

A. — *Déplacements dans le plan horizontal (abaissement, prolapsus).*

Toujours à la suite des couches les lames de fibres musculaires lisses qui constituent les différents ligaments de la matrice restent plus ou moins distendues et allongées, et l'utérus moins bien retenu s'abaisse d'environ un centimètre quand la femme se tient debout. Les tumeurs de l'utérus agissent de la même manière; la matrice dilatée, allonge les ligaments, alors même qu'il ne sont pas envahis par la néoplasie. Les femmes qui après leurs couches reprennent trop vite la station verticale et même la marche sont plus exposées aux abaissements de la matrice, aussi cette infirmité est-elle plus fréquente dans les classes pauvres où la femme ne peut garder le lit après son accouchement et est forcée de vaquer aux soins de son ménage.

Et cependant bien que ces causes efficientes soient hors de tout conteste, il faut admettre un état primordial et spécial de relâchement des tissus, sans quoi l'on ne s'expliquerait pas que la très grande majorité des paysannes ne soient pas atteintes de déplacements utérins.

Quelquefois un effort violent, un accès de toux, suffisent pour abaisser brusquement l'utérus, les femmes accusent alors des douleurs vives dans l'abdomen, elles sentent comme une déchirure du côté des ligaments larges, les réflexes stomacaux et cardiaques communs à toutes les affections utérines accompagnent ces déplacements brusques.

Le plus souvent au contraire l'abaissement se fait lentement et progressivement.

Quand l'utérus fait saillie au dehors de la vulve, le prolapsus est devenu *chute de la matrice*; elle apparaît alors comme une tumeur piriforme, violacée, dont le volume varie avec le gonflement que l'irritation permanente ne manque pas de produire. Sa surface est lisse et épaissie, le col est volumineux, gonflé, le museau de tanche se reconnaît facilement, ses lèvres sont gonflées. Les vaisseaux utérins sont allongés, étirés avec les ligaments larges, la nutrition de l'organe devient donc insuffisante, irrégulière, l'ulcération et même dans quelques cas la gangrène, s'emparent de la matrice prolabée.

En même temps que la matrice tombe de plus en plus au dehors de la vulve, elle entraîne les organes voisins, vessie et rectum qui viennent plonger dans les culs-de-sac péritonéaux allongés et distendus. La miction et la défécation sont gênées; la vessie est irritée, une cystite se développe; en raison du déplacement du bas-fond de la vessie que l'utérus tend à attirer de plus en plus en arrière et en bas, il se forme une poche dont le contenu ne se vide que difficilement par le col vésical situé sur un niveau supérieur, les urines en séjournant dans cette poche y déposent souvent des calculs. D'autre part le changement relatif

de position des parois vésicales gêne ou interrompt l'écoulement des urines par les uretères, d'où résultent par le mécanisme que nous avons décrit des hydronéphroses, des néphrites et même des urémies.

La tumeur formée par l'utérus est réductible pendant les premiers temps de la maladie; mais elle s'abaisse de plus en plus sous le poids des intestins qui pressent sur son fond, et l'on voit des cas où l'utérus prolabé pend jusqu'au milieu des cuisses et même au delà. Cet abaissement pourrait s'exagérer beaucoup plus encore si la matrice ou ses annexes ne contractaient pas des adhérences péritonéales avec les parties voisines; ces adhérences, favorables dans ce cas, deviennent par contre très fâcheuses pour la réduction de l'utérus qu'elles fixent dans sa position anormale.

Le prolapsus de la matrice est une infirmité grave, par la présence de la tumeur, par les douleurs lombaires qu'elle occasionne, par les gênes de la miction et de la défécation, par les complications possibles, par la difficulté, l'impossibilité du coït. On a vu cependant des femmes atteintes de prolapsus réductible, concevoir. Au fur et à mesure que la grossesse avance, la matrice remonte vers sa position normale, mais aussitôt les couches terminées le prolapsus se reproduit.

On a pu prendre un polype fibreux pédiculé pour un prolapsus utérin, il suffit de se rappeler que dans ce dernier cas l'on trouve toujours le col et son ouverture.

