

ligament ne sont peut-être pas aussi fréquents qu'on le disait il y a quelques années. M. Bernutz et son regretté collaborateur Goupil, dans un mémoire qu'ils publièrent en 1857 (1), s'attachèrent à démontrer que la pelvi-péritonite est au contraire une inflammation commune. Ils établirent que dans beaucoup de cas où le médecin avait constaté tous les signes d'un phlegmon aigu ou chronique du ligament large, l'autopsie était venue démontrer que le tissu cellulaire de ce ligament avait été respecté par le travail inflammatoire, tandis que le péritoine du petit bassin était seul le siège des productions inflammatoires. De sorte que ces médecins, après avoir recueilli un grand nombre d'observations, furent conduits à considérer le péritoine pelvien chez la femme comme étant l'analogie de la tunique vaginale chez l'homme. L'orchite, ou pour mieux dire la vaginalite, devait donc avoir son analogue dans la pelvi-péritonite chez la femme. Et si les lésions de l'urèthre, de la prostate et du testicule étaient souvent l'origine de l'orchite, de même les lésions du vagin, de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire devaient avoir souvent pour conséquence l'inflammation du péritoine pelvien. J'admets volontiers cette ingénieuse interprétation des faits, et avec MM. Bernutz et Goupil nous reconnaitrons qu'il existe des pelvi-péritonites blennorrhagiques, traumatiques, tuberculeuses, etc. Cette classification offre au moins l'avantage de forcer le clinicien à remonter à la cause de l'inflammation du péritoine pelvien. La science depuis longtemps possède de nombreuses observations de ces diverses espèces de pelvi-péritonite, et chaque praticien a pu être appelé à constater les symptômes d'une péritonite localisée chez des femmes atteintes de vaginite, d'inflammation aiguë ou chronique de la matrice; enfin chacun de vous a présent à l'esprit quelque examen nécroscopique où l'inflammation des trompes utérines et de l'ovaire avait été le point de départ de péritonites plus ou moins étendues.

C'est surtout à la suite de l'accouchement normal ou provoqué que vous constaterez les inflammations de la trompe et de l'ovaire; dans ces cas le péritoine, qui entoure et avoisine ces organes, ne tarde pas à prendre sa part de travail inflammatoire; la douleur, la tuméfaction localisées à un point du bassin font reconnaître le siège et la nature de la lésion. Des adhérences s'établissent entre les parties affectées, et, s'il n'y a point de péritonite généralisée, les malades peuvent guérir après un temps variable, tout en conservant des adhérences celluleuses, qui révéleront leur présence par de la douleur surtout aux époques menstruelles. Souvent vous observerez de ces péritonites localisées qui se rattachent à quelques lésions aiguës ou chroniques des ovaires. — Je n'insiste pas, cependant je veux vous rappeler que le travail inflammatoire en se répétant souvent peut déterminer des adhérences multiples entre les organes qui occupent le bassin, et qu'il en pourrait résulter des

(1) *Archives de médecine*, mars et avril 1857, et *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1862, t. II.

erreurs de diagnostic, si l'on ne tenait grand compte de la marche de ces engorgements et des signes fournis par la palpation et la percussion. — Ces adhérences multiples, en réunissant sous forme de tumeur les annexes de l'utérus à des portions souvent très-étendues de la masse intestinale, ont de très-graves conséquences, car elles entravent les fonctions des organes et déterminent l'amaigrissement et le marasme.

Je n'ai pas souvent observé de pelvi-péritonite à la suite des inflammations du vagin, mais chaque année nous constatons fréquemment l'inflammation du péritoine consécutive à la métrite. Rappelez-vous les douleurs éprouvées dans le bas-ventre par quelques-unes de nos malades (douleurs accompagnées de nausées, de vomissements, de fièvre et de dysurie), le soir ou le lendemain du jour où nous avons jugé opportun de cautériser le col utérin. Ces accidents de pelvi-péritonite cèdent ordinairement au bout de quelques jours; cependant l'inflammation peut s'étendre à la plus grande partie du péritoine, et les malades succombent alors à une péritonite suraiguë.

