le plastron avait à peu près disparu; le toucher fit constater alors que la saillie vaginale était devenue beaucoup plus étroite

et plus courte, la rétraction des tissus néoplasiques avait augmenté l'inclinaison de l'utérus et son accolement contre la paroi gauche du bassin.

Vers le milieu de mars, la malade éprouva des maux de reins, de la fièvre, et, le quatrième jour, une variole très-discrète apparut sur la peau.

Cinq à six semaines après, les mêmes phénomènes se manifestèrent de nouveau, un peu moins intenses peut-être, et, dès le second jour, on vit apparaître sur la face et sur les membres quatre ou cinq pustules, moins caractérisées que les premières, non ombiliquées, mais qui parurent être des pustules varioliques dégénérées; ainsi, par une exception qui n'est pas sans exemple, cette femme aurait deux fois en six semaines subi l'impression du virus varioleux.

Depuis son accouchement, la malade n'avait pas eu ses règles; elles parurent le 19 avril; leur apparition fut franche, régulière; elles accomplirent leur cours sans aucun accident et reparurent le 18 mai. La cicatrisation était alors achevée depuis plusieurs jours. Après la période cataméniale, la malade fut de nouveau touchée; le col utérin avait repris sa consistance normale; quelques petites saillies granuleuses étaient perçues autour de l'orifice dans un point très-limité. Le cul-de-sac gauche, moins profond que le droit, avait gagné cependant en hauteur et en largeur; la bride qui le déprimait s'était amincie, et avait permis à l'utérus de se rapprocher de la ligne médiane, bien qu'il restât entraîné vers la paroi pelvienne du côté gauche. Ces explorations n'éveillèrent aucune sensibilité anormale. La malade n'avait pas de leucorrhée; en un mot, elle était complètement guérie et elle demanda sa sortie qu'on lui accorda, en lui recommandant de porter une ceinture ventrale et de garder le repos quelque temps encore, pendant les périodes cataméniales.

Obs. II. — *Phlegmon du ligament large gauche* (observation recueillie par M. Theveny). — Au n° 27 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme âgée de trente-deux ans; elle est entrée dans le service le 28 janvier.

Ses règles, apparues pour la première fois à treize ans, se sont toujours montrées régulières. Elle a eu six grossesses. A sa première couche, on a dû recourir à la céphalotripsie à cause d'un rétrécissement considérable du bassin. A la seconde, elle consulta M. Depaul qui provoqua l'accouchement vers sept mois, au moyen d'injections tièdes. L'enfant naquit vivant, mais succomba peu de temps après. Depuis lors, à toutes ses grossesses, l'accouchement s'est fait à sept mois, comme si l'utérus avait pris l'habitude de se contracter à cette époque.

A son avant-dernière couche, elle eut une déchirure du périnée qui nécessita une application de serres-fines.

Quelques jours après l'accouchement, se déclara une *phlegmatia alba*

dolens, qui laissa dans le membre inférieur gauche un trouble circulatoire manifesté par des fourmillements et par des engourdissements qui n'ont pas cessé depuis.

A sa dernière et sixième couche, elle eut une perte qui se prolongea pendant six semaines et pour laquelle on dut recourir aux applications de glace sur le ventre. Depuis, elle a toujours souffert; mais il y a huit jours, à la suite d'une violente querelle avec une de ses voisines, elle sentit les douleurs augmenter et elle fut obligée de prendre le lit qu'elle ne quitta plus. Alors des vomissements survinrent, accompagnés de fièvre et de frissons qui se répétèrent tous les soirs; l'appétit disparut; enfin la malade entra à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons un état fébrile très-accentué; les frissons continuent à se montrer périodiquement; les vomissements n'ont pas cessé.

