

Si la salpingite dure longtemps, les deux orifices ovariens et utérins de la trompe ne tardent pas à s'obstruer, et la salpingite kystique se trouve ainsi constituée.

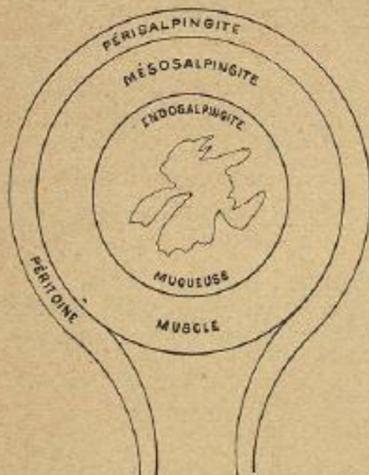


Fig. 237. — Schéma de l'inflammation salpingienne.

des deux trompes conduit à la stérilité absolue.

L'obstruction du pavillon tubaire est en général un accident précoce dans l'inflammation tubaire, quelle qu'en soit la nature; en effet le premier effet de l'inflammation est d'œdématiser les franges du pavillon, qui, ainsi gonflées, s'accroissent les unes aux autres, et arrivent à adhérer entre elles assez promptement.

Cette obstruction du pavillon est une chose heureuse dans nombre d'inflammations salpingiennes, car elle protège le péritoine contre les microbes intra-salpingiens, qui sans cette barrière pourraient amener des accidents de pelvi-péritonite, voir même de péritonite.

Mais elle est des plus fâcheuses pour la fécondité de la femme, car l'obstruction

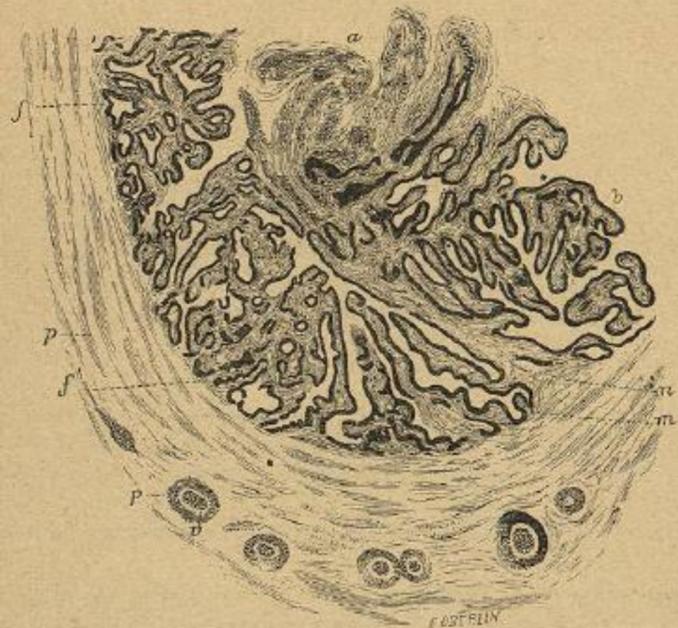


Fig. 238. — Coupe perpendiculaire au canal tubaire; endosalpingite. (Terrillon.)
a, contenu de la trompe. — v, vaisseaux. — d, paroi musculaire. — f, sinus. — m, végétations.

C'est là d'ailleurs une cause de stérilité beaucoup plus fréquente qu'on ne le

suppose, ce qui nous explique comment certains de ces cas sont absolument rebelles à la thérapeutique purement utérine.

Après la muqueuse se prend le muscle de la trompe.

Modifications analogues à celles décrites à propos de la *myomérite*, congestion, hyperplasie, hypertrophie, et enfin sclérose.

Cette salpingite parenchymateuse ou interstitielle se traduit par de l'épaississement et de l'induration de la trompe, véritable *pachy-salpingite*.



Fig. 239. — Hypertrophie tubaire d'origine inflammatoire. (Pozzi.)

L'inflammation parenchymateuse de la trompe amène un épaississement notable de l'organe, de telle sorte que le mésosalpinx se trouve déplacé et diminué par cette hypertrophie.

La trompe qui à l'état normal se trouvait séparée du tissu cellulaire du ligament large par ce repli péritonéal arrive à son contact plus direct, et cela à un degré d'autant plus prononcé que l'augmentation du volume tubaire est plus accentué.

Ce rapport plus intime nous explique comment à l'état pathologique les inflammations de la trompe peuvent se transmettre facilement au tissu cellulaire du ligament large.

Les lésions sont souvent unilatérales au début de l'affection, mais deviennent ordinairement bilatérales, quand la maladie dure depuis longtemps.

Dans les cas anciens et alors qu'il n'y a pas eu de transformation kystique l'inflammation chronique aboutit tantôt à l'*hypertrophie* (fig. 239), tantôt à l'*atrophie* (fig. 240) de la trompe.

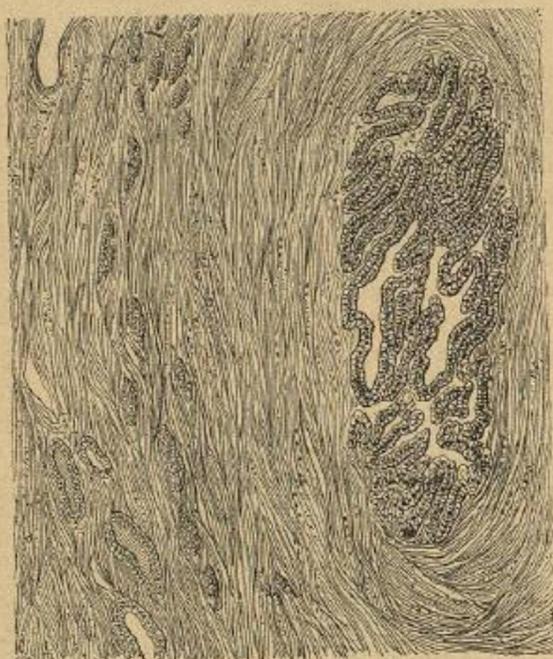


Fig. 240. — Atrophie tubaire d'origine inflammatoire. (Boldt.)

L'inflammation ovarienne est la compagne habituelle, mais non obligée, de la salpingite.

Réciproquement l'ovarite peut exister sans inflammation salpingienne, ce qu'explique la voie lymphatique suivie par les microbes pathogènes.

Dans l'ovarite la congestion avec augmentation de volume est le phénomène initial; suivant que le processus prédomine au centre ou à la périphérie de l'organe, on a distingué l'*ovarite folliculaire ou périphérique* et *centrale, parenchymateuse ou interstitielle*.