Quelquefois l'introduction permanente d'un instrument dans la cavité utérine peut déterminer des péritonites mortelles; lors de la discussion à l'Académie de médecine sur les redresseurs utérins, on en a cité plusieurs observations: l'introduction passagère de l'hystéromètre a été l'occasion de très-graves accidents du côté du péritoine. Il n'est donc pas douteux qu'une lésion en apparence légère de la matrice puisse suffire pour donner naissance à une péritonite suraiguë et généralisée. A plus forte raison la métrite aiguë ou chronique peut-elle aussi avoir pour conséquence une péritonite limitée au petit bassin.

La pelvi-péritonite, messieurs, a pour caractères l'épanchement de sérosité dans le petit bassin, et la formation d'adhérences qui donnent lieu à des tumeurs péri-hystériques. Ces tumeurs, de volume très-variable, occupent les côtés de l'utérus ou les culs-de-sac anté- et rétro-utérins; quelquefois les ligaments larges prennent part au développement de la tumeur; l'utérus semble alors enclavé au milieu de la tumeur. Lorsque la pelvi-péritonite a pour siège le cul-de-sac rétro-utérin, l'utérus est porté en avant derrière la symphyse pubienne, ainsi que cela s'observe dans l'hématocèle rétro-utérine. Enfin si la pelvi-péritonite est plus marquée d'un côté, l'utérus sera dévié latéralement. Les différentes déviations utérines n'ont du reste qu'une importance secondaire; ce qu'il importe de savoir, c'est que ces péritonites, qui souvent deviennent de véritables abcès enkystés, ont de la tendance, dans la forme aiguë comme dans la forme chronique, à se vider dans le rectum, le vagin ou la vessie, de sorte qu'on voit d'un jour à l'autre disparaître une grande partie de la tumeur qui occupait le petit bassin.

La pelvi-péritonite a quelquefois une longue durée et se manifeste sous forme de paroxysmes. Il y a quelques années, un chirurgien qui donnait ses soins à l'une de mes clientes pour une affection utérine de date déjà ancienne, proposa de faire usage de la curette de Récamier, afin de détruire des fon-

gosités de la muqueuse utérine. C'est toujours une chose grave, messieurs, que d'introduire un corps étranger dans la matrice, surtout quand on a pour but d'enlever des portions de la muqueuse malade, il faut toujours craindre une métrite avec toutes ses conséquences. Je demandai donc qu'un autre chirurgien, professeur de notre faculté, nous fût adjoint. Mon savant collègue, comprenant toute la responsabilité qu'il assumait, voulut, pour motiver son avis, examiner avec grand soin les organes affectés. Le toucher fut long, et au dire de la malade très-douloureux. Peut-être existait-il déjà de la pelvi-péritonite chronique et latente; mais il est important de noter qu'à partir du jour de notre consultation la malade ressentit des douleurs presque continuelles dans le bas-ventre, douleurs qui prenaient une grande acuité plusieurs fois par mois, et pendant trois ans notre malade, condamnée à passer sa vie dans son lit ou sur une chaise longue, rendit souvent par l'anus du pus en assez grande quantité. Il va sans dire, messieurs, que chaque fois que le toucher fut jugé nécessaire pendant cette longue durée de la maladie, il était pratiqué avec la plus grande prudence, et plusieurs fois il me fut permis de constater que le petit bassin, surtout dans la région rétro-utérine, était le siège d'un empatement très-marqué. Enfin, chez cette même malade, les veines du bassin devinrent le siège de coagulations; un jour, en effet, où l'acuité des douleurs avait rendu nécessaire une nouvelle exploration, la malade fut prise subitement, au moment de notre examen, des symptômes d'une embolie pulmonaire. Peu à peu les accidents se calmèrent, puis quelques mois plus tard l'engorgement péri-utérin diminua d'étendue, il ne s'écoula plus de pus par le rectum, et la malade peut être considérée aujourd'hui comme étant guérie.