Traitement. — Quand le prolapsus n'est pas complet il faut empêcher qu'il ne le devienne, et quand il est complet il faut en opérer la réduction et le maintenir réduit. Je ne décrirai pas ici toutes les espèces de pessaires, dont on peut se servir, suivant les circonstances et suivant le plus ou moins de relâchement des tissus. Il est inutile de rappeler que les pessaires doivent être changés souvent pour qu'ils ne deviennent pas causes de vaginite.

Quelquefois la tumeur est réductible, mais les pessaires ne sont pas supportés par la femme, ils occasionnent des phénomènes nerveux, douleurs, spasmes, etc., il faut alors songer à d'autres moyens et intervenir chirurgicalement. Toutes les opérations pratiquées en vue de la contention de l'utérus consistent à faire un plancher artificiel destiné à soutenir la matrice et à l'empêcher de prolaber. Ce plancher est toujours formé par le vagin dont on suture les deux bords avivés en laissant toutefois un espace libre pour l'écoulement des liquides vaginaux et utérins. Alexander s'est proposé d'arriver au même résultat par une autre voie, il recherche les ligaments ronds, les résèque et relève ainsi ou mieux maintient l'utérus réduit.

Dans les cas où par suite d'adhérences le prolapsus n'est plus réductible, on peut ou bien se borner à des soins de propreté et à des précautions contre les causes irritantes et vulnérantes, ou bien extirper l'utérus en totalité si la tumeur est très volumineuse, si elle cause des

accidents nerveux, si elle compromet la vie par les complications que nous avons signalées plus haut.

B. — *Déplacements dans le plan antéro-postérieur. Antéversion, rétroversion, antéflexion, rétroflexion, latéro-flexion.*

Placé entre le rectum et la vessie soumis tous les deux à des alternatives de réplétion et de vacuité, l'utérus doit jouir d'une certaine mobilité que lui assurent et que limitent ses faisceaux musculaires irradiés. Ces faisceaux constituent ce que bien à tort on a appelé les ligaments de l'utérus, ligaments larges, vésico-utérins, pubo-utérins, recto et sacro-utérins et enfin ligament rond. Lorsque pour une cause quelconque, les trousseaux de fibres lisses qui constituent ces connexions ou l'un d'entre eux sont rétractés ou plutôt transformés par sclérose inflammatoire, à la suite de métrite chronique par exemple, les déplacements normaux autour de l'axe du col que la dilatation de la vessie ou du rectum, la pression d'une tumeur, les adhérences péritonéales font subir à l'utérus, ne peuvent plus se produire et la matrice se meut autour du point relativement fixe que constitue le ligament rétracté. C'est ainsi que la rétraction des ligaments sacro-utérins empêche le col de se déplacer, et le rectum dilaté presse sur le corps de la matrice qui s'incline en avant et se couche en travers du petit bassin, le col étant dirigé en arrière tandis que le fond de l'utérus se trouve en avant vers le pubis, en arrière de la vessie. La matrice est alors en *antéversion*, si nous supposons qu'à cette rétraction du ligament sacro-utérin soit venue se joindre celle du ligament rond, le col fixé en avant et en arrière ne pourra pas suivre le mouvement de renversement du corps et la dilatation rectale ou toute autre pression poussant le corps en avant, il se produira au niveau de l'isthme un coude, une *antéflexion* dans laquelle le col restant en place, ou à peu près, le corps est repoussé en avant vers le pubis comme dans l'antéversion.

Quand les ligaments sacro-utérins ne sont pas rétractés, ou sclérosés, et qu'au contraire l'altération porte sur les ligaments ronds et les parties inférieures des ligaments larges, les phénomènes inverses se produisent, le fond de l'utérus est repoussé en arrière par la vessie distendue et la matrice est en *rétroversion*; elle peut encore se couder au niveau de l'isthme et être alors en *rétroflexion*. Les incurvations en coude qui constituent les flexions utérines entraînent toujours au niveau du point fléchi la transformation fibreuse des éléments musculaires.

