

faux oviducte, l'application de sétons, ou par un certain nombre d'autres procédés plus ou moins barbares et aussi peu scientifiques les uns que les autres.

Nous avons déjà vu que les parois de ces kystes sont toujours très minces, qu'elles ne consistent le plus souvent qu'en une mince membrane de support et une couche d'épithélium cylindrique. Sans aucun doute cet épithélium peut subir toutes les modifications que j'ai décrites pour les kystes de l'ovaire, car je les ai toutes observées pour ces tumeurs parovariennes. Elles peuvent subir la dégénérescence maligne, elles peuvent suppurer ou se gangréner, comme c'est le cas pour les kystes de l'ovaire. D'autre part nous avons déjà vu que leur membrane basale, qui contient beaucoup de fibres musculaires, peut s'hypertrophier jusqu'à atteindre une épaisseur de plus d'un centimètre.

On ne saurait d'ailleurs attacher trop d'attention à ces tumeurs; elles ne doivent jamais être négligées. Au début, leur extirpation est simple et facile. On ne devra jamais perdre du temps à les ponctionner, il faut de suite les opérer par laparotomie comme on le fait pour les tumeurs d'origine ovarienne. Parfois elles se rompent et elles semblent ainsi disparaître spontanément; on a prétendu que cette terminaison pouvait aussi se produire pour les kystes de l'ovaire. Lorsque cet incident survient pendant la période de début il n'aura probablement aucune conséquence fâcheuse, tandis que s'il se produit à une période plus avancée, il pourra en résulter l'inoculation du péritoine, comme si le kyste avait été d'origine ovarienne.

Il y a quelques années j'eus l'occasion d'enlever un kyste parovarien volumineux, qui avait été ponctionné plusieurs fois et qui s'était rompu dans la cavité abdominale. Au moment de l'opération je constatai que toute la surface péritonéale était recouverte de papillomes; la malade succomba peu de temps après.

Le développement d'un ovule entre les feuillets du ligament large, résultant de la rupture d'une grossesse tubaire dans cette direction, constitue une circonstance très intéressante du développement de certains cas de grossesse ectopique; nous en parlerons dans le chapitre consacré à cette étude.

#### HÉMATOCÈLE DU LIGAMENT LARGE.

La formation d'un épanchement de sang dans la cavité du ligament large se rattache intimement à cette rupture de la trompe gravide, de sorte que ce que nous avons à dire de cet accident se trouvera mieux placé dans ce même chapitre; je dois néanmoins anticiper un peu sur ce sujet, car je désire parler ici des abcès du ligament large.

Nous abordons ici une question qui a une importance toute particulière au point de vue pathologique et clinique, car l'accident, que l'on a appelé *hématocèle pelvienne*, acquiert une importance considérable si l'hémorragie se fait dans la cavité péritonéale, c'est-à-dire en dehors de la cavité du ligament large, tandis qu'elle n'a pas grande signification par elle-même si elle se produit entre les feuillets du ligament, c'est-à-dire si elle reste extra-péritonéale.

Les feuillets du ligament large renferment dans leur épaisseur un certain nombre de vaisseaux et de filets nerveux, dont je n'ai pas encore parlé; il est inutile d'en donner la description détaillée. Une lésion ou la rupture spontanée d'un de ces vaisseaux détermine un épanchement de sang qui se limitera à la cavité du ligament large et restera par conséquent extra-péritonéal, si le ligament lui-même n'est pas lésé, tandis que, dans le cas contraire, le sang s'écoulera probablement dans la cavité péritonéale, et souvent en si grande quantité que la malade pourra succomber aux suites de l'hémorragie.

Quelques auteurs ont proposé de donner le nom d'héma-

*toie pelvienne* au premier de ces deux accidents, tandis qu'ils veulent appeler le second « *hématocèle pelvienne* ». Pour différentes raisons, que je ferai valoir plus tard, je préfère conserver l'ancienne dénomination d'*hématocèle* tout inexacte qu'elle puisse être. Elle a été, comme bien d'autres termes impropres, sanctionnée par un long usage, et les noms nouveaux, à moins qu'ils ne donnent une représentation beaucoup plus nette et plus exacte des faits, ne donnent lieu qu'à de la confusion. Le mot *hématome* ne se recommande en aucune façon et c'est pour cette raison que je ne l'ai pas adopté.