Il est infiniment probable, messieurs, que nous avons eu affaire à une pelvi-péritonite et non pas à un phlegmon péri-hystérique. Les phlegmons, en effet, n'ont point une durée aussi longue ni une marche semblable; la pelvi-péritonite au contraire, ainsi que l'ont prouvé les examens nécroscopiques, a pour caractère la chronicité, et, lorsque les adhérences sont bien établies, elle peut être la source, sous l'influence de causes variées, de suppurations intarissables. Est-ce à dire pour cela que le tissu cellulaire qui double le péritoine reste à l'abri du travail inflammatoire qui a eu pour siège primitif la séreuse pelvienne, je ne le crois pas d'une manière absolue. Je comprendrais difficilement, en effet, qu'une phlegmasie chronique accompagnée d'abcès qui se font jour dans le rectum, le vagin ou la vessie, restât toujours limitée au péritoine, je ne crois pas que telle soit la règle, bien que MM. Bernutz et Goupil en aient cité des exemples très-remarquables. Et, en réalité, la phlegmasie chronique envahit si bien le tissu cellulaire du bassin, la trompe et l'ovaire, que l'on a quelquefois grand-peine à retrouver les vestiges de ces organes, et qu'il est alors impossible, si l'on ne tient pas compte de la marche des accidents, de déterminer à l'autopsie quelles ont été les parties primitivement envahies par l'inflammation.

Ainsi que le prouve l'observation de ma malade, une lésion chronique de la muqueuse utérine peut donc avoir pour conséquence une pelvi-péritonite latente, qu'une cause déterminante, le toucher par exemple, viendra rendre manifeste en déterminant des accidents aigus. De plus, ces accidents devenus chroniques pourront offrir de véritables paroxysmes qui se jugeront par l'écoulement au dehors d'une certaine quantité de pus. Enfin, dans les veines du bassin entourées de tissus enflammés, le sang pourra se coaguler et des manœuvres inopportunes ou maladroites pourront faire craindre la rupture des caillots et la migration de leurs débris vers le cœur et le poumon. Je ne saurais donc, messieurs, vous recommander en semblable circonstance trop de réserve dans votre pronostic et trop de prudence dans l'examen des organes affectés.

La pelvi-péritonite peut avoir encore d'autres conséquences: non-seulement la suppuration peut, par sa durée, amener un amaigrissement extrême, et donner lieu à la fièvre hectique, quelquefois à l'infection putride, plus rarement à l'infection purulente; mais encore la pelvi-péritonite chronique peut, chez les malades prédisposées, être l'occasion par sa durée des manifestations tuberculeuses vers le péritoine et vers le poumon.

La péritonite ne reste pas toujours limitée au bassin, nous l'avons vue souvent acquérir une grande étendue et comprendre dans ses adhérences une grande partie de l'intestin. Cette extension de la péritonite s'observe surtout à la suite de l'accouchement et de l'avortement; de nombreuses autopsies démontrent qu'une partie de l'intestin grêle fait quelquefois masse commune avec le grand épiploon et les organes contenus dans le petit bassin. Lorsqu'il en est ainsi et que les malades ne succombent pas à l'acuité des accidents, elles ne tardent pas à s'affaiblir; cependant le pus qui occupe les masses enflammées finit par se créer une issue et la guérison peut encore avoir lieu. Rappelez-vous l'observation de cette jeune femme du n° 25 de la salle Saint-Bernard. Trois fois, à quelques jours d'intervalle, elle nous offrit les signes d'une péritonite qui chaque fois faisait de nouveaux progrès, puis les accidents aigus se calmèrent, la tumeur devint circonscrite et le pus qu'elle renfermait se fit jour du côté du vagin. La malade sortit de notre service quelques semaines plus tard, ne conservant plus que des douleurs abdominales inséparables d'adhérences étendues du péritoine.

L'inflammation de la trompe et de l'ovaire, si commune chez les femmes récemment accouchées, peut être, avons-nous dit, la source de la pelvi-péritonite et des phlegmons de la fosse iliaque; mais dans quelques circonstances; lorsqu'il n'y a point adhérence de la trompe ou de l'ovaire avec les parties ambiantes, les abcès de ces organes peuvent s'ouvrir dans la cavité du péritoine et donner lieu, ainsi que je l'ai constaté deux fois, à des péritonites rapidement mortelles.