Ces distinctions n'ont qu'une importance secondaire.

La *périorvarite*, c'est-à-dire l'inflammation de la surface de l'ovaire, peut compliquer l'inflammation de l'ovaire, de même que la périculpingite et la

périmérite, celles de la trompe et de l'utérus. Cette inflammation sera étudiée avec la pelvi-péritonite.

L'ovarite aboutit tantôt à la sclérose de l'organe, dont tous les éléments sont emprisonnés, étouffés par la dégénérescence fibreuse; l'ovaire est réduit à un noyau fibreux, l'organe est physiologiquement mort.

Tantôt il ya transformation kystique, et les kystes sont ou séreux ou sanguins ou purulents, donnant lieu aux trois variétés d'ovarites kystiques :

Hydro-ovarie. — Ovaire séro-kystique (ou scléro-kystique);

Hémato-ovarie. — Ovaire hémato-kystique;

Pyo-ovarie. — Ovaire pyo-kystique.

Ces ovarites kystiques seront étudiées avec les tumeurs génitales.

La salpingite et l'ovarite que nous avons jusqu'ici décrites séparément, cette division étant nécessitée pour l'exposé de la question, sont en clinique toujours ou presque toujours réunies, de telle sorte qu'on n'a pas à faire à des cas de salpingite ou d'ovarite isolés, mais ordinairement à de la *salpingo-ovarite*, soit unilatérale, soit bilatérale.

En effet, quand la trompe est malade, son pavillon en s'enflammant et en s'obturant se réunit à la surface de l'ovaire grâce aux adhérences péritonéales qui se font tout autour, de telle sorte que pavillon et ovaire ne font plus qu'une seule et même masse, qu'on a de la peine à isoler après ablation chirurgicale des annexes, et qu'il est par conséquent tout à fait inutile de vouloir essayer de dissocier dans l'examen sur le vivant.

Dans notre description ultérieure c'est de cet ensemble pathologique, *salpingo-ovarite*, qui constitue cliniquement la règle, qu'il sera presque exclusivement question.

Symptômes.

Interrogatoire :

Douleurs	1
Écoulements	2
Phénomènes généraux et sympathiques	3

Examen direct :

Exploration digitale	4
Opération exploratrice.	5

1° La **douleur** se confond le plus souvent avec celle de la métrite, car il est rare d'observer l'ovaro-salpingite sans métrite.

Mais on rencontre le plus souvent la prédominance des douleurs vers l'un ou l'autre côté de l'abdomen de préférence au voisinage de l'aîne; l'unilatéralité ou la prédominance de la lésion du côté des annexes nous rend compte de ce phénomène.

Fait singulier et difficilement explicable, c'est assez souvent du côté opposé

à celui où existe l'ovario-salpingite quand elle est unilatérale, qu'on observe le maximum de la douleur.

La pression et l'examen digital exagèrent ces phénomènes douloureux.

Les règles sont particulièrement douloureuses, surtout au début, quand la congestion génitale domine.

Le coït est pénible, soit par la congestion des organes pelviens qu'il provoque, soit par le traumatisme qu'exerce le membre viril sur l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Avec le premier cas, la douleur est surtout marquée à la suite du coït, avec le second pendant l'acte sexuel même.

Outre les douleurs continues dont la malade est affligée, surviennent des crises névralgiques intermittentes, causées soit par les coliques salpingiennes dont il a été question, soit par le retentissement des lésions sur le système nerveux génital et ses dépendances.

2° L'écoulement, qui se confond avec celui provenant de l'utérus, est :

Muco-purulent avec prédominance du mucus ou du pus.

Sanguin. L'écoulement sanguin se manifeste par l'exagération des règles, par des ménorragies. L'aménorrhée passagère ou prolongée est cependant loin d'être rare.

3° Les phénomènes généraux sont habituellement peu accentués, car, même avec une salpingo-ovarite suppurée moyennement intense, il n'est pas rare de voir la réaction fébrile faible ou nulle.

Il n'en est plus de même, quand il s'agit de vastes collections suppurées, de pyosalpinx volumineux.

Mais, même avec ces lésions considérables, la réaction fébrile est relativement modérée; par contre, on observe un amaigrissement progressif conduisant à une véritable hecticité, alors qu'un traitement approprié ne vient pas entraver la marche des accidents.

Les phénomènes sympathiques sont les mêmes que ceux de la métrite : névralgies diverses, troubles digestifs, amaigrissement, abattement, développement ou accentuation des phénomènes hystériques.

4° L'exploration digitale, consistant dans le toucher vagino-rectal, aidé de la palpation abdominale, donne des résultats importants et habituellement assez nets.

A côté de l'utérus, partant de la corne de cet organe, on trouve un cordon douloureux, qui va en augmentant de volume alors qu'on s'approche de l'ovaire, et qui se termine à son niveau par un renflement accentué.

Quand on arrive sur l'ovaire, on détermine par la pression une douleur exquise avec retentissement général, analogue à celle qu'on produit chez l'homme par la compression du testicule.

Les ovaires sont habituellement prolabés dans la fossette rétro-ovarienne ou dans le cul-de-sac de Douglas; la trompe est accolée au côté de l'utérus, comme une branche cassée sans être détachée pend le long du tronc qui la porte.

L'ovaire simule le fruit volumineux, qui serait resté appendu à l'extrémité de cette branche.

Toutefois l'orientation des ovaires par rapport aux trompes est très variable, ainsi qu'on s'en assurera par la figure 241, représentant une salpingite kystique; avec une salpingite non kystique la situation relative de l'ovaire et des trompes peut d'ailleurs être la même.

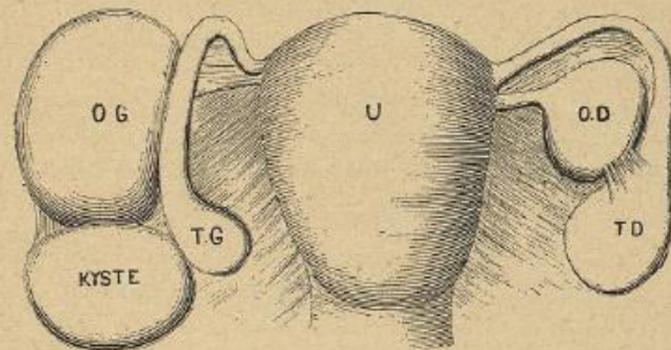


Fig. 241. — Salpingite kystique double. (Beigel.)

