

Ajoutons que nos deux poches ont été essuyées et drainées à la Mikulicz. Les suites de l'opération ont été des plus simples et, aujourd'hui, notre opérée est guérie.

En présence d'une observation semblable, toutes les objections tombent et la démonstration est complète : l'examen direct nous a permis de constater l'existence, dans le péritoine, en avant et en arrière de l'utérus, de deux collections purulentes, séparées l'une de l'autre par les ligaments larges intacts ; elles sont bien indépendantes des ovaires séro-kystiques et des trompes saines que nous avons pu enlever et examiner à loisir. Nous avons fourni la preuve qu'on nous réclamait, et la pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil doit rentrer dans la nosographie au même titre que les pyo-salpingites et que les phlegmons du ligament large. La dénomination d'abcès pelviens ou de péri-méto-salpingite nous semble trop compréhensive et a le tort de grouper, sous une même étiquette, des collections de siège, d'origine et même de thérapeutique trop différentes.

M. Pozzi nous reproche de lui faire une querelle de mots : « Le terme de péri-méto-salpingite a pour but, dans ma pensée, d'indiquer expressément que ces inflammations sont consécutives, sans exception, à des lésions de l'utérus et des annexes. Le terme de pelvi-péritonite, au contraire, que les travaux de Bernutz et Goupil avaient rendu classique en France, laisse ce point dans le doute et paraît indiquer qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine ; c'est pourquoi je ne saurais comprendre la réhabilitation qu'en a tentée Paul Reclus. » Je ferai d'abord remarquer à mon distingué collègue que

sa péri-méto-salpingite, dans les diverses formes qu'il en a données, ne correspond nullement à ce que, avec la tradition, j'appelle pelvi-péritonite : nulle part l'auteur ne nous décrit ces vastes collections purulentes, accumulées dans le péritoine du petit bassin, survenues le plus souvent à l'occasion d'une fausse couche ou d'un avortement, et dont j'ai cependant vu un cas très net à la suite d'une gonorrhée. J'ai lu et relu les deux éditions de son traité, et nulle part je n'ai trouvé un semblable tableau clinique. Au contraire, nous avons constaté à plusieurs reprises qu'il semble nier leur existence et que pour lui le pus s'est accumulé non dans la séreuse, mais dans la trompe distendue. Nos observations nous paraissent avoir démontré le mal fondé de cette croyance.

Passons maintenant au mot lui-même. Pourquoi donc rayer le terme de pelvi-péritonite ? Il ne nous apprend rien, c'est vrai, sur le lieu d'origine, sur le point de départ de l'inflammation de la séreuse ; mais les noms de maladie ne peuvent que rarement indiquer leur étiologie : M. Pozzi va-t-il débaptiser la pleurésie ? Va-t-il appeler la péritonite généralisée une péri-hépatite, une péri-gastrite, une péri-splénite, une péri-duodénite, une péri-colite ou une péri-rectite, parce que les lésions du foie, de l'estomac, de la rate ou des intestins sont, pour ainsi dire, à la base de l'inflammation de la séreuse irritée à la suite d'une quelconque des diverses lésions de ces viscères ? La nosologie, de par cette réforme, se trouverait bouleversée de fond en comble. Et je m'imagine que nous nommerons longtemps encore l'hydrocèle et l'hématocèle une vaginalite et non une péri-épididymite comme le réclamerait cette nouvelle nomenclature.

D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, qu'on crée, si on le veut, une grande classe de péri-méto-salpingite, mais que du moins une variété porte le vieux vocable de pelvi-péritonite, et que l'auteur nous donne la description de cette variété, qui, en définitive, fait défaut dans son livre!

Dans notre cas, la pelvi-péritonite était « pure » et sans abcès tubaires concomitants. Il n'en est pas toujours ainsi et nous voyons, dans les observations anciennes de Bernutz et Goupil, que les foyers purulents de la séreuse se compliquent parfois de collections salpingiennes. La pathogénie de ces suppurations nous donne la clef de leurs sièges multiples, puisque les germes pathogènes qui baignent la muqueuse utérine contaminée, passent d'abord dans les trompes où ils peuvent allumer une salpingite avant de pénétrer dans le péritoine qui s'enflamme à son tour. Le processus morbide doit être tel, surtout dans les cas d'infections par le gonocoque de Neisser, et le premier fait du mémoire de Bernutz et Goupil nous montre justement une blennorrhagie vagino-utérine qui provoque, à la fois, un abcès de la trompe, et une pelvi-péritonite constatée par l'autopsie.