Jusqu'ici, messieurs, j'ai rappelé à votre mémoire plusieurs des observations qui se rapportaient à des phlegmons des ligaments larges, à des abcès

iliaques et à des pelvi-péritonites, à des ovarites, à des métrô-péritonites, et vous avez pu remarquer que certains symptômes du début permettaient de penser qu'il s'agissait plus spécialement de l'une de ces affections; mais peu à peu les caractères différentiels s'effaçaient par le fait même de la marche de la maladie, et chez plusieurs malades l'autopsie démontrait qu'il y avait à la fois une pelvi-péritonite et des abcès occupant soit le bassin, soit la fosse iliaque, quelquefois même la région du rein. Il serait donc bien difficile de vous donner une description clinique de chacune de ces affections qui reconnaissent des causes si variées, dont la plus simple sera une action traumatique et la plus complexe l'état puerpéral.

Je vais essayer de vous fournir des notions cliniques qui vous permettront de distinguer certaines variétés parmi les affections dont nous nous occupons en ce moment. Chacune de ces affections reste rarement isolée, et, le plus souvent, elles sont accompagnées de lésions multiples du côté de la matrice, de l'ovaire et du péritoine.

Lorsque l'abcès a son siège dans les ligaments larges, le toucher vous permettra de sentir une rénitence très-marquée sur les côtés de l'utérus, et si vous appliquez en même temps la main restée libre sur la paroi antérieure de l'abdomen, vous pourrez, par une pression lente et progressive, reconnaître dans le bassin la présence d'une tumeur de volume variable. Les conditions dans lesquelles la tumeur se sera développée, puis l'existence de la fièvre et de la douleur seront des éléments de diagnostic d'une grande importance, qui vous autoriseront à localiser le phlegmon dans le ligament large. Notez encore que les rapports affectés par l'utérus avec la tumeur viendront aider votre diagnostic, et lorsque les malades, au début de la maladie, n'auront point eu de nausées, de vomissements, et que la douleur sera restée limitée là où existe la tumeur, il sera infiniment probable que le péritoine pelvien n'aura point participé au travail inflammatoire. Il arrive encore assez souvent que les malades ne se plaignent que de petites douleurs dans l'hypogastre, le toucher vous permettra de constater alors que la tumeur est limitée à la région occupée par l'un des ligaments larges. Enfin, dans ces cas, le toucher par le rectum établit que le cul-de-sac rétro-utérin est libre de tout produit inflammatoire. Alors, s'il ne survient point de complications du côté du péritoine, l'abcès s'ouvrira dans le vagin ou dans la vessie.

Les phlegmons iliaques sont quelquefois la conséquence de la propagation du travail inflammatoire des ligaments larges; d'autres fois, surtout à la suite de l'accouchement, ils se développent primitivement dans la fosse iliaque. Quelles que soient les conditions qui ont présidé à leur formation, ils sont toujours faciles à reconnaître par la douleur et l'empâtement de la région affectée; de plus, la marche du travail inflammatoire ne tardera pas à fournir les éléments de diagnostic nécessaires pour établir si ces abcès sont superficiels ou sous-aponévrotiques.

Dans le premier cas, les douleurs restent limitées à la région affectée, mais

si l'on tarde à ouvrir ces abcès, ils pourront devenir sous-aponévrotiques, les douleurs se propageront à la cuisse sur le trajet du nerf crural, et bientôt les abcès viendront faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope, ou tendront à fuser vers les parties profondes de la cuisse. Vous avez vu les ravages que produisent de semblables abcès vers les articulations coxo-fémorales, et plus rarement vers les articulations sacro-iliaques.

Dans les cas où l'abcès reste limité au ligament large, le pronostic est sans gravité. Dans ceux, au contraire, où les abcès occupent la fosse iliaque, vous devrez toujours craindre que ces abcès, devenant sous-aponévrotiques, ne compromettent la vie des malades.