La trompe droite (TD) est fixée à l'ovaire (OD) par une bride pseudo-membraneuse. L'ovaire gauche (OG) est augmenté de volume, à côté de lui un petit kyste. TG, trompe gauche.

J'ai indiqué les divers déplacements, dont l'ovaire et la trompe sont susceptibles; on comprend facilement que les signes fournis par l'exploration digitale varieront avec ces différents cas; je n'ai indiqué précédemment que les faits les plus fréquents.

5° Bien que le diagnostic de la salpingo-ovarite d'origine inflammatoire soit habituellement facile, il est cependant des cas où il se heurte à de grandes difficultés.

Lorsque, par exemple, la tumeur de la trompe est située à la partie inférieure du ligament large ou quand elle est fixée par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, elle simule facilement un kyste intraligamenteux.

Si l'extrémité externe de la trompe est seule dilatée, s'il n'existe pas d'adhérences, on se trouve en présence d'une tuméfaction mobile circonscrite et rénitente, pouvant être confondue avec une tumeur ovarienne.

Enfin on est souvent fort embarrassé dans les cas où la salpingo-ovarite paraît être unilatérale pour savoir si les annexes du côté opposé sont vraiment saines et ne sont pas aussi atteintes de salpingo-ovarite restée pour le moment latente.

Pour les cas difficiles de ce genre, *Lébedew* et *Michnow* ont indiqué un signe différentiel qui consiste dans l'augmentation de volume de la tumeur salpingo-ovarienne au début des périodes menstruelles.

Grâce à cette augmentation cataméniale de volume, qui ne s'observerait que dans les salpingo-ovarites d'origine inflammatoire, les auteurs sus-men-

tionnés ont pu établir le diagnostic dans plusieurs cas douteux, diagnostic qui a été confirmé ensuite au moyen de la laparotomie ¹.

Dans certains cas relativement rares, le diagnostic exact de la salpingo-ovarite, alors qu'il existe des complications ne peut être établi qu'à l'aide d'une **laparotomie exploratrice**.

L'exploration directe après ouverture de l'abdomen permettra de reconnaître *par la vue et le toucher intra-péritonéal* les lésions, dont il a été question à propos de l'anatomie pathologique.

Cette laparotomie exploratrice devra être réservée à des cas exceptionnels et alors qu'on se propose de porter remède dans la même séance opératoire aux lésions rebelles dont souffre la femme.

Cette même laparotomie se trouve ainsi être successivement exploratrice et curatrice.

TISSU CELLULAIRE ET PÉRITOINE

Une coupe antéro-postérieure (fig. 179, p. 157) du bassin chez la femme, nous a montré que la cavité pelvienne est fermée inférieurement par une cloison musculo-aponévrotique à éléments multiples.

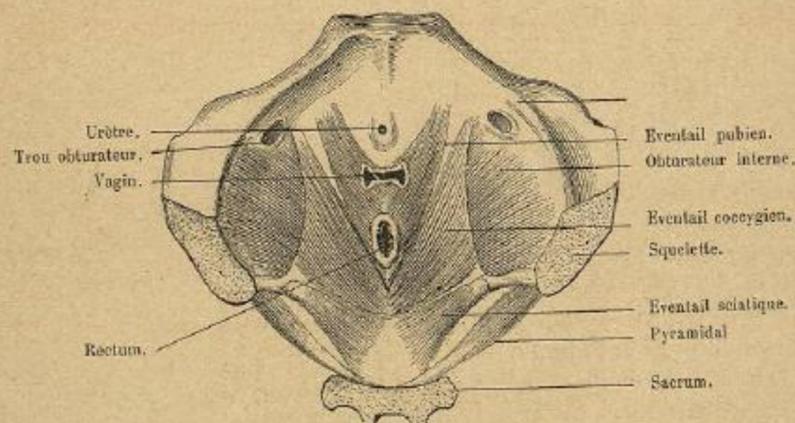


Fig. 242. — Diaphragme pelvien.

La couche profonde de ces muscles est constituée par le *releveur de l'anus*, mieux dénommé *releveur coccy-périnéal* ou simplement *périnéal* ², en avant et latéralement par les *obturateurs internes*, en arrière et latéralement par les *pyramidaux* (fig. 242).

Au-dessus de ces muscles, dont l'ensemble constitue un véritable *diaphragme pelvien* fermant en bas la cavité abdominale, comme le diaphragme

¹ *Centrab. f. Gynäk.* 1890, p. 563.

² Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 21.

thoracique la limite supérieurement, se trouve l'*aponévrose pelvienne*, voile fibreux jeté sur cette couche musculaire, sorte de doublure solide la protégeant et la renforçant.

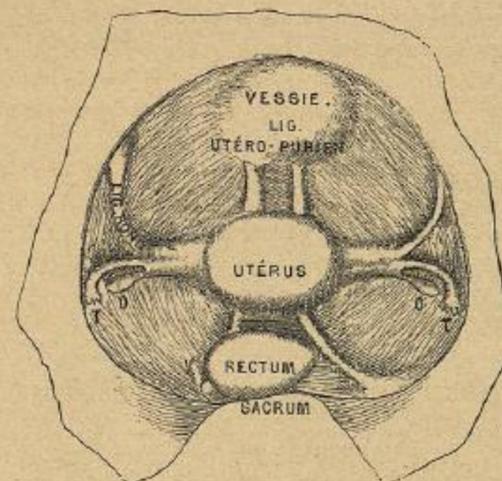


Fig. 243. — Organes pelviens vus de la cavité abdominale.

Au-dessus de cette aponévrose siègent les organes pelviens (fig. 243) :

En avant : la vessie ;

Au milieu : l'utérus avec les trompes et ovaires ;

En arrière : le rectum.

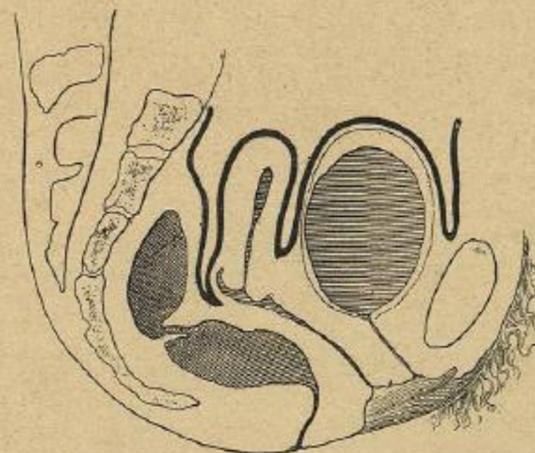


Fig. 244. — Profil du péritoine pelvien.