Supposons maintenant qu'un seul ligament rond ou la partie inférieure d'un seul ligament large soient rétractés, l'utérus s'inclinera de ce côté et se trouvera en *latéversion*.

Ce sont les métrites chroniques, la rétraction inflammatoire des tissus connectifs sous-péritonéaux, les tumeurs fibreuses, qui jointes peut-être

à une disposition originelle, à une position vicieuse de l'utérus, d'origine fœtale, qui déterminent toujours les déviations utérines.

Les tiraillements qu'exerce l'utérus déplacé sur les ligaments restés sains, occasionnent les douleurs lointaines, les irradiations vers les cuisses, les sensations de gêne, de pesanteur ainsi que les réflexes stomacaux et cardiaques que nous avons si souvent trouvés dans les affections utérines. L'utérus déplacé comprime la vessie et le rectum et occasionne par conséquent des irrégularités dans la miction et dans la défécation; on comprend que dans certains cas, un utérus hypertrophié par une métrite chronique et déjeté en arrière, puisse même occasionner une sorte d'obstruction rectale. La fausse position que prend le museau de tanche dans les rétro ou les antéversions et surtout les flexions au niveau de l'isthme gênent et entravent l'écoulement menstruel et sont causes de dysménorrhée.

Dans les cas de flexion, en avant surtout, la muqueuse utérine gonflée par le sang qui ne s'échappe que difficilement par le museau de tanche peut s'enflammer et l'inflammation se propager au tissu connectif sous-péritonéal voisin. D'autre part cet état de métrite prédispose aux ménorrhagies.

La stérilité est souvent déterminée par les positions vicieuses de l'utérus, l'on voit cependant un certain nombre de femmes concevoir malgré les déviations dont elles sont atteintes. En général alors la matrice reprend sa position normale, mais dans quelques cas extrêmes l'utérus reste enclavé dans le petit bassin, il comprime en ce cas de plus en plus les organes voisins, vessie, uretère, rectum; la vessie peut être ulcérée ou gangrenée par cette pression exagérée, le rectum peut être obstrué, l'uretère aplati ne laisse plus passer l'urine d'où les hydro-néphroses, et l'urémie. En présence d'accidents de ce genre le chirurgien doit faire sans tarder l'avortement provoqué. Quand l'utérus tout en remontant dans le bassin et en se relevant conserve cependant sa flexion ou sa version en arrière, le développement de la matrice ne peut dépasser le quatrième ou le cinquième mois et l'avortement se produit.

C'est par le palper abdominal, par le toucher vaginal et rectal, par l'examen au spéculum, par l'emploi prudent de la sonde utérine que l'on s'assurera des déplacements utérins car tous les signes que nous venons d'indiquer ne permettent que de les soupçonner, ils se retrouvent en effet dans toutes ou dans la plupart des affections utérines. Le diagnostic se complique encore lorsqu'il s'agit de savoir à quelle cause doit être attribué le déplacement, si c'est à une tumeur et à quelle espèce de tumeur.

Traitement. — Les douleurs, les ménorrhagies s'il en survient, seront combattues par les moyens ordinaires, nous n'insisterons pas. Mais ce ne sont là que des palliatifs momentanés et il faut en arriver à des moyens plus efficaces, car les déviations utérines, sans être très graves

par elles-mêmes, le sont par les douleurs aiguës ou sourdes, par la difficulté de la marche, par la gêne de la miction et de la défécation qu'elles entraînent.

On s'efforcera avant toute chose de réduire l'utérus, en d'autres termes de le remettre dans sa position normale en agissant à la fois sur le col et sur le corps, la réduction est assez facile à moins que des adhérences ne retiennent l'utérus dans sa position vicieuse, mais on arrive plus difficilement quand il s'agit de flexions et surtout de rétroflexions, il faut alors agir par le rectum sur le fond utérin et le repousser en avant.

