



dans la plupart de nos dictionnaires et de nos livres classiques. Récemment encore, Delbet, dans son *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*, trace de cette affection un tableau d'une précision et d'une exactitude parfaites. Dans ces dernières années, cependant, s'il faut en croire nos recueils périodiques, la pelvi-péritonite se ferait bien rare, et les cliniciens n'en parlent plus ou en parlent à peine; les pyosalpingites la débordent de toutes parts, et, depuis que la laparotomie permet un examen direct du petit bassin, on n'y signale plus, comme collections purulentes, que des trompes distendues et peut-être quelques abcès du ligament large, mais plus de pelvi-péritonites au sens propre du mot.

Pozzi s'est même nettement exprimé sur ce point, et la pelvi-péritonite est rayée de sa nosographie; il la range dans les « péri-méto-salpingites » sous le nom d'« abcès pelviens »; encore se demande-t-il si, en fin de compte, ces collections purulentes, de forme et d'évolution particulières dont il ne peut nier l'existence, ne sont pas des pyo-salpinx volumineux, « des kystes purulents tubaires qui, d'abord libres, ont été soudés par un travail ultérieur » aux parois du petit bassin. En effet, « par une décortication hardie de cette poche, on se trouve en présence, quand ce travail souvent très laborieux est terminé, d'un kyste muni d'un pédicule interne, inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée ».

Je sais bien que l'auteur ne s'explique pas d'une manière péremptoire et n'affirme point qu'il n'y a pas de pelvi-péritonites; mais il penche visiblement vers cette interprétation, puisque, au cours de son article, il n'est plus

question de l'inflammation de la séreuse : « la pelvi-péritonite des auteurs » est, ou bien un phlegmon inclus dans le ligament large et, par conséquent, indépendant du péritoine, ou bien un abcès pelvien, qui n'est lui-même qu'un pyo-salpinx adhérent, une collection tubaire enkystée, dont « la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse ». Au demeurant, l'abcès pelvien est un « pyo-salpinx non énucléable » et ce mot « a donc une valeur chirurgicale plutôt qu'anatomique ». Nous tenons à multiplier les citations pour bien montrer, en nous servant des termes mêmes employés par l'auteur, l'opinion exacte de M. Pozzi.

En opposition à cette doctrine, nous avons publié quatre observations qui nous paraissent démontrer l'existence de la pelvi-péritonite. La première a trait à une femme de 27 ans qui entre à Broussais, dix-sept jours après des couches normales; elle avait été prise tout à coup de fièvre, de prostration, de douleurs vives dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, de météorisme et de constipation; lorsque je l'examine, la plupart de ces phénomènes avaient cédé; la température vespérale n'était plus que de 38,5; les souffrances étaient moins intenses, les vomissements rares; mais la palpation bimanuelle révélait un soulèvement du cul-de-sac postérieur, l'immobilité de l'utérus refoulé en avant et, au-dessus du pubis, une énorme tuméfaction fluctuante, en forme de croissant, à concavité supérieure et dont la corne gauche remontait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tandis que la droite, moins élevée, atteignait à peine la moitié de cette hauteur.

Je pratique, au-dessus du pubis, une incision verticale de 8 centimètres; le péritoine est tellement épaissi que j'hésite un instant de peur d'ouvrir la paroi vésicale; au-dessus se découvre le globe utérin dont l'involution n'est pas terminée et qui remonte encore à mi-chemin de l'ombilic : je décolle, avec les doigts, les adhérences qui unissent le péritoine à la matrice en me dirigeant en haut et à gauche et, après un trajet de 4 centimètres environ, je me trouve dans la cavité d'où s'écoule d'abord de la sérosité un peu louche, puis une énorme quantité de pus crémeux. Au fur et à mesure que le liquide s'épanche, les anses intestinales, agglutinées par un exsudat peu épais, descendent, et rétrécissent d'autant l'espace primitivement occupé par le pus. Même manœuvre à droite, même décollement avec le doigt, même écoulement de sérosité et de pus, même descente des anses intestinales. La poche est lavée, et drainée par deux gros tubes adossés en canon de fusil.