Le péritoine recouvre ces différents organes, s'insinuant entre eux ainsi que l'indique la coupe antéro-postérieure (fig. 244).

Transversalement le péritoine est soulevé par l'utérus et se continue

jusqu'aux côtés du bassin, en constituant les ligaments larges, dont les ligaments ronds peuvent être considérés comme un diverticulum antérieur (fig. 245).

Le péritoine ainsi soulevé crée dans le petit bassin deux loges, une antérieure réservée aux organes génito-urinaires, l'autre postérieure contenant la terminaison du tube digestif.

La loge vésicale est limitée latéralement par des ligaments, *ligaments utéro-pubiens*, s'étendant de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure du pubis, et déterminant une saillie du péritoine analogue à celle des ligaments larges, quoique bien moins prononcée (fig. 245).

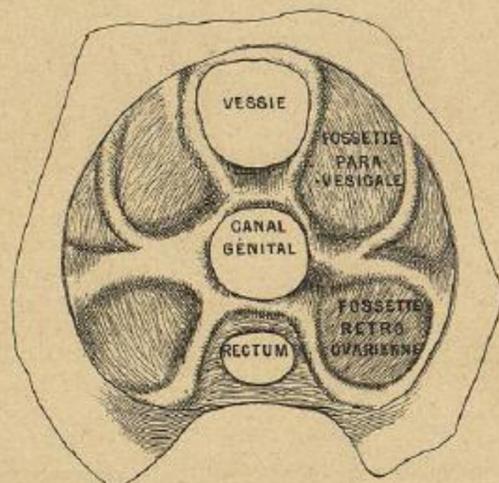


Fig. 245. — Montagnes cellulaires du petit bassin.

Deux ligaments analogues, *ligaments utéro-sacrés*, bordent latéralement en arrière la loge rectale, en allant de la face postérieure de l'utérus à la troisième et quatrième pièces du sacrum.

On voit donc (fig. 245) que six replis péritonéaux, doublés de fibres musculaires lisses, et formant ligaments, s'étendent de l'utérus aux parois pelviennes :

Deux antérieurs ou *ligaments utéro-pubiens*, encore dénommés *utéro-vésicaux*.

Deux latéraux ou *ligaments larges*, dont les ligaments ronds sont une dépendance.

Deux postérieurs ou *ligaments utéro-sacrés*.

Entre le péritoine ainsi soulevé par les organes pelviens et les ligaments qui en dépendent d'une part, et l'aponévrose pelvienne d'autre part, existe une couche de tissu cellulaire continue, s'épanouissant au niveau et au-dessous des ligaments (fig. 245).

Dans cette couche de tissu cellulaire pelvien cheminent des organes importants, à savoir :

- Les uretères ;
- Les vaisseaux sanguins ;
- Les lymphatiques ;
- Les nerfs.

Laissons de côté les nerfs, qui présentent un intérêt pratique à peu près nul ; je parlerai simplement des uretères, des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

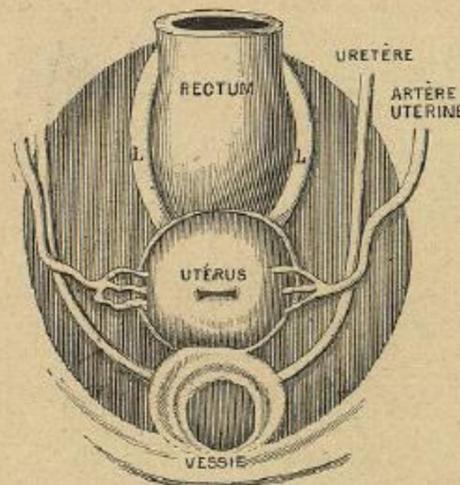


Fig. 246. — Rapports des uretères. (Mann.)

L, ligaments utéro-sacrés.

Les *uretères* occupent successivement le bord inférieur du ligament large ; ils se dirigent de dehors en dedans, quittant la paroi pelvienne pour pénétrer dans la partie postéro-latérale de la vessie ; ils viennent passer à une faible distance du col utérin, plus superficiels à ce niveau que l'artère utérine.

Il faut éviter leur blessure dans toutes les opérations sur le col, en ayant soin, quand on sectionne le vagin, de s'éloigner le moins possible de l'utérus même.

Alors qu'on abaisse avec des pinces de Museux le col de l'utérus et qu'on l'amène à la vulve, les uretères se trouvent par le fait même du déplacement des tissus encore plus rapprochés du col, ce qui augmente pour l'opérateur le danger de leur blessure.

Toutefois, alors qu'on s'éloigne peu du col avec l'instrument tranchant leur blessure est tout à fait exceptionnelle.

Les *vaisseaux sanguins* (fig. 247) abordent l'utérus par l'intermédiaire des ligaments larges et forment deux faisceaux : l'un supérieur ou *utéro-*

ovarien cheminant dans la partie supérieure des ligaments larges, l'autre inférieur ou utérin, contenu dans la base même des ligaments larges.

Les lymphatiques, qui nous intéressent plus particulièrement au point de vue des inflammations pelviennes, forment également deux faisceaux prin-

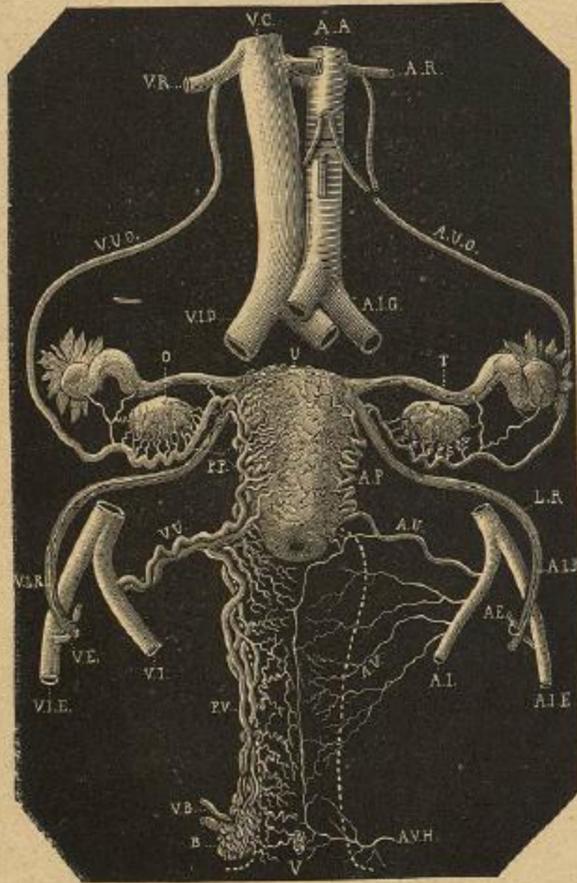


Fig. 247. — Schéma de la circulation génitale.