La déviation se reproduit toujours après la réduction, il faut donc maintenir l'utérus réduit, je renvoie aux traités de médecine opératoire et de gynécologie pour la description de tous les pessaires qui sont employés, on peut les diviser en pessaires extra-utérins et en pessaires intra-utérins, redresseurs ou tuteurs, qui ont rendu de grands services, mais qui exposent aux métrorrhagies.

C. — *Déplacements de l'utérus suivant son propre axe vertical.*
Inversion.

L'utérus peut être inversé, le fond de l'organe se rebrousse alors dans sa cavité comme le fond d'une bouteille ou un doigt de gant retourné. L'inversion peut s'arrêter à ce degré et représente alors une sorte de matrice bicornue. Le fond s'enfonçant de plus en plus finit par atteindre et dépasser le museau de tanche, c'est alors comme dans un gant ou un bas retourné la surface interne, la muqueuse, qui devient extérieure, l'externe, la séreuse au contraire devient interne et constitue un godet, véritable entonnoir intérieur dans la cavité duquel les intestins, la vessie, les annexes de l'utérus peuvent plonger et même s'étrangler quelquefois.

C'est toujours par l'effet d'une force quelconque appliquée sur le fond de la matrice soit par le dedans, placenta adhérent, tumeur fibreuse pédiculée sur lesquels on fait des efforts d'extraction soit par le dehors, fibrome extra-péritonéal pressant sur cette partie du corps utérin et le déprimant vers le bas que la matrice s'inverse. A la suite d'hydroamnios ayant dilaté à l'excès les fibres utérines, il peut se faire que les couches longitudinales les plus superficielles se contractent, aplatissent et invaginent le fond de l'utérus, quand alors la contractilité des couches sous-jacentes restées inertes jusqu'à ce moment intervient à son tour, elle ne fait que rebrousser de plus en plus vers le bas la partie déjà inversée. La même invagination peut se produire par inertie utérine dans les cas de brièveté du cordon, les efforts d'expulsion agissent en ce cas sur l'ensemble du produit de la conception, le fœtus appendu à ce cordon trop court est expulsé en même temps que le placenta qui lui-même entraîne et inverse le fond de la matrice. Il semble cependant

que toujours dans les cas d'inversion les fibres musculaires ont dû subir préalablement un certain degré d'altération nutritive.

Dans tous ces cas le globe utérin renversé sur lui-même peut apparaître au museau de tanche, faire saillie au dehors de la vulve ou occuper dans le vagin toutes les hauteurs intermédiaires. Toujours l'épithélium utérin qui recouvre la partie rouge, violacée, herniée, se transforme et prend les caractères de l'épithélium pavimenteux stratifié, la muqueuse s'ulcère et toujours aussi les fibres musculaires sous-jacentes s'atrophient, se sclérosent. Ces ulcérations jointes à celles qui se développent sur la muqueuse vaginale distendue et irritée par les sécrétions utérines sont le point de départ d'adhérences utéro-vaginales nouvelles et anormales qui s'opposent à la réduction de l'inversion. Dans des cas rares on a pu constater, par contraction des fibres circulaires et probablement des fibres obliques, un étranglement des vaisseaux utérins et une gangrène de la partie inversée.

De ce que nous venons de dire, il résulte qu'à la suite de l'accouchement, l'inversion utérine peut être brusque; les accidents généraux, les réflexes gastriques, respiratoires et cardiaques propres à toutes les affections utérines graves et à la péritonite se manifestent alors, une syncope ou une hémorrhagie par les sinus utérins non revenus sur eux-mêmes peuvent enlever la malade. Quand l'inversion est due à un fibrome qui en se développant vers le col entraîne le fond de l'utérus, les accidents se manifestent lentement: métrorrhagies, gêne de la marche, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses, pesanteur dans le bassin, etc. Des femmes ont pu conserver cette infirmité pendant des années. Les adhérences vaginales qui se produisent plus tard s'opposent à la réduction de la tumeur et si la ménopause peut en faisant disparaître les congestions menstruelles diminuer le volume de la masse inversée, elle ne saurait plus la faire disparaître.