Les suites de l'opération furent des plus simples : la température tombe; les douleurs cessent; dès le douzième jour la suppuration était tarie et je retire les drains; l'hypogastre, encore irrégulier et résistant grâce aux anses intestinales engluées, s'assouplit et, trois mois après, lorsque nous avons revu la malade, la palpation ne révèle aucun empatement, et nous constatons la guérison complète de la pelvi-péritonite aiguë : je dis pelvi-péritonite, car je n'avais trouvé nulle part, ni sur l'utérus, ni sur les parois du petit bassin, ni sur les anses intestinales agglutinées, une membrane quelconque dont la structure rappelât la paroi de la trompe distendue; d'ailleurs est-il possible d'admettre qu'en moins de quinze

jours les deux trompes aient pu atteindre un développement aussi invraisemblable? Nous avons vu, à la Société de chirurgie, les plus volumineuses des trompes extirpées par la laparotomie; la plus grosse n'équivalait pas au quart de notre collection; j'ajoute que la partie gauche et la partie droite communiquaient l'une avec l'autre en arrière de l'utérus. Il n'y avait pas deux poches distinctes, mais une collection purulente unique, enveloppant partout la matrice, sauf en avant, au niveau de ses adhérences avec le péritoine pariétal.

Deuxième fait : une femme de 32 ans accouche le 17 octobre 1887; on doit pratiquer la céphalotripsie : cinq jours après, elle est prise de douleurs dans le bas-ventre, de ballonnement, d'écoulement purulent par le vagin; ces symptômes persistent pendant un mois avec des alternatives de rémission et d'aggravation; tout à coup, à l'occasion d'une contrariété vive, les accidents s'accusent et l'on voit apparaître, dans l'hypogastre, une tuméfaction plus saillante à gauche qu'à droite. Le toucher vaginal révèle un effacement du cul-de-sac postérieur soulevé; nous incisons sur la ligne blanche, au-dessus du pubis; le péritoine est épaissi; les intestins sont agglutinés et recouverts d'un épiploon adhérent et vasculaire; nous le refoulons en haut, et immédiatement jaillit un flot de pus.

Grâce au palper bimanuel, le doigt permet de reconnaître le fond de l'utérus; c'est à gauche, à droite, en arrière et au-dessus de lui que s'était accumulée la collection purulente; nous sentons aussi, de chaque côté, le ligament large dont les divers éléments paraissent englobés dans « une coulée de matière plastique ». Nous

drainons; la suppuration était tarie au bout de dix jours; au bout de vingt la guérison était complète et la malade sortait de l'hôpital; à l'heure présente elle compte mener à bien une grossesse de six mois. Elle est donc parfaitement remise de sa pelvi-péritonite aiguë, et je donne ce nom à la collection purulente que j'ai ouverte, car, outre le volume de la tumeur qui contenait près d'un litre de pus, outre son développement rapide, outre ce fait capital qu'il y avait, non une poche droite et une poche gauche comme l'exigerait l'hypothèse d'une salpingite double, mais une cavité unique englobant l'utérus, nous devons admettre l'intégrité de l'ovaire et de la trompe, puisque, dans ce cas, l'ovulation et la conception ultérieure n'ont pas été entravées.

Dans notre troisième observation, la suppuration pelvienne n'a pas empêché non plus une nouvelle grossesse: une femme de 23 ans accouche en février 1885; quelques jours après, frissons, fièvre violente, température de 40 degrés; ces symptômes aigus tombent sans céder tout à fait, et pendant un mois la température reste élevée; le 2 avril l'état général s'altère, l'amaigrissement fait des progrès rapides, les vomissements reparaisent et nous trouvons, dans la région hypogastrique, une tuméfaction saillante surtout à gauche, et qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Au point le plus proéminent de la tumeur, nous pratiquons une incision qui donne issue d'abord à de la sérosité, puis à du pus; notre incision gauche n'en a pas moins vidé la poche que l'on sentait à droite. La cavité lavée, puis drainée, se comble rapidement: au bout d'un mois la malade était guérie et c'est en 1888, trois ans après, qu'une grossesse est survenue.