AA, aorte. — VC, veine cave inférieure. — AR, artère rénale. — VR, veine rénale. — AUO, artère utéro-ovarienne. — VUO, veine utéro-ovarienne. — AIG, artère iliaque primitive gauche. — VD, veine iliaque primitive droite. — AIE, artère iliaque externe. — AI, artère iliaque interne ou hypogastrique. — VIE, veine iliaque externe. — VI, veine iliaque interne ou hypogastrique. — AE, artère épigastrique donnant naissance à ALR, artère du ligament rond (LR). — VE, veine épigastrique recevant VLR, veine du ligament rond. — AP, artère hélicine ou puerpérale. — PP, plexus pampiniformes. — AU, artère utérine. — VU, veines utérines. — HV, artères vaginales. — PV, plexus vaginal. — AVH, branche vulvo-vaginale de l'artère honteuse interne. — VB, veines allant à la veine honteuse interne et aux hémorroïdales externes. — B, bulbe du vagin. — V, vulve. — U, utérus. — T, trompe. — O, ovaire.

eipaux, l'un suivant le trajet de l'artère utéro-ovarienne et se rendant aux ganglions lombaires (fig. 248), l'autre le trajet de l'artère utérine et aboutissant aux ganglions pelviens latéraux.

Ces deux faisceaux lymphatiques, occupant la base et le sommet des liga-

ments larges en compagnie des vaisseaux sanguins, sont représentés par la figure 236 (p. 219).

La direction et les ganglions terminaux du système lymphatique génital ont été schématisés par M. Poirier dans la figure 249 que j'emprunte à son travail sur ce sujet.

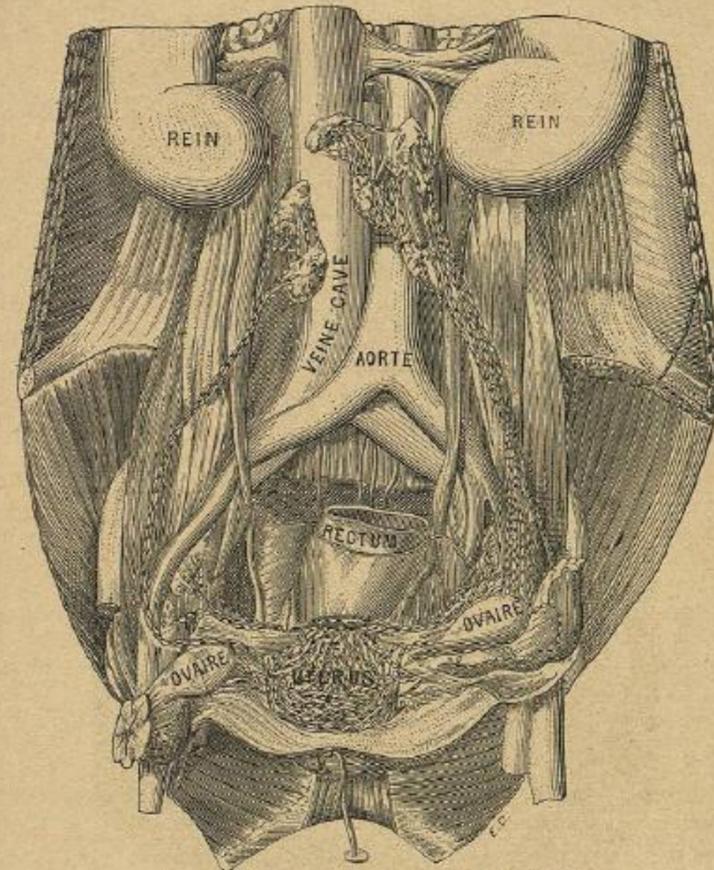


Fig. 248. — Lymphatiques génitaux. (Poirier.)

D'après la description qui précède, l'inflammation partie de l'utérus peut en suivant la voie lymphatique :

Soit cheminer le long de la partie supérieure des ligaments larges et produire un phlegmon à ce niveau (*cellulite* ou *phlegmon du sommet du ligament large*, fig. 250); si la voie lymphatique est suivie jusqu'aux ganglions, il y aura adénite lombaire, les lymphatiques composant le groupe utéro-ovarien aboutissant à cette région.

Soit se propager le long de la base du ligament large par la voie des lymphatiques qui accompagnent l'artère utérine, et aboutir aux ganglions pelviens latéraux qui desservent ce faisceau lymphatique. L'inflammation qui

se fera autour de ces lymphatiques, produira le *phlegmon* ou la *cellulite de la base des ligaments larges* (fig. 251).

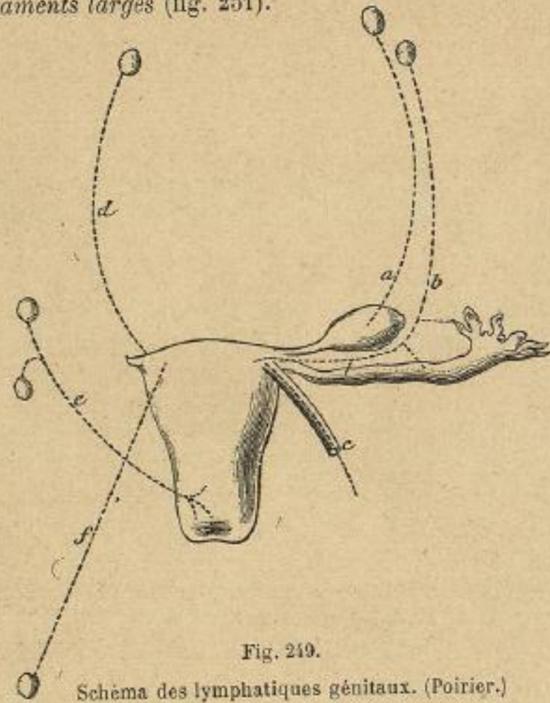


Fig. 249.