Le ventre présente une tension générale et une rénitence qui remontent jusqu'au niveau de l'ombilic; les anses intestinales sont immobiles et donnent à la main, surtout au niveau de la région iliaque gauche, une sensation d'empatement très-marqué. En plaçant les muscles abdominaux dans un état de relâchement aussi complet que possible, les mains s'enfoncent sans obstacle dans la région iliaque droite; à gauche, au contraire, on constate une rénitence profonde et une sensibilité qui provoque les contractions des muscles abdominaux en rendant la palpation plus difficile.

Les deux jambes présentent un léger œdème. La pression y développe de la douleur, à gauche surtout, où les veines sous-cutanées se sont dilatées consécutivement à la *phlegmatia alba*; les fonctions du rectum et de la vessie s'accomplissent librement.

Le toucher fait d'abord constater le rétrécissement considérable du bassin et la saillie de l'angle sacro-vertébral. Le col utérin est très-volumineux, comme il se montre souvent chez les multipares récemment accouchées, alors qu'il n'a pas encore complètement subi l'évolution régressive. Il est sillonné de nombreuses cicatrices qui le déchiquettent en tous sens. Il est obliquement dirigé de bas en haut et de droite à gauche.

La commissure gauche est plus élevée que la droite, et une bride transversale saillante la fixe à la paroi correspondante du bassin. De ce côté, le doigt passe difficilement entre le col et la paroi pelvienne qui lui est presque contiguë, tandis que du côté droit le cul-de-sac vaginal est large et profond. La pression exercée sur cette bride provoque de la douleur. Si en même temps que le doigt la soulève on refoule en arrière et en bas la paroi abdominale, au niveau de la région iliaque on sent qu'elle sert de base à une tumeur qui dépasse le détroit supérieur.

Malgré la pâleur imputable à la perte de sang abondante qui avait suivi l'accouchement, comme la constitution était forte et résistante, comme, d'une autre part, la maladie présentait une forme aiguë, 12 sangsues fu-

rent groupées autour de l'anneau inguinal gauche; après l'hémostase, un morceau de diachylum fut appliqué sur les piqûres et deux fois par jour on étendit sur le ventre une couche d'onguent mercuriel belladoné. En même temps, 20 centigrammes de calomel furent divisés en 20 paquets, et administrés de demi-heure en demi-heure. Pendant la nuit, la malade prit une potion avec 2 grammes d'alcoolature d'aconit et on lui recommanda un repos absolu. Pour régime: du lait auquel on fera succéder quelques bouillons quand les doses de calomel seront épuisées.

Dès le lendemain, la fièvre avait disparu, la malade ne souffrait plus, les gencives manifestaient déjà l'action du mercure, l'engorgement de la région iliaque était moins prononcé. On suspendit le calomel et l'on continua les onctions mercurielles durant quelques jours encore.

Pendant la période menstruelle suivante, la malade fut soumise à une observation attentive. Cette époque se passa régulièrement et l'examen pratiqué alors ne fit constater qu'un reste d'engorgement sans douleur au niveau du ligament large gauche. Pour achever la résolution, on prescrivit un bain minéralisé avec 125 grammes de sous-carbonate de soude et 20 grammes d'iodure de potassium. Peut-être ne fut-il pas pris avec toutes les précautions nécessaires; mais à la suite de ce bain, il y eut une légère recrudescence de phénomènes phlegmasiques qui ne tardèrent pas à s'apaiser.

Le 1^{er} mars, les règles devaient venir, mais elles ne se montrèrent pas. Le retour de quelques douleurs, de la pesanteur sur le bassin et l'excitation circulatoire manifestèrent le molimen hémorrhagique. Ces phénomènes persistant le 3 mars, sans éruption menstruelle, 2 sangsues furent appliquées à la partie interne et supérieure des cuisses; on en mit deux autres le lendemain. Cette petite évacuation sanguine fut suivie d'un bien-être immédiat; les douleurs et l'engorgement inflammatoire se dissipèrent; la malade reprit des forces et des couleurs.