D'après ma propre expérience l'*hématocèle du ligament large* peut être due à trois causes différentes, toutes les trois d'ailleurs consécutives au même accident, la *rupture d'un vaisseau sanguin* et je crois presque toujours *d'une veine*.

La *première cause* et probablement la plus fréquente consiste dans l'arrêt subit de la menstruation à la suite d'une émotion, d'une sensation de froid, etc. Cet arrêt subit provoque une augmentation de pression dans les veinules à parois si minces, situées entre les feuillets du ligament large, puis leur rupture spontanée et un épanchement de sang dans la cavité du ligament.

Après des opérations sur le ligament large, surtout lorsque celui-ci a été lié et compris dans le pédicule d'une tumeur, il survient assez fréquemment une menstruation *supplémentaire*, qui diffère des règles ordinaires. Les vaisseaux compris dans la ligature sont gorgés de sang. Un ou plusieurs capillaires peuvent alors se rompre et il se produit un épanchement de sang entre les feuillets du ligament, dont une partie est comprise dans le pédicule. Si la cavité ligamentaire n'est pas absolument fermée, si par exemple la ligature vient à glisser par suite de la pression exercée par la formation de l'*hématocèle*, l'hémorragie pourra se faire dans la cavité péritonéale et elle peut entraîner la mort de la malade. Mais si la ligature est solide et si la cavité du ligament large reste

bien fermée, l'hémorragie se limitera à cette région et elle n'aura le plus souvent aucune conséquence fâcheuse. Ces *hématocèles* sont très fréquentes après les opérations intéressant les ligaments larges, et les chirurgiens, qui ont acquis une certaine expérience de ces opérations, auront eu souvent l'occasion de les observer. Par contre les fabricants de manuels et les auteurs irresponsables et ignorants d'articles anonymes dans les journaux médicaux n'ont aucune connaissance de ces accidents post-opératoires et il faut être indulgent envers eux.

J'ai de bonnes raisons pour croire que ces *hématocèles* se produisent dans environ 8 0/0 de ces opérations, et elles donnent lieu bien souvent à des troubles sérieux. Dans un autre chapitre je donnerai l'observation d'une malade, chez laquelle je fus obligé de rouvrir l'abdomen, car l'hémorragie qui s'était produite entièrement dans la cavité du ligament large était très abondante et menaçait la vie de la malade. Dans trois ou quatre autres cas la suppuration consécutive à cet accident nécessita le drainage de la cavité; mais tous les autres malades guérirent sans aucune intervention et simplement avec une légère augmentation du pouls et de la température, persistant pendant 4 ou 5 jours.

Ces épanchements de sang surviennent généralement le quatrième ou le cinquième jour après l'opération et ils sont annoncés par une douleur pelvienne et un certain malaise général, *sans aucune distension de l'abdomen*. Il survient une certaine augmentation de la température, le pouls est plus rapide et au *toucher vaginal* on trouve que le plancher pelvien est immobilisé soit d'un seul côté, soit de tous les deux. Si l'épanchement de sang occupe le côté gauche on constatera que le rectum est comprimé et étranglé comme par un anneau qui constitue un signe pathognomonique de cet accident, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer il y a une quinzaine d'années.

M. *Pridgin Teale* m'a fourni deux observations très intéressantes se rapportant à cette question, il s'agit de deux hommes; elles confirment absolument mon opinion et je tiens à les reproduire ici telles que l'auteur me les a envoyées.

38. *Cookridge Street, Leeds,* 24 décembre 1888.

« Cher Tait. — Je vous envoie mes deux observations d'hématocèle périrectale chez l'homme. Il ne vous sera pas difficile d'en faire un résumé pour votre ouvrage.