Quand ces abcès sont dans la cavité du péritoine, ai-je besoin de dire que les symptômes d'une péritonite antérieure viennent aider le diagnostic? Quand ces abcès sont considérables, leurs parois sont constituées par une portion de l'intestin, le grand épiploon, l'utérus, l'ovaire, ses annexes et la vessie. Ils forment une tumeur qui occupe le petit bassin et une grande partie de l'hypogastre. La palpation y fait reconnaître un empâtement particulier au milieu duquel une main exercée constate quelquefois, chez les femmes amaigries, une rénitence non homogène; la percussion peut aussi dévoiler des différences de matité qui témoignent de la présence des intestins dans la composition de la tumeur. D'ailleurs le toucher par le vagin fait voir que l'utérus a changé de rapports, qu'il a perdu sa mobilité et se trouve enclavé au milieu de la tumeur; enfin, le doigt sent au fond du vagin et dans l'excavation pelvienne une tuméfaction qui s'étend aux parois latérales du bassin et dans le cul-de-sac rétro-utérin. En de semblables circonstances, il n'est pas douteux que le péritoine ne soit le siège du travail inflammatoire.

Mais il ne faut pas croire que la pelvi-péritonite, quelle que soit sa cause, ait toujours des caractères aussi nets. Souvent à la suite de l'accouchement, d'un avortement, ou lorsqu'elle a son origine dans une inflammation du vagin et de l'utérus, elle se développe d'une façon latente. C'est à peine si les malades éprouvent quelques douleurs, elles n'ont point eu de nausées, de vomissements; tout le cortège des symptômes de la péritonite a fait défaut, et il est, je l'avoue, très-difficile d'assigner à cette forme de pelvi-péritonite des caractères bien tranchés; toutefois les travaux modernes, et surtout le mémoire de MM. Bernutz et Goupil, ont si bien établi la grande fréquence de la pelvi-péritonite, que vous devrez toujours chercher à surprendre dans les antécédents des malades une cause à l'inflammation du péritoine pelvien.

Je ne dois point avoir en vue en ce moment les faits les plus difficiles, je dois, au contraire, discuter seulement les caractères morbides qui semblent militer en faveur des faits les plus communs de pelvi-péritonite. Lorsqu'à la suite d'une suppression de la menstruation, lorsque après des excès dans les rapports sexuels, ou bien lorsque dans le cours d'une blennorrhagie ou d'une métrite, les malades se plaignent d'éprouver de la douleur dans l'hypogastre, vous devrez immédiatement songer à l'existence possible d'une pelvi-péritonite.

Si elle existe, la palpation de l'hypogastre réveillera la douleur, et le toucher vaginal, s'il y a de la douleur déjà depuis quelques jours, vous révélera la présence d'une tumeur qui occupera la région péri-hystérique. Puis les douleurs se montreront sous forme de paroxysmes, en même temps que la tumeur deviendra de plus en plus appréciable à vos moyens d'investigation. Enfin, ces abcès du péritoine pelvien, tôt ou tard et à plusieurs reprises, suivant la marche de la maladie, se feront jour par le vagin, la vessie ou le rectum.

Le pronostic de la pelvi-péritonite variera avec l'étendue de l'inflammation et suivant la cause qui lui a donné naissance. Les pelvi-péritonites qui comprennent dans leur atmosphère une certaine partie de l'intestin et les annexes de l'utérus ont une grande gravité, parce qu'elles ne tardent pas à déterminer la fièvre hectique. L'orchite féminine, au contraire, qui reste limitée au bassin et permet aux fonctions de la vessie, des ovaires et des trompes, de s'opérer avec régularité, se termine le plus souvent d'une manière favorable, surtout lorsque le pus s'est écoulé facilement au dehors et que la cause inflammatoire a cessé d'exister.

Mon intention, messieurs, en vous présentant ces considérations cliniques sur les abcès péri-hystériques, n'a pas été de vous donner une description complète de toutes les affections inflammatoires qui peuvent avoir pour siège le péritoine et le tissu cellulaire du bassin. Je crois cette description impossible dans l'état actuel de la science, et si vous lisez les travaux rédigés sur ce sujet par nos bien regrettés collègues dans les hôpitaux, Valleix (1), Aran et Goupil (2); si vous étudiez avec attention le mémoire si riche de faits de M. Bernutz sur la pelvi-péritonite ou orchite féminine, vous resterez convaincus que le sujet que je viens de traiter avec vous est assurément un des plus obscurs de la pathologie.