Le 11 mars, le toucher fit constater que l'utérus avait retrouvé sa mobilité; le doigt pouvait pénétrer entre la paroi gauche du bassin et le col, qui était attiré et soulevé de ce côté par une bride dure, résistante, mais indolente, formant le fond du cul-de-sac correspondant.

Quelques jours après, la malade demanda sa sortie.

Obs. III. — *Phlegmon du ligament large gauche*. — Le 15 février, est entrée dans notre service (Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 15), une femme de vingt et un ans, accouchée depuis douze jours (le 3 février). C'était sa seconde couche; jusque-là elle avait joui, assure-t-elle, d'une excellente santé.

La perte de sang consécutive à l'accouchement a été abondante et a persisté jusqu'à ce jour.

Malgré les conseils des médecins qui l'avaient assistée, elle se leva le quatrième jour, et bientôt après fut prise de frissons, de fièvre, de vomis-

séments, qui se répétèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital. Malgré ces accidents, la sécrétion lactée n'a pas été [troublée et la malade a continué à nourrir.

Quand nous la vîmes, cette femme était pâle, amaigrie, profondément anémiée; l'écoulement lochial était fétide. Elle avait de la fièvre; sa physiologie exprimait l'abattement. La palpation nous fit constater dans l'hypogastre une tumeur aplatie, s'étendant de la ligne blanche à l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche, s'élevant depuis le ligament de Fallope et le pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur était limitée supérieurement par un bord transversal, qu'on pouvait saisir entre les doigts, et derrière lequel on pouvait enfoncer la main.

Au toucher, on trouvait l'utérus largement déchiré, son col au niveau du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac gauche était entouré d'un anneau d'induration inflammatoire d'où partait une bride transversale qui allait se fixer à la paroi correspondante du bassin; *l'utérus était entraîné à gauche*, et le cul-de-sac gauche était moins large et moins profond que celui du côté opposé. Les mouvements de l'utérus étaient limités, surtout dans le sens transversal; la pression exercée sur le sommet de la tumeur épigastrique se transmettait incomplètement au doigt appuyé sur le cul-de-sac gauche.

Je prescrivis: 1° le calomel à dose fractionnée; 2° de larges onctions sur le ventre avec de l'onguent mercuriel belladonné, du lait pour aliment, un repos absolu et des injections avec une solution très-étendue de permanganate de potasse pour combattre la fétidité de l'écoulement lochial.

17 février. Même état, quelques selles liquides. — Même prescription. — Elle eut, le soir, un frisson; mais elle dormit pendant la nuit.

Le 18. Elle n'avait plus de fièvre; le ventre était moins dur; la diarrhée ayant persisté, je suspendis le calomel, et, pour relever les forces profondément déprimées, je fis donner à la malade du bouillon, un œuf et 60 grammes de vin de quinquina. On continua les onctions mercurielles.

Le 19. Nouveau frisson; un accès de fièvre.

Le 20. Troisième jour depuis son entrée à l'hôpital, et treizième après le début de la maladie. La langue, qui était humide la veille au matin, s'est séchée de nouveau, la fièvre est tombée; cependant, pour prévenir la suppuration que doivent faire craindre et le teint jaune de la malade et ces frissons répétés, je reviens au calomel; je lui associe l'opium pour qu'il ne ramène pas de diarrhée.

Le 21. La fièvre a disparu; les gencives commencent à se tuméfier. Le plastron iliaque a diminué de deux travers de doigt; sa consistance semble s'être un peu amollie. La dose de calomel est abaissée de 10 centigrammes à 5 centigrammes en cinq doses; elle doit prendre en même temps 4 centigrammes d'opium; on continuera les frictions mercurielles.

Le 25, dixième jour depuis son entrée. Le plastron avait entièrement disparu. La malade avait un peu de gingivite à laquelle on opposa un collutoire fait avec de la décoction de pavots, du sirop de ratanhia et du chlorate de soude.