Si le lecteur s'est bien rendu compte du mécanisme de l'inversion, il comprendra aisément que dans ce cas jamais l'on ne saurait trouver sur la tumeur l'orifice du museau de tanche tandis que toujours on le trouve, quand il s'agit d'un prolapsus utérin.

Traitement. — L'inversion brusque après l'accouchement menace la vie à bref délai, soit par les accidents nerveux qui ne sont que les exagérations de ceux que l'on retrouve dans toutes les maladies graves de l'utérus, soit par hémorrhagie rapidement mortelle, aussi faut-il y obvier immédiatement. Après avoir enlevé tout le délivre on réduira l'inversion en repoussant le fond retourné avec grandes précautions, soit avec les doigts soit avec un instrument moussé. On peut être obligé de comprimer l'aorte pour obvier aux hémorrhagies mortelles qui peuvent survenir. Quand l'on n'intervient pas rapidement et que malgré toutes les chances de mortalité les femmes résistent à l'accident si grave de l'inversion utérine, la réduction devient très problématique en raison des

adhérences vaginales qui s'établissent; on a signalé cependant des cas de réduction possible après plusieurs années, il s'agissait d'inversions lentes il est vrai.

Si donc l'utérus inversé est fixé par des adhérences l'on pourra se borner à des soins de propreté, au traitement des ulcérations et des métrorrhagies. On pourra si les accidents ultérieurs le nécessitent en arriver à l'extirpation de la matrice. Cette opération radicale a donné des succès, on la pratique généralement au moyen de l'écraseur, des serre-nœuds, de la ligature élastique, ou du galvano-cautère. Je renvoie pour tous les détails opératoires aux traités de gynécologie et à l'étude spéciale de l'inversion utérine publiée par P. Denucé en 1883.

§ 4. — Vices de conformation de l'utérus.

Formé par la coalescence des deux canaux de Müller, l'utérus est toujours bicorne pendant les premiers temps de l'évolution embryonnaire, la cloison médiane formée par l'adossement des parois de ces canaux disparaît successivement et la cavité utérine devient unique. Si cette résorption reste incomplète, la cloison persiste dans sa totalité ou dans une partie de sa hauteur et la cavité utérine plus ou moins divisée rappelle l'utérus bicorne de certains animaux. La fécondation serait dit-on possible isolément dans chaque corne utérine, ce qui me semble difficile à admettre, le vagin étant unique et bien conformé. Il peut arriver encore que l'une des deux cornes de l'utérus bicorne soit atrophiée, ainsi que l'ovaire et la trompe correspondants.

Les organes génitaux internes peuvent être frappés d'arrêt de développement, soit pendant la période embryonnaire, soit au moment de la puberté; la totalité de l'utérus, corps et col est atrophiée, les fonctions menstruelles ne s'établissent pas, ou s'établissent mal, on trouve au toucher un col petit, dur, avec un museau de tanche effacé, rétréci.

L'atresie utérine peut ne porter que sur le col, ce vice de conformation est tantôt congénital et porte sur toute la longueur du col, *étroitesse*; tantôt acquis à la suite de cautérisations intempestives, de déchirures dans l'accouchement, et d'habitude c'est l'ouverture externe du museau de tanche qui seule est alors rétrécie, *rétrécissement*.

L'étroitesse s'accompagne toujours d'une dureté quasi cartilagineuse, d'une forme en pointe du col qui souvent permet à peine ou même ne permet pas l'introduction d'une sonde utérine. L'écoulement des règles devient difficile, s'accompagne de douleurs lombaires, de coliques, d'accidents nerveux; les métrites chroniques et les écoulements qui en sont la suite se manifestent; la conception devient difficile.

Le simple *rétrécissement* du museau de tanche n'est que bien rarement un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, il en est tout

autrement de l'étroitesse congénitale du col. Le sang, toujours altéré et contenant des caillots, s'accumule alors dans la cavité utérine qu'il dilate ainsi que les trompes à travers le pavillon desquelles il suinte. En pénétrant dans le péritoine par cette voie tubaire ou encore par rupture des fibres lisses utérines dilatées à l'excès, le sang détermine ou bien une péritonite localisée qui devient un hémato-cèle ou une péritonite générale qui se termine par la mort. La poche sanguine peut encore se vider dans les organes voisins avec lesquels la matrice a contracté des adhérences, la vessie, les intestins.