Quoi qu'il en soit, et je me plais à le déclarer, nous devons aux travaux originaux que je viens de vous rappeler, d'importantes notions; c'est avoir beaucoup fait pour la science que d'avoir établi la fréquence de la pelvi-péritonite et la rareté relative du *phlegmon* péri-hystérique.

Je ne crois pas nécessaire d'insister longuement sur l'anatomie pathologique des abcès pelviens: les détails anatomiques consignés dans nos observations suffiront pour fixer dans vos esprits les principales lésions.

J'ajoute seulement ici une observation qui vient prouver la multiplicité des lésions pelviennes dont une inflammation de la matrice peut être l'origine; de plus, cette observation établit que la cautérisation au fer rouge, ordinairement exempte de dangers, a été la cause de lésions mortelles:

Une jeune femme de vingt-sept ans entra dans notre salle Saint-Bernard

(1) *Union médicale*. — *Guide du médecin praticien*.

(2) Goupil, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860.

Elle était habituellement bien réglée; mais elle avait toujours de la leucorrhée, des douleurs de reins et de bas-ventre. Le toucher permit de constater que le col de l'utérus était gonflé, entr'ouvert et profondément excorié. Je résolus de cautériser avec le fer rouge. C'est ordinairement à ce moyen que j'ai recouru quand les lésions du col ne sont pas superficielles, et, depuis plus de quinze ans que j'ai adopté cette pratique, je n'ai jamais vu d'accidents en être la conséquence. Je ne devais pas être si heureux dans le cas présent. Je touchai donc le col avec le cautère actuel; les choses se passèrent à merveille; l'eschare se détacha au bout de quelques jours; les règles survinrent sur ces entrefaites, et, quatre jours après leur cessation, je fis une seconde cautérisation, espérant n'y plus revenir. Cinq ou six jours plus tard, il survint un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche, et l'on sentit, par la palpation, un empâtement profond. A quelques jours de là, la douleur augmenta, et il survint une névralgie du nerf crural, avec rétraction de la cuisse sur le bassin. Le gonflement iliaque devenait plus évident, les douleurs de la cuisse s'aggravèrent, et il fut impossible à la malade d'étendre le membre. Si l'on essayait l'extension, on déterminait des souffrances très-vives qui retentissaient dans la profondeur du bassin. Cependant une fièvre intense s'était allumée, et il était évident pour nous que nous avions affaire à un phlegmon profond de la gaine du psoas et de l'iliaque. Bientôt l'empâtement devint sensible au-dessous du ligament de Fallope, et le pus fusa jusqu'au petit trochanter. La pauvre jeune femme mourut épuisée par la fièvre, par la diarrhée, à peu près cinq semaines après la dernière cautérisation.

A l'autopsie, on trouvait un abcès du ligament large du côté gauche, un peu de péritonite, et une collection purulente qui avait disséqué le psoas et l'iliaque et qui s'étendait depuis la région lombaire jusqu'au petit trochanter.

Je me suis demandé souvent, messieurs, si la cautérisation par le fer rouge n'avait pas été la cause des accidents, et j'ai conclu affirmativement. Il est certain que si je n'eusse pas fait cette petite opération, le phlegmon iliaque ne se fût pas développé. Mais, messieurs, quand j'interroge ma propre pratique, quand j'interroge celle de mes confrères qui ne craignent pas de dire la vérité, je vois que dans quelques cas, heureusement fort rares, la cautérisation la plus superficielle peut produire un retentissement inflammatoire du côté des ligaments larges et du péritoine; et non-seulement la cautérisation avec le fer rouge est ordinairement exempte de danger, mais elle est plus souvent innocente que celle que l'on pratique avec les caustiques potentiels. En thèse générale, on peut dire que les eschares profondes faites avec le cautère actuel sont une garantie contre les phlegmons graves du bassin.

Il convient d'avouer que la médecine est à peu près impuissante dans le traitement des abcès péri-hystériques. Lorsque le phlegmon ou la pelvi-péritonite nous ont révélé leur existence par les symptômes qui leur appartiennent, je n'ai qu'une bien faible confiance dans l'action résolutive des saignées générales ou locales. Je n'ai pour but, ordinairement, que de calmer

la douleur par les applications locales ou l'administration à l'intérieur des préparations de belladone et d'opium. Faire taire la douleur, c'est souvent modérer la fluxion inflammatoire, et quand j'y réussis je m'estime heureux.