Schéma des lymphatiques génitaux. (Poirier.)

a, lymphatiques ovariens allant aux ganglions lombaires.
b, d, lymphatiques du corps utérin et de la trompe allant aux ganglions lombaires.
c, f, lymphatiques accompagnant le ligament rond et se rendant au pli de l'aîne, aux ganglions inguinaux.
e, lymphatiques du col utérin se rendant aux ganglions pelviens latéraux.

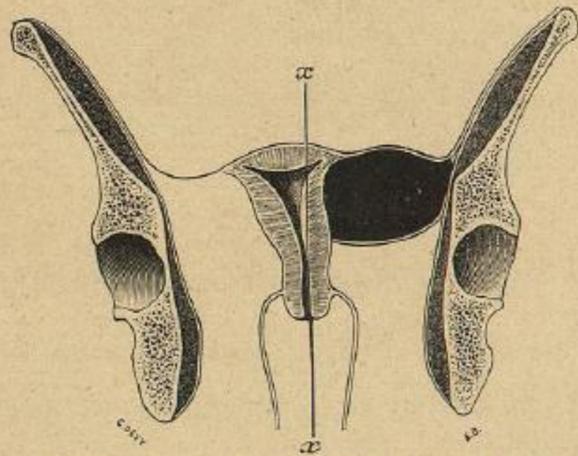


Fig. 250. — Phlegmon du sommet des ligaments larges.
x, x, plan vertical passant par le milieu du pelvis.

Cette phlegmasie, envahissant le tissu cellulaire périutérin ou même péri-

vaginal, peut constituer une sorte de fer à cheval inflammatoire analogue à celui indiqué par la figure 252.

Bien que les recherches anatomiques ne nous aient pas encore montré de lymphatiques, suivant le trajet des ligaments utéro-sacrés et utéro-pubiens, il

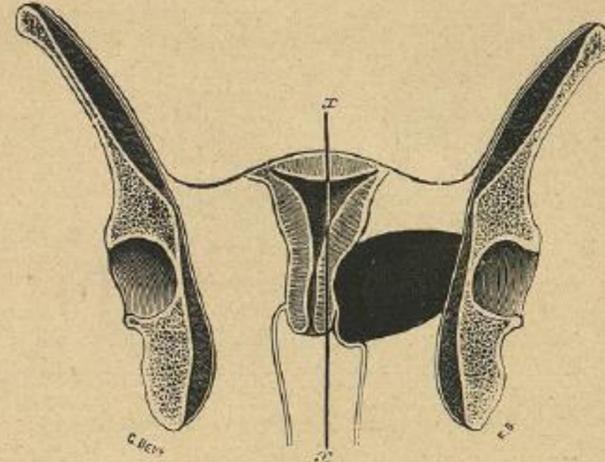


Fig. 251. — Phlegmon de la base des ligaments larges.
(x, x, plan médian du pelvis.)

est bien probable qu'ils existent, en tout cas l'observation clinique nous démontre que l'inflammation peut suivre leur trajet supposé.

L'inflammation gagnant en arrière le sacrum et contournant avec le liga-

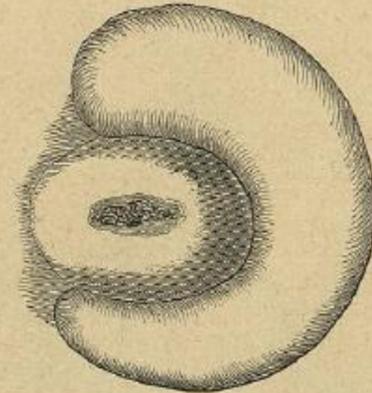


Fig. 252. — Phlegmon péri-cervical en fer à cheval. (Courty.)

ment utéro-sacré la face latérale du rectum donne lieu à la *cellulite* ou *phlegmon périrectal* (fig. 253), et celle qui suit le trajet du ligament utéro-pubien en contournant la vessie aboutit au phlegmon ou à la cellulite de la cavité de Retzius (fig. 254), pouvant envahir la partie voisine de la paroi

abdominale, et y développer l'induration inflammatoire connue sous le nom de *plastron abdominal*.

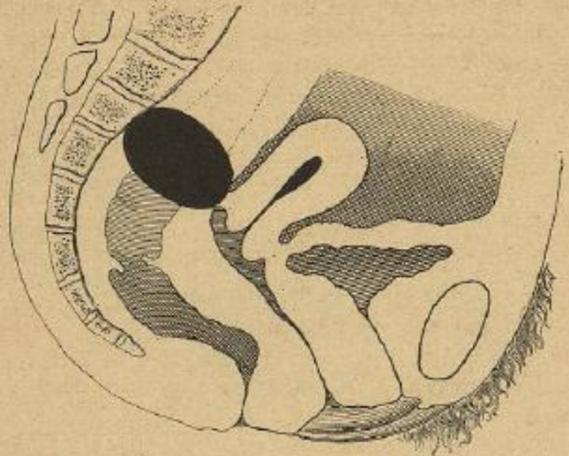
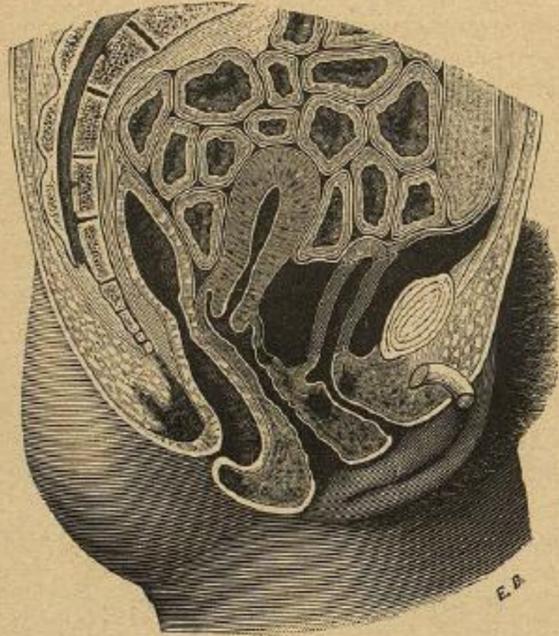


Fig. 233. — Phlegmon utéro-sacré (territoire du ligament utéro-sacré).

L'inflammation peut d'ailleurs ne pas se borner aux différents trajets qui



R. Devy

Fig. 234. — Phlegmon de la cavité de Retzius.
(Territoire du ligament utéro-pubien et du tissu cellulaire prévésical.)

viennent d'être indiqués, mais envahir le tissu cellulaire voisin, par exemple

un phlegmon de la base du ligament large se propager dans le tissu cellulaire, qui double le péritoine de la fossette rétro-ovarienne.