Après la ménopause ou quand l'atresie utérine a entraîné l'aménorrhée, au lieu de sang, les liquides muqueux ou muco-purulents dus à la métrite retenus par la coarctation du col s'accumulent à leur tour dans la cavité utérine. Quand il s'agit de sang, on dit qu'il existe un *hématomètre* et un *hydromètre* lorsque ce sont des liquides muqueux.

L'hématomètre peut ne causer que des accidents momentanés; la distension utérine, la gêne apportée à l'écoulement menstruel déterminent la suppression de la fonction et l'hématomètre cesse d'augmenter à chaque nouvelle époque cataméniale; dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'intervenir, car l'hématomètre est en général toléré. Mais dès que des accidents sérieux interviennent et font soupçonner la possibilité d'une rupture utérine ou la menace d'une péritonite, il faut frayer un passage aux liquides accumulés et ponctionner le col, opération délicate, car le chirurgien n'étant guidé par rien, court toujours le risque d'ouvrir un des culs-de-sac du péritoine.

Si l'utérus peut être atrophié, il est également quelquefois atteint d'hypertrophie. Nous ne parlerons pas ici des *hypertrophies* utérines dues à des retraites incomplets de la matrice après les couches ou à des métrites chroniques, nous ne nous occuperons que des hypertrophies dites *idiopathiques* (Labbé). On a signalé des cas très rares où l'accroissement de l'utérus était dû à une production anormale et exagérée de fibres musculaires embryonnaires, à un myome, les observations publiées sont trop peu nombreuses pour être concluantes. Moins rares sont les cas où l'hypertrophie est due à une exagération de la vascularisation de l'utérus qui devient télangiectasique (Tillaux).

Au lieu de porter sur la totalité de la matrice, l'hypertrophie peut n'atteindre que le col et porter exclusivement sur la portion vaginale ou sur la portion sus-vaginale de celui-ci.

L'hypertrophie de la portion vaginale paraît être congénitale, le col est allongé, de forme conique, il fait saillie à la vulve et le museau de tanche est le plus souvent rétréci; souvent on trouve le corps de l'utérus atrophié, comme si toute l'évolution s'était faite au profit du col, dont les glandes sont hypertrophiées et les vaisseaux dilatés. On comprend combien cet état gêne le coït et rend par cela même la conception impossible.

On conseille d'exciser la partie trop saillante du col, soit avec les instruments tranchants, soit avec l'écraseur ou le galvano-cautère, mais toujours il faudra prendre grand soin de ne pas laisser le museau de tanche s'oblitérer pendant la cicatrisation.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale est spéciale, dit-on, aux femmes multipares, chez lesquelles le relâchement des parois du vagin entraîne un certain degré de prolapsus de ce canal ; le corps de l'utérus fixé, peut-être par rétraction de ses ligaments, ne suit pas le mouvement des culs-de-sac du vagin et la partie sus-vaginale du col s'étire et s'hypertrophie ; à cette explication déjà ancienne, je crois qu'il faut toujours ajouter un état pathologique des tissus du col atteint d'inflammation chronique.

Le corps reste en place, les culs-de-sac du vagin s'allongent vers le bas et forment ainsi un godet antérieur dans le fond duquel la vessie est entraînée, et un godet postérieur que remplissent les intestins et le rectum.

Souvent alors l'utérus se fléchit en avant et cette antéflexion fait rentrer en partie le col saillant à la vulve, mais tous les accidents dus à l'antéflexion se manifestent ; douleurs, pesanteur, difficulté de la miction, etc.

L'hystéromètre introduit dans l'utérus fait constater un allongement considérable de l'organe, ce qui différencie l'hypertrophie d'avec le prolapsus utérin.

On a pratiqué l'excision du col, cette opération est d'autant plus judicieuse que nous savons aujourd'hui que l'hystérectomie vaginale donne des succès incontestables.

4° AFFECTIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

§ 1. — Pelvi-péritonite.

On désigne sous le nom de pelvi-péritonite ou de périmérite l'inflammation aiguë ou chronique du péritoine du petit bassin.

La pelvi-péritonite peut exister tantôt isolée, tantôt accompagnée de paramérite ou de phlegmon du ligament large.

Elle est rarement primitive, sauf les cas où elle est due à l'extension d'une péritonite généralisée.

Le plus souvent elle est consécutive, et elle accompagne les altérations des organes pelviens, et presque exclusivement celles des organes génitaux internes. La pelvi-péritonite peut être causée par les affections inflammatoires de l'utérus, endométrites ou métrites aiguës et chroniques.

Nous devons noter, en particulier, les métrites et les lymphangites utérines d'origine puerpérales.

Souvent, dans ces cas, elle coexiste avec un certain degré de paramérite. Elle peut aussi succéder à des catarrhes utérins non infectieux, et aussi à des opérations et explorations gynécologiques.

Les affections des annexes, les ovarites, les ovaro-salpingites, les tumeurs ovariennes et certaines tumeurs utérines lui donnent très souvent naissance, ainsi que tous « les états pathologiques qui, s'accompagnant d'une augmentation considérable du volume des organes malades, exercent une irritation intense sur le péritoine pelvien » (Martin).

Enfin certaines affections, telles que la blennorrhagie, peuvent amener de la pelvi-péritonite, mais le plus souvent par l'intermédiaire des organes génitaux internes contaminés par la maladie. Enfin, il existe des pelvi-péritonites tuberculeuses, et septicémiques.

Les lésions de la pelvi-péritonite sont celles de la péritonite généralisée, aiguë ou chronique suivant les cas. La séreuse pelvienne, d'abord congestionnée, puis dépolie, se recouvre bientôt d'exsudats inflammatoires. Ceux-ci constituent bientôt des productions qui, d'abord molles et glutineuses, s'organisent rapidement pour former des néo-membranes établissant ainsi des adhérences entre les organes qui plongent dans le petit bassin ; anses intestinales, épiploon, S iliaque, utérus et ses annexes, trompes, ovaires, ligaments larges, etc. Ces fausses membranes, de forme et de disposition très irrégulières, comblent plus ou moins les culs-de-sac péritonéaux et laissent entre elles des lacunes et des cavités, tantôt isolées, tantôt communiquant les unes avec les autres qui peuvent renfermer, soit de la sérosité pure, soit un liquide séro-albumineux, quelquefois même du sang ou du pus.

Mais, avec le temps, ces adhérences se transforment, peu à peu, en brides celluleuses et même fibreuses qui fixent les organes auxquelles elles s'insèrent, les dévient, les déplacent et les immobilisent dans des positions vicieuses. Ces déviations peuvent être l'origine d'une gêne permanente dans le fonctionnement des organes ainsi déplacés et étranglés. Ces exsudats membraneux s'accumulent surtout dans le cul-de-sac rétro-utérin, plus rarement dans le cul-de-sac antérieur. L'utérus peut être alors fixé plus ou moins étroitement par sa paroi postérieure, suivant le nombre et l'étendue des adhérences. On voit aussi survenir une certaine rétraction des ligaments utéro-sacrés. De là, des déviations partielles ou totales de la matrice qui peuvent amener un certain degré d'atrophie ou des troubles de circulation importants de cet organe.

Les ovaires et les trompes enserrés par ces adhérences, ces brides, peuvent être réunies en masse et former une tumeur volumineuse, ou bien immobilisés et fixés à un point éloigné de leur siège normal. Elles en subissent des déviations ou des torsions qui gênent leur fonctionnement. Ces organes déviés sont bientôt le siège de congestion et d'engorgement qui déterminent des inflammations aiguës ou chroniques : de là les ovarites et les salpingites si fréquemment observées avec ces lésions (1).

(1) Le plus souvent cependant l'inflammation péritonéale est consécutive aux lésions viscérales, au lieu de les précéder.