5 mars. La convalescence a marché régulièrement. La malade mange et répare ses forces. En déprimant la région iliaque gauche, on sent un peu d'empatement profond sans tumeur distincte. Au toucher, l'utérus se montre fortement entraîné vers la paroi gauche du bassin par une bride fixée à une cicatrice de la commissure gauche qui est profondément déchirée; il est mobile d'avant en arrière. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt sent aussi une bride superficielle, fasciculée, qui déprime et immobilise dans ce point le plafond de ce cul-de-sac; en suivant cette bride d'arrière en avant, je vois qu'elle aboutit à une déchirure profonde de la lèvre postérieure, ce qui confirme la théorie que j'ai donnée sur l'origine de ces brides.

Dans les derniers jours de mars, un nouvel examen me fit constater que la bride transversale était plus lâche, moins saillante, et que celle du cul-de-sac postérieur avait en grande partie disparu. La malade reprenait du teint et de l'embonpoint; elle continuait à nourrir, ce qui devait nécessairement ralentir la marche du travail réparateur chez une femme aussi épuisée. Son enfant venait à merveille; il avait présenté à son entrée à l'hôpital, avec une apparence cachectique, une lésion locale singulière que je rapporterai en quelques mots. Il avait été atteint d'une maladie que la mère n'a pas pu nous définir et dont elle ne saurait même indiquer les symptômes, distraite qu'elle était par ses propres souffrances; peut-être était-ce un érysipèle ambulatoire? Nous sommes réduits à des conjectures. Cette affection laissa à sa suite une gangrène des bourses et de la face dorsale de la verge. Le scrotum, énormément tuméfié, présentait à sa partie inférieure une eschare qui avait presque le diamètre et l'épaisseur d'une pièce de 5 francs en argent. Celle du pénis avait à peu près le diamètre d'une pièce de 20 centimes; elle était irrégulièrement circulaire et circonscrite par des bords taillés à pic. Ces deux eschares offraient une couleur d'un blanc mat et un aspect diphthéritique, ou plutôt elles ressemblaient à certains chancres phagédéniques. M. le docteur E. Fournier, à qui je montrai ce petit malade, fut frappé comme moi de cette ressemblance d'autant plus propre à faire illusion, que sa mère avait sur la face externe de la grande lèvre gauche un furoncle ayant à première vue toute l'apparence d'un chancre mou. Nous conclûmes cependant tous deux contre la nature syphilitique de cette affection. Je fis couvrir les eschares de cataplasmes de riz arrosés d'une solution de chlorate de soude. Elles se détachèrent au bout de quelques jours sous l'action de ce topique; et la surface des plaies se détergea; on substitua alors à ce pansement des applications de vin aromatique et la cicatrisation marcha

rapidement en même temps que la nutrition générale revint à son type normal.

Obs. IV. — Le 5 mai 1865, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 8, la nommée Charlotte P..., âgée de vingt ans.

Accouchée, il y a quinze mois environ, pour la première fois, elle a eu constamment depuis lors des douleurs lombaires aux époques menstruelles et de la leucorrhée dans l'intervalle. Bientôt elle devint de nouveau enceinte; cette grossesse s'est terminée il y a deux mois par un accouchement simple, facile, dont les suites marchaient très-régulièrement, lorsque, quinze jours après, elle fut exposée au froid. A partir de ce moment, elle éprouva des frissons irréguliers et des douleurs vives dans le côté droit du ventre. Les lochies qui, jusque-là avaient été sanguinolentes, furent remplacées par un écoulement muco-purulent très-abondant. La persistance de ces accidents l'engagèrent, après cinq semaines de souffrances, à entrer à l'hôpital.

Elle fut admise à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1865. Cette malade est petite, maigre, de constitution débile avec tendance lymphatique très-accusée; elle tousse depuis cinq mois, c'est-à-dire environ depuis le sixième mois de sa grossesse; elle a parfois des sueurs nocturnes; elle expectore des crachats visqueux et spumeux. Son pouls bat 96 pulsations par minute.