Ma quatrième observation diffère peu des précédentes: une couturière de 19 ans se croit enceinte et se livre à des manœuvres abortives. Au bout de cinq jours, elle est prise de fièvre violente, de douleurs dans le bas-ventre, de tympanisme et de vomissements. Elle entre à Broussais où nous constatons une tumeur qui s'étend du cul-de-sac de Douglas à mi-chemin de l'ombilic, et plus saillante à gauche qu'à droite; nous incisons sur la ligne médiane; nous arrivons sur l'épiploon vascularisé que nous refoulons en haut, avec les anses intestinales adhérentes; aussitôt le pus s'écoule en abondance; nous explorons la cavité, close par un exsudat plus épais que dans les cas précédents. La poche est drainée avec soin. Mais ici les néomembranes plus rigides n'ont permis à l'intestin de reprendre que lentement la cavité occupée par le pus, et la guérison complète n'a été obtenue qu'au bout de deux mois. Encore a-t-elle été précaire, car six mois plus tard j'ai dû pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Cette extirpation de la matrice n'amena pas la guérison: au bout de quelques mois, la malade rentrait dans notre service pour des souffrances intolérables qui éclataient à propos de chaque période menstruelle. J'ouvre le ventre et je puis détacher, au milieu de néomembranes, les annexes droites, un ovaire kystifère et une trompe à paroi épaisse, renfermant du pus en petite abondance. L'opérée quitte l'hôpital et je la crois guérie; mais elle nous revient pour des douleurs persistantes du côté gauche; en profitant d'une période cataméniale on peut découvrir, à gauche, au milieu des adhésions et des exsudats plastiques, les annexes du côté

gauche que j'avais cherchées en vain lors de ma laparotomie et que je trouvais maintenant, grâce à la fluxion provoquée par les règles. Avant sa guérison complète, cette malade a donc essuyé quatre opérations, une incision abdominale pour ouvrir sa collection abdominale, une hystérectomie par le vagin et deux laparotomies pour l'extirpation des annexes.

Nous avons relevé, au cours de ces observations, une série de preuves qui nous paraissent, non seulement ruiner la possibilité d'un pyo-salpinx, mais établir d'une façon péremptoire l'existence de la pelvi-péritonite. Bien que dans tous les cas la tuméfaction fût bilatérale, il n'y avait qu'une poche unique et non deux, comme l'exigerait un double kyste purulent tubaire. En effet, pour que les deux pyo-salpinx s'évacuent par une seule incision, il faut admettre que les deux poches primitives se sont rencontrées sur la ligne médiane, accolées, fusionnées, ouvertes l'une dans l'autre pour ne former désormais qu'une seule cavité, circonstance qui, à l'extrême rigueur, pourrait se réaliser une fois, mais qu'on ne saurait invoquer dans quatre observations consécutives.

Cet argument, qui me paraît péremptoire, n'est pas le seul, et au cours de nos observations, j'en ai signalé d'autres : la rapidité du développement de la tumeur et son énorme volume. N'a-t-on pas vu, comme dans notre premier cas, une collection se former en quelques jours, qui remontait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic? Une trompe ne saurait se dilater autant et aussi vite, et, à notre connaissance, on n'a jamais décrit de poche purulente tubaire ayant acquis pareille grosseur. Et

puis, dans deux de nos observations, la conception a pu se faire : une grossesse a évolué sans encombre, preuve évidente que les annexes d'un côté étaient intactes, ou du moins n'avaient pas subi les altérations nécessaires pour se transformer en un kyste.

Ces raisons n'ont pas paru suffisantes à M. Pozzi. Il invoque la possibilité d'un pyo-salpinx unilatéral énorme, prolongé en arrière de l'utérus, de manière à figurer une poche à deux diverticules. Il ne trouve, dans nos faits, aucune preuve vraiment irrécusable, et il ajoute : « Quant à moi, jusqu'à ce qu'on m'ait montré les trompes saines et une collection purulente dans le péritoine, je croirai que la lésion tubaire et la pelvi-péritonite sont connexes, indissolublement liées, et le terme de péri-méto-salpingite que j'ai employé marque cette dépendance réciproque. » Le hasard m'a justement fourni l'observation qu'il réclame et voici, aussi brièvement résumé que possible, un cas qui convaincra notre savant contradicteur de l'existence de la pelvi-péritonite :