Mais si nous ne pouvons que peu de chose pour la pelvi-péritonite et les phlegmons du bassin, nous pouvons beaucoup sur les causes qui ont déterminé le travail inflammatoire. Tous nos efforts devront donc tendre à *prévenir*, à rendre moins énergique l'action de ces causes, et à étudier la susceptibilité organique avant d'intervenir dans les affections chroniques de la matrice. Par exemple, lorsque la menstruation est douloureuse et qu'une ménorrhagie abondante témoigne d'une fluxion anormale vers les organes génitaux, il faut recommander aux femmes d'éviter toutes les causes qui pourraient augmenter la douleur et l'hémorrhagie. L'accouchement est, avons-nous dit, la cause la plus fréquente des abcès pelviens, mais l'expérience apprend que, en dehors des conditions épidémiques, la pelvi-péritonite et les abcès péri-hystériques ne s'observent guère que dans les cas où il y a eu marche anormale du travail, retard dans la délivrance, ou lorsque les femmes ont fait quelque imprudence dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Rappeler ces conditions étiologiques, c'est indiquer les règles à suivre pour éviter leurs effets.

Dans les cas où vous devrez faire emploi de caustiques pour modifier une inflammation du col de la matrice ou un catarrhe de la muqueuse utérine, procédez toujours avec une extrême prudence, craignez toujours de déterminer une inflammation qui pourra s'étendre au péritoine. Interrogez, si je puis ainsi dire, la susceptibilité de l'organe sur lequel vous agissez, et avant de faire usage de caustiques violents, ayez recours aux caustiques faibles, sachez vous arrêter, lorsqu'une douleur aiguë suivra l'application de vos moyens.

De même, dans les inflammations spécifiques de la membrane muqueuse du vagin, n'intervenez pas trop brusquement par la médication substitutive. Rappelez-vous que dans ces cas vous pourriez encore déterminer la pelvi-péritonite.

Enfin, ne négligez jamais, messieurs, lorsque vous pratiquez le toucher utérin, d'y mettre toute la prudence possible. Je vous ai cité une observation où le toucher un peu violent a été l'occasion d'une pelvi-péritonite qui a duré trois grandes années !

Ne faites usage de l'hystéromètre que dans les cas exceptionnels où le cathétérisme de l'utérus est indispensable (ce qui est infiniment rare) pour établir le diagnostic. A plus forte raison je blâme d'une façon absolue l'application des pessaires intra-utérins, et cela d'autant plus que l'expérience m'a appris que les déviations utérines n'étaient presque jamais la cause des douleurs et des malaises éprouvés par les femmes. Ces douleurs sont le plus souvent l'expression d'une métrite, d'un catarrhe ou d'une pelvi-péritonite chronique, que vous ne ferez qu'aggraver en introduisant un corps étranger dans la cavité de la matrice.

Lorsque les abcès pelviens viennent faire saillie vers le vagin ou dans le rectum, il ne faut point les ouvrir; de même que dans les cas d'hématocèle rétro-utérine, le médecin ne doit point intervenir d'une manière active. Mais semblable réserve ne doit point être suivie lorsque les abcès péri-hystériques ont envahi les fosses iliaques. Vous savez, en effet, toutes les graves complications dont ces abcès peuvent être accompagnés, lorsqu'ils demeurent longtemps en contact avec le muscle psoas et le tissu cellulaire de la fosse iliaque; vous savez quelle est la tendance de ces abcès à se porter vers les articulations sacro-iliaques ou coxo-fémorales, ce qui produit une complication presque toujours mortelle; par conséquent aussitôt qu'un examen attentif vous aura permis de reconnaître la présence du pus dans la fosse iliaque, vous devrez ouvrir ces abcès avec le bistouri, ou au moins vous hâter de déterminer avec les caustiques les adhérences qui vous permettront de pénétrer sûrement dans le foyer purulent. Sachez, en ces circonstances, ne pas trop attendre, car votre hésitation rendrait plus tard votre intervention complètement inutile.