La poitrine est partout également sonore, la région précordiale donne un son clair. L'absence de murmure vésiculaire dans une partie des poumons, les râles sibilants généralisés, témoignent de l'existence d'une bronchite avec emphysème pulmonaire.

La palpation hypogastrique fait constater dans la région iliaque droite une tumeur arrondie qui soulève légèrement les téguments, s'enfonce en bas dans le petit bassin et remonte en haut jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est molle, élastique, sans être décidément fluctuante. Le membre inférieur droit est dans la flexion et dans la rotation en dehors; si l'on cherche à l'étendre et à le ramener en dedans, on exaspère les douleurs.

Par le toucher, on trouve l'utérus rapproché de la paroi droite du bassin, mobile, seulement, d'avant en arrière; les culs-de-sac vaginaux ne sont pas notablement modifiés dans leur profondeur, mais à l'extrémité droite du cul-de-sac antérieur on perçoit une rénitence arrondie sur laquelle retentissent les mouvements imprimés à la région iliaque.

La leucorrhée a cessé. La malade transpire pendant la nuit. On constate à la base du cœur un souffle chlorotique.

La tumeur proéminent au-dessus du ligament de Fallope, on place dans cette région une trainée de caustique de Vienne, pour favoriser la résolution de la tumeur si elle est encore possible, et dans le cas contraire pour préparer au pus l'issue par laquelle il devra être évacué.

D'ailleurs, malgré l'ancienneté de la phlegmasie, l'existence d'une collection purulente n'est pas encore démontrée, et l'on voit disparaître sans écoulement du pus au dehors des tumeurs qui avaient offert une fluctuation moins indécise. La malade est condamnée à garder le lit; on lui fait prendre, pour combattre la douleur et pour modérer la toux, 5 centigrammes d'extrait thébaïque distribués en plusieurs doses.

11 mars. La tumeur a considérablement diminué, sans que la malade ait rendu de pus par le rectum, par la vessie ou par le vagin. La fièvre et la toux ont cessé. L'état général est satisfaisant.

Le 15. Apparition des règles sans que les douleurs abdominales aient augmenté; elles durent quatre jours et sont suivies d'une leucorrhée abondante.

Le 27. La pression exercée sur la région iliaque a cessé d'être douloureuse; à la place de la tumeur on ne sent plus qu'une rénitence diffuse. Le membre inférieur droit s'étend et se meut librement.

Au toucher, le doigt se promène librement dans les culs-de-sac latéral gauche, antérieur et postérieur. Le cul-de-sac droit est occupé par une bride transversale, qui s'étend de la commissure droite à la paroi correspondante du bassin; l'utérus est entraîné vers cette paroi et ses mouvements dans le sens transversal sont très-limités.

20 avril. Les règles, qui devaient venir le 15, ont manqué, sans qu'aucun accident ni aucune douleur aient accompagné cette anomalie fonctionnelle. L'utérus a recouvré sa mobilité, sa commissure droite est entraînée à droite et un peu relevée par la bride inodulaire qu'on sent distinctement.

L'orifice est grenu; à la place occupée par la tumeur on sent un petit noyau dur, bosselé, presque indolent, en connexion intime avec la matrice dont il suit les mouvements.

Le 29. Les règles apparaissent après un retard de quatorze jours; elles durent trois jours.

3 mai. La malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant; elle se lève, elle a repris de l'embonpoint et des couleurs, il n'y a plus trace d'emphysème.

Obs. V. — Au n° 19 de la salle Saint-Joseph est couchée une femme de vingt-sept ans, domestique, à l'aspect lymphatique; elle est sujette aux migraines, elle a eu des attaques d'hystérie et sa respiration présente le caractère hystérique. La région sous-nasale est d'une coloration jaune verdâtre. On constate un bruit de souffle continu dans les vaisseaux carotidiens.