Une femme de 29 ans accouche; deux jours après, elle est tout à coup prise d'un grand frisson et la fièvre s'allume. Le ventre, très douloureux, se météorise et la constipation s'établit; mais ces symptômes inquiétants s'amendent au point que, le surlendemain, la malade se lève et vaque à son ménage. Néanmoins, l'abdomen tout entier reste sensible à la pression; la défécation devient difficile, puis la miction; la faiblesse augmente, la figure se tire, et cet état persistant finit par inquiéter la malheureuse qui entre dans notre service sept semaines après sa délivrance. Nous l'examinons alors et voici ce que nous pouvons constater :

La palpation du ventre, encore fort douloureuse surtout à l'hypogastre, révèle l'existence d'un utérus en involution incomplète et dont le fond remonte encore à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Il est refoulé, en avant, par une masse irrégulière et résistante qui plonge dans le petit bassin vers la cavité de Douglas. Au toucher vaginal, le col est mou, les culs-de-sac sont effacés, surtout à gauche et en arrière où l'on sent une tumeur dont on apprécie les limites par la palpation bimanuelle; l'utérus, l'empâtement que nous avons signalé en haut et la tuméfaction qui bombe dans le vagin et dans le rectum semblent ne former qu'une seule et même masse chaude, douloureuse, irrégulière, et sans fluctuation appréciable. Nous diagnostiquons pelvi-péritonite, et nous nous décidons à pratiquer la laparotomie.

Une incision est faite, sur la ligne blanche, du pubis à l'ombilic; l'embonpoint de la malade nécessitait ce large débridement; une assez grande quantité de sérosité limpide s'écoule du péritoine ouvert et les intestins apparaissent. Nous les refoulons avec une compresse antiseptique et nous voyons le fond de l'utérus rouge, turgescent, et qui dépasse la symphyse de plus de trois travers de doigt. A droite et à gauche, les annexes adhérent aux franges épiploïques dont nous les détachons assez facilement, et nous pouvons alors les examiner avec soin. Les ovaires sont plus volumineux qu'à l'ordinaire et comme farcis de kystes innombrables remplis de sérosité citrine; l'un d'eux cependant, l'ovaire gauche, contient une cavité distendue par une collection purulente, la seule, ainsi que nous avons pu nous en con-

vaincre, plus tard, par la coupe méthodique de l'organe.

Les deux trompes sont roses, souples, de consistance, d'aspect et de volume normaux; aucune de leurs altérations n'aurait pu nous échapper, car la dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires ayant absolument compromis les fonctions reproductrices, nous avons enlevé les annexes, et c'est après l'opération et tout à notre aise que nous en avons fait l'étude. Le pavillon n'est pas oblitéré et la cavité salpingienne ne contient ni pus ni sérosité. Il est impossible de reconnaître, sur la muqueuse, la plus légère des lésions. Ces recherches anatomopathologiques ont été continuées au laboratoire, et le microscope n'a rien montré de particulier dans aucune des trois tuniques: la membrane séreuse paraît seule un peu épaissie. En tous cas, les trompes sont saines et sans dilatation, et s'il se trouve, dans le petit bassin, une collection purulente, un abcès pelvien, celui-ci ne sera donc pas « un kyste tubaire qui, d'abord libre, a été soudé aux parois par un travail ultérieur ».

Or, cet abcès pelvien existe: nous trouvons, en arrière de l'utérus, après avoir décollé une anse intestinale et des franges épiploïques adhérentes à la matrice, une cavité du volume des deux poings et d'où s'échappe un flot de pus. La poche s'étend en bas, jusqu'au col utérin, qu'elle dépasse même: elle semble dédoubler la cloison recto-vaginale. En avant, elle a pour limite les ligaments larges qui la séparent d'une autre collection antérieure moins volumineuse et située entre la matrice et la vessie. L'utérus est donc, pour ainsi dire, baigné dans le pus qui l'entoure de toutes parts, sauf sur les côtés, au niveau de l'insertion des deux ligaments larges.