Dans certains cas, la plus grande partie du tissu cellulaire pelvien semble englobée dans le processus inflammatoire, et forme une sorte de nappe pathologique et irrégulière séparant l'aponévrose pelvienne du péritoine.

Les collections purulentes, résultant de cette inflammation, sont susceptibles d'envahir les points les plus variés de cette nappe enflammée, échappant ainsi à toute description méthodique, par le fait même de leur diversité.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien, la *cellulite pelvienne* ou *pelvi-cellulite*, reconnaît donc comme variétés principales :

- 1° Le phlegmon du sommet des ligaments larges ;
- 2° Le phlegmon de la base des ligaments larges ;
- 3° Le phlegmon périrectal ;
- 4° Le phlegmon de la cavité de Retzius ;
- 5° Les phlegmons complexes.

Examinons maintenant l'inflammation du péritoine pelvien ; après l'étude de la cellulite pelvienne ou pelvi-cellulite, abordons celle de la *péritonite pelvienne* ou *pelvi-péritonite*.

La cellulite résulte toujours du transport des microbes pathogènes par les lymphatiques, donnant naissance au *lympho-phlegmon* ou *adéno-phlegmon*, la *péritonite* peut avoir une origine analogue et être la conséquence du transport des microbes pathogènes de la cavité des organes génitaux à leur périphérie par la voie lymphatique, mais en outre elle peut se produire à la suite de la pénétration des principes pathogènes par la voie tubaire.

En d'autres termes, la cellulite a une origine constamment lymphatique, la *péritonite* tantôt lymphatique, tantôt muqueuse.

Le microbe suit les lymphatiques dans le premier cas, et dans le second remonte les organes génitaux, arrivant à travers l'utérus et la trompe jusque dans la cavité péritonéale.

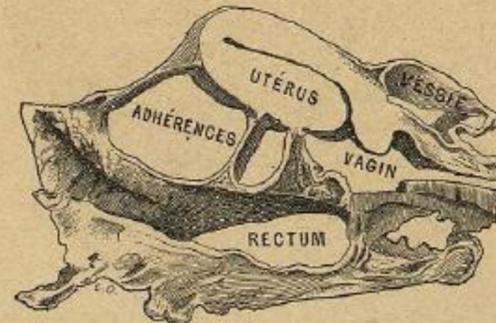


Fig. 235. — Adhérences rétro-utérines. (Winckel.)

Quelle que soit l'origine, l'inflammation du péritoine pelvien est tantôt localisée à la périphérie d'un organe, tantôt plus ou moins généralisée.

Localisée, elle aboutit assez rarement à la suppuration et se termine le plus souvent par des adhérences, existant soit au pourtour de l'utérus (fig. 255), soit au pourtour des trompes et ovaires (fig. 256) ou au pourtour de tout autre organe pelvien.

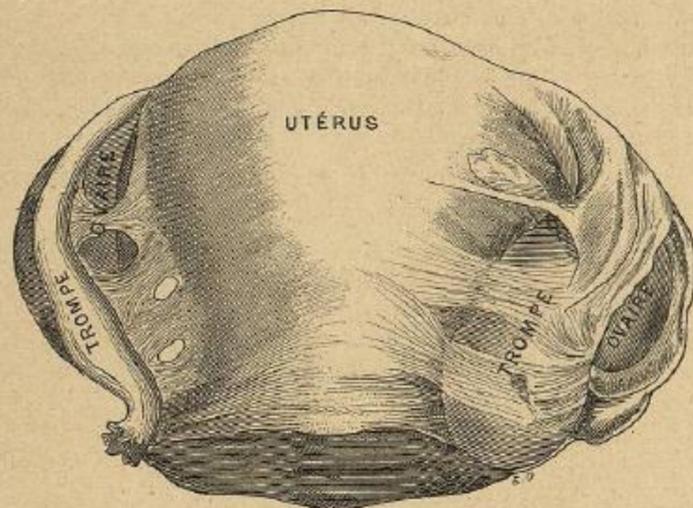


Fig. 256. — Adhérences utéro-tubo-ovariennes. (Beigel.)

Généralisée, la péritonite pelvienne peut occuper tout le péritoine pelvien, mais elle se cantonne le plus ordinairement soit dans l'espace rétro-utérin (fig. 257), soit dans l'espace anté-utérin (fig. 258).

La division entre ces deux variétés anté et rétro-utérines est marquée par l'utérus et les ligaments larges.

On appelle :

Pelvi-péritonite postérieure ou *rétro-utérine*, la première variété (fig. 257) ;
Pelvi-péritonite antérieure ou *anté-utérine*, la seconde variété (fig. 258).

L'inflammation peut être :

- Simple ou pseudo-membraneuse ;
- Séreuse ;
- Suppurée.

Dans le premier cas, il y a simplement des fausses membranes, accolant les deux surfaces séreuses voisines, comme le fait un pain à cacheter interposé entre deux feuilles de papier.

La fausse membrane s'organise et l'adhérence se trouve constituée, contenant parfois des vaisseaux sanguins, et lymphatiques dans son épaisseur.

Au milieu des organes pelviens réunis par de fausses membranes, une *collection séreuse* peut se produire, qui tantôt restera stationnaire pendant un certain temps pour se résorber ensuite, tantôt suppurera et aboutira à la production d'un abcès.

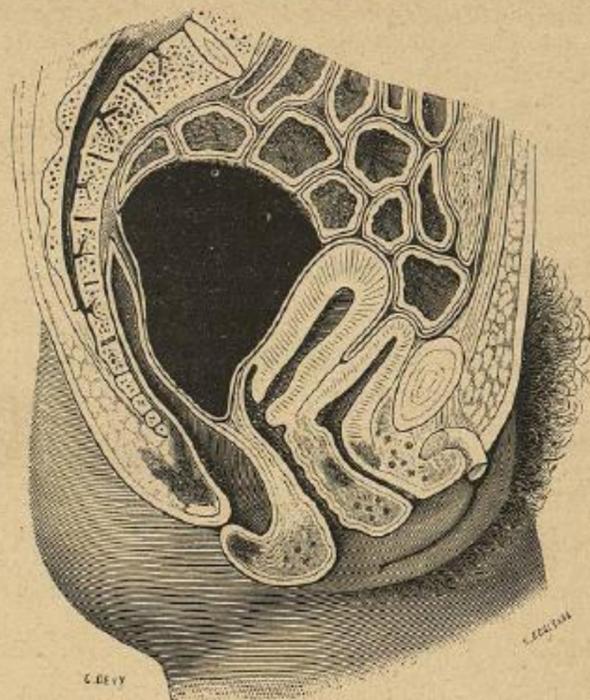


Fig. 257. — Pelvi-péritonite rétro-utérine.