Cette femme a eu trois enfants, le dernier il y a quatre ans. Environ deux mois après cette dernière couche, elle a été atteinte, dit-elle, d'une inflammation pelvienne, accompagnée de douleurs vives, de vomissements

et de métrorrhagie; depuis ces accidents ses règles sont revenues régulièrement; elle n'a de leucorrhée ni avant ni après le flux menstruel.

Il y a quatre jours (le 19 février), ses règles parurent à leur époque ordinaire; mais au bout d'une heure, tandis qu'elle faisait un savonnage à l'eau froide, la flux cataménial s'arrêta brusquement. Le jour même de cette suppression, elle n'en ressentit aucun inconvénient; mais le lendemain elle fut prise de frisson, de fièvre, de vomissements et de douleurs de ventre retentissant dans la région lombaire; un écoulement leucorrhéique avait remplacé les menstrues.

Le 23 février, elle entre à l'hôpital; elle a la peau chaude, son pouls bat quatre-vingt-seize fois par minute; on constate une légère rénitence au-dessus du ligament de Fallope droit. Vive sensibilité à la pression. Au toucher, on trouve le col entr'ouvert et un peu tomenteux. Les culs-de-sac postérieur et gauche sont libres; la base du ligament large droit est dure et tuméfiée; l'utérus est entraîné de ce côté; il a conservé un certain degré de mobilité antéro-postérieure; mais les efforts faits pour l'attirer du côté gauche provoquent de vives douleurs. La malade n'a pas été à la garde-robe depuis quatre jours.

Prescription. Huit sangsues sur la région inguinale droite; on ne les laissera couler que deux heures; on en couvrira les piqûres avec du diachylum et l'on étendra ensuite sur le ventre une couche d'onguent mercuriel belladonné. Toutes les deux heures, la malade prendra un des paquets suivants: calomel, 20 centigrammes; sucre, 1 gramme; divisés en huit paquets. Pendant la nuit, julep avec 2 grammes d'alcoolature d'aconit, diète lactée; repos absolu.

Le 24. La fièvre a diminué: quatre-vingt-sept pulsations. Le ventre est moins sensible; les règles sont un peu revenues. La malade a été une fois à la selle.

Le 29. Apyrexie complète, aucune douleur. Les frictions mercurielles ont amené un peu de stomatite; on les fait cesser; la malade prendra 4 grammes de chlorate de soude.

6 mars. L'utérus est toujours entraîné à droite; mais en outre il y a aujourd'hui de l'antéflexion; le fond de l'utérus est volumineux et engorgé. — Vésicatoire sur la région iliaque droite.

Le 23. Les règles qui devaient venir le 20 mars ne sont pas encore venues; depuis deux jours la malade éprouve des douleurs lombaires et une vive céphalalgie. — 6 sangsues sont appliquées au haut des cuisses.

Le 27. Les règles n'ont pas paru, mais les douleurs ont complètement cessé.

11 avril. *Toucher*: L'utérus s'est rapproché de la ligne médiane, mais l'antéflexion est toujours très-accusée. La malade ne souffrant plus exige sa sortie.

Dans ce cas, la congestion du ligament large a succédé au trouble de la menstruation. On peut se demander si cette congestion n'a pas été accompagnée d'une métropéritonite ou pelvi-péritonite occupant le cul-de-sac antérieur; l'état de ce cul-de-sac n'est pas noté dans l'observation, et l'on expliquerait plus facilement alors la formation rapide de la flexion utérine si souvent consécutives aux pelvi-péritonites. A la suite de ces phlegmasies, le tissu utérin congestionné cède facilement à l'action rétractile des brides néoplasiques et peut en quelques jours s'infléchir sur son axe. Plus rarement et plus lentement, ces inflexions paraissent succéder à la seule congestion du tissu utérin.