Votre dévoué, *T. Pridgin Teale.* »

« Deux cas d'hématocèle périrectale, simulant un cancer du rectum. — Dans les deux cas l'accident se produisit à la suite d'interventions nécessitées chez des hommes par une rétention d'urine. La première fois je fis une erreur de diagnostic grossière, partagée d'ailleurs par un autre chirurgien de l'hôpital et par un collègue de Londres, appelé en consultation. Dans le second cas, qui survint quelques années plus tard, je pus faire le diagnostic et en même temps il me donna l'explication du premier cas observé.

OBSERVATION I. — La rétention d'urine provenait d'une hypertrophie de la prostate qui avait déjà nécessité plusieurs fois l'emploi du cathéter; cette fois le médecin traitant n'avait pas pu pénétrer avec la sonde dans la vessie et je fus appelé. Je ne réussis pas davantage et je fus obligé de ponctionner la vessie au-dessus du pubis. Au *toucher rectal* j'avais constaté une tuméfaction irrégulière de la paroi rectale. Environ une semaine plus tard en examinant de nouveau le rectum à l'aide du doigt, à cause d'un état d'irritation tout particulier de l'intestin, provoquant une espèce de dysenterie, je constatai la présence d'un anneau de constriction très dur, que j'envisageai comme un rétrécissement rectal de nature cancéreuse. Ce diagnostic fut confirmé par l'autre chirurgien d'hôpital qui m'accompagnait, et quelques jours plus tard par un des premiers chirurgiens de Londres, qui avait été appelé en consultation. Mais à notre grande surprise le malade guérit et toute trace de l'affection intestinale disparut complètement.

OBSERVATION II. — Le second cas se présenta dix ans plus tard, c'est-à-dire il y a six ans. J'avais été appelé chez un malade, présentant une rétention d'urine et chez lequel il existait plusieurs fausses routes étendues, entre la vessie et le rectum. Je réussis à passer un gros cathéter et plus tard le médecin traitant put continuer à sonder le malade sans difficulté.

Comme il existait beaucoup de malaise et une grande irritabilité de la vessie, je pratiquai trois jours après le *toucher rectal* afin d'examiner la

prostate et je constatai une tuméfaction fluctuante, que je ponctionnai par le rectum et d'où j'évacuai un pus fétide. Je me rendis compte de suite que l'ouverture, faite par la ponction dans la muqueuse, était trop petite et en effet je ne pus la retrouver afin de l'agrandir au bistouri. Le lendemain je constatai par le *toucher rectal* un état des parties absolument semblable à celui de l'observation précédente. L'ampoule rectale était fermée en haut par un anneau dur et étroit, et je reconnus bientôt qu'il était dû à une hématocèle périrectale.

Dans l'espace de quelques jours cet anneau devint moins dur et moins serré, puis il s'effaça complètement. Je ne mets pas en doute que l'abcès fût dû à la suppuration d'un caillot sanguin, et que l'hématocèle ne soit survenue à la suite de ma ponction, dont l'ouverture trop étroite ne permit pas le libre écoulement de l'hémorragie sous-muqueuse. Les deux malades guérèrent rapidement. »

Ces deux observations se trouvent être les premières confirmations que je sache de mes observations sur la formation de ce rétrécissement du rectum, comme signe caractéristique d'une hématocèle du ligament large. Le seul ennui de cet accident est un retard plus ou moins long dans la convalescence, je n'ai jamais observé d'autres conséquences sérieuses.

La troisième cause d'hématocèle du ligament large consiste dans la rupture d'une grosse tubaire dans le ligament large (1).

#### ABCÈS PELVIENS.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les hématocèles peuvent suppurer et donner lieu à des *abcès pelviens*, terme que j'emploie exclusivement pour définir les suppurations occupant la cavité du ligament large. Ici encore l'importance pathologique de ces replis péritonéaux est de toute évidence, car si la suppuration existe en dessous du ligament, elle n'a pas une importance vitale, tandis que lorsqu'elle existe de l'autre côté elle peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. Néanmoins dans

(1) Voir à ce sujet le chapitre traitant de la *grossesse ectopique*.