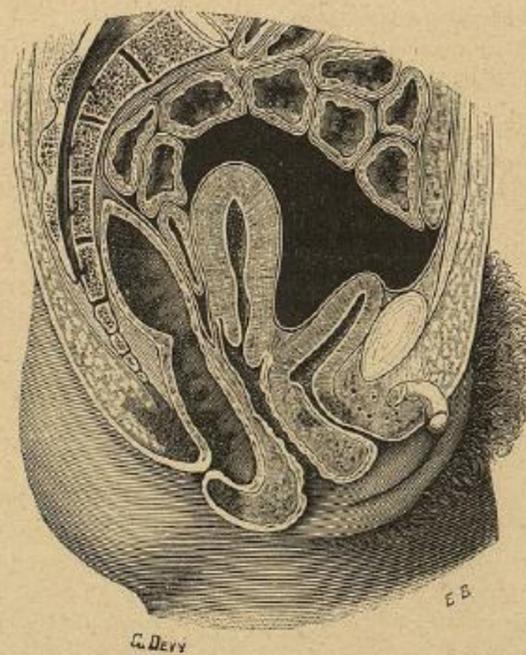


Fig. 258. — Pelvi-péritonite anté-utérine.

La *suppuration* est la terminaison fréquente des pelvi-péritonites étendues ; le pus se trouve circonscrit au milieu des organes accolés les uns aux autres par les produits inflammatoires.

Quels que soient le siège et l'origine de l'inflammation, la terminaison a lieu soit par induration et résolution, soit par suppuration.

Quand l'*abcès pelvien* est formé, intra ou extra-péritonéal, l'ouverture se fait — soit dans le *péritoine* donnant lieu d'habitude à une péritonite promptement mortelle, — soit dans un *organe* du voisinage : rectum, intestin, utérus, vagin, vessie, urètre, — soit enfin au niveau de la *peau* : paroi abdominale, canal crural en suivant les vaisseaux fémoraux, à la face interne de la cuisse en cheminant le long de la gouttière obturatrice, à la fesse après avoir traversé l'échancrure sciatique.

Symptômes.

Interrogatoire :

Douleur	1
Ecoulement	2
Phénomènes généraux et sympathiques	3

Examen direct :

Exploration digitale	4
Opération exploratrice	5

1° La **douleur** est en général soudaine et violente, plus encore dans la pelvi-péritonite que dans la pelvi-cellulite.

Tout mouvement, tout effort l'exaspère.

La moindre pression est intolérable, d'où la difficulté de l'examen direct surtout au début.

2° L'**écoulement** génital est nul, ou s'il existe, ne dépend pas de l'inflammation péri-utérine.

La cellulite ou péritonite pelvienne ne produit l'écoulement qu'après suppuration, et ouverture de la collection purulente.

Les différentes voies possibles pour l'écoulement ont déjà été indiquées.

3° Les **phénomènes sympathiques** consistent en troubles de la défécation et de la miction, causés soit par compression directe, soit par voie réflexe, en irradiations douloureuses le long des nerfs se rendant aux membres inférieurs.

Il y a aussi des douleurs lombaires.

Dans la cellulite de la base du ligament large, arrivant au voisinage de la fosse iliaque, il y a d'habitude flexion de la jambe.

Suivant la rapidité du début et la cause, la *fièvre* tantôt commence brusquement, annoncée parfois par un frisson et monte rapidement à 39 et 40°, tantôt atteint lentement, presque sournoisement ce degré élevé.

Le *pouls* suit en général l'élévation thermique, mais il est plus fréquent (avec le même degré de fièvre) alors que le péritoine est pris, que quand il est intact, c'est-à-dire plus fréquent à degré égal avec la pelvi-péritonite qu'avec la pelvi-cellulite ; l'inflammation péritonéale dérouté le pouls.

Cortège habituel de la fièvre : céphalalgie, inappétence ; les vomissements sont la règle dans la pelvi-péritonite.

4° L'**exploration digitale**, c'est-à-dire le toucher vagino-rectal combiné à la palpation abdominale ne fournit que peu d'indications au début de l'affection ; elle ne renseigne guère que sur la localisation de la douleur et appelle l'attention sur la région génitale où la tuméfaction va se développer et devenir bientôt perceptible.

La tumeur est minime ou nulle quand il existe de la pelvi-péritonite localisée et simplement adhésive, elle devient au contraire nettement perceptible avec une pelvi-péritonite étendue ou une pelvi-cellulite.

Franchement postérieure ou antérieure par rapport à l'utérus quand il s'agit de pelvi-péritonite, et le plus souvent symétrique, elle devient au contraire unilatérale et asymétrique dans la pelvi-cellulite.

Les différents signes, qui ont été décrits à propos de l'anatomie pathologique, nous dispensent d'entrer ici dans de plus longs détails.

La tumeur présente d'abord une certaine mollesse, puis, suivant qu'il y a résolution ou suppuration, elle s'indure ou devient fluctuante.

La fluctuation est facilement perceptible dans les cas de collection abondante, souvent elle reste vague et ne peut être perçue avec une netteté suffisante pour permettre le diagnostic de la suppuration.

5° L'**opération exploratrice** consiste soit dans la ponction capillaire, pratiquée le plus souvent par le vagin pour reconnaître le contenu de la tumeur, soit dans la laparotomie, indispensable en certains cas pour compléter le diagnostic, alors qu'on veut procéder au traitement chirurgical de l'affection. L'opération doit, en général, être à la fois exploratrice et curatrice.

La *marche* des inflammations pelviennes, péritonite ou cellulite, est essentiellement variable suivant les cas, se terminant tantôt par résolution tantôt par suppuration, et, dans ce dernier cas, l'abcès peut rester longtemps stationnaire, sinon se rompre et être évacué par une des voies précédemment indiquées.

La mort quand elle a lieu se produit rapidement par péritonite, ou par cachexie progressive, la suppuration devenant interminable.

On voit ainsi des femmes suppurer pendant plusieurs années ; ce sont de véritables infirmes que la chirurgie arrive maintenant à guérir, mais qui autrefois s'éteignaient le plus souvent par affaiblissement graduel.