Nous croyons, sans pouvoir du reste en donner la preuve, que les suppurations pelviennes consécutives à l'accouchement — et nos cinq observations ont cette origine — sont plutôt péritonéales que tubaires, et que peut-être l'infection ne se fait pas par le même chemin. On touche ici à la question tant controversée des voies d'inoculation des annexes et du péritoine. Longtemps on a cru que les germes pathogènes suivaient le courant

lymphatique et, par les vaisseaux blancs, arrivaient dans l'ovaire, la trompe, les ligaments larges et la séreuse où s'allumaient les inflammations. Mais une série de faits incontestables prouvèrent que les microbes du vagin et de l'utérus passent directement dans le ventre, et l'on a vu, dans nombre de cas, une traînée de pus se continuer dans la matrice à travers les trompes, et par le pavillon béant, jusque dans un foyer ovarique ou péritonéal.

Comme la pénétration des germes par cette voie muqueuse est incontestable, tandis que l'infection par les voies lymphatiques reste encore à l'état d'hypothèse, certains esprits trop absolus ont, pour plus de simplicité, nié la possibilité d'inoculation des annexes par les vaisseaux blancs. Nous pensons avec Spillmann, Poirier, Championnière, Vidal et une foule d'autres, que c'est là une erreur; pour ma part, je croirais volontiers que dans les suppurations violentes qui succèdent parfois aux accouchements et dont nos observations sont des types parfaits, les microbes pyogènes ont abordé le péritoine par la voie lymphatique. Il semble même que l'analyse exacte de notre dernier cas prête un appui sérieux à cette hypothèse, et, si on multiplie les observations de ce genre, elle servira à démontrer que les infections blennorrhagiques et les propagations lentes qui succèdent aux endométrites de toute origine, se propagent jusqu'aux organes internes par la muqueuse salpingienne, tandis que les inflammations suraiguës, provoquées par les accouchements, gagnent le péritoine par le réseau des vaisseaux blancs.

A la rigueur, on pourrait bien admettre que, dans

notre cas, les microbes pathogènes ont gagné le cul-de-sac de Douglas en passant de l'utérus dans les trompes et des trompes dans le péritoine; l'intégrité absolue de la muqueuse salpingienne, constatée après la castration, ne ruine pas complètement cette hypothèse: l'exemple de l'épididymite blennorrhagique nous apprend qu'une suppuration de l'urèthre peut atteindre la glande spermatique sans éveiller, dans le canal déférent que remontent les germes, aucun trouble inflammatoire appréciable. Mais si nous pouvons expliquer ainsi la présence du pus dans le cul-de-sac rétro-utérin vers lequel est tourné le pavillon de la trompe, nous ne voyons pas comment les agents pathogènes auraient passé, en même temps, dans le cul-de-sac utéro-vésical qui, lui aussi, était le siège d'un volumineux abcès. Il nous semble que, dans le cas particulier, la doctrine de la propagation par la voie lymphatique rend mieux compte des phénomènes observés.

On savait, on sait mieux depuis les recherches de Poirier, que les lymphatiques de la muqueuse utérine ont de nombreuses anastomoses avec un riche réseau sous-péritonéal: une piqûre profonde dans un des angles de la matrice décèle aisément de gros troncs qui rampent sous la séreuse, et tellement superficiels qu'ils dessinent leur saillie sur la face libre du péritoine dont ils ne sont séparés que par le simple endothélium. Ceci nous suffit, et nous connaissons trop les connexions des réseaux blancs avec les cavités séreuses pour admettre que, si les germes phlogogènes puisés à la surface de la muqueuse utérine arrivent jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du cul-de-sac de Douglas, ils puissent y sé-

journer sans provoquer des phénomènes inflammatoires. En vérité, nous ne saurions comprendre comment, tandis que tous les réseaux blancs jouissent du fâcheux privilège de rouler à distance les germes morbides, les seuls lymphatiques de la muqueuse utérine échapperaient à cette loi.

Nous ne voudrions pas insister sur ce point que n'ont pas encore complètement éclairé les remarquables travaux d'Alphonse Guérin, de Sappey, de Poirier, de Lucas-Championnière et de Vidal. Aussi, laissant de côté tout ce qui a trait à l'infection de la séreuse par la voie lymphatique ou par la voie muqueuse, nous nous en tiendrons au fait que visent surtout nos recherches cliniques, et nous terminerons notre conférence par cette conclusion qui la résume tout entière: Quoi qu'on en ait dit, la pelvi-péritonite existe, et nous possédons, à cette heure, des observations qui en établissent la réalité sur des bases inébranlables.