

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*.

chacun des deux cas on doit ouvrir l'abdomen sans délai. Je discuterai plus loin cette méthode de traitement de la péritonite.

J'ai actuellement une grande expérience sur le traitement des abcès du ligament large par cette méthode; toutes mes opérées ont guéri, de sorte que cette opération a acquis rapidement la faveur générale.

Ma première contribution à l'étude de ce sujet fut un travail publié dans le soixante-treizième volume des *Transactions of the Royal Medical and Surgical Society* de Londres, basé sur une série de 6 cas, dans lesquels la suppuration était consécutive, autant que j'ai pu m'en rendre compte, à des hématocèles du ligament large.

Jusqu'alors je m'étais contenté comme traitement de ces abcès pelviens de ponctionner ces collections par le vagin ou dans le voisinage du ligament de Poupert. Après avoir acquis quelque expérience j'en suis arrivé néanmoins à partager l'opinion de *Emmet*. « Je ne puis, dit-il, envisager l'introduction d'un trocart dans les tissus pelviens en état d'inflammation comme un procédé absolument inoffensif dans tous les cas ». Il est certain que dans bien des cas, où il existe sans aucun doute un abcès logé dans le tissu cellulaire du bassin, le liquide pourra être atteint et évacué à l'aide de l'aspirateur. Mais, d'après ce que j'ai observé, l'amélioration obtenue par ce procédé n'est dans un grand nombre de cas ni complète, ni permanente, et de plus la convalescence a toujours réclamé un temps qui n'est nullement proportionné à l'étendue de la lésion. Cela est aussi vrai pour les abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes que pour ceux qui ont été incisés dans la région de l'aîne. Il persiste des fistules, qui peuvent durer souvent des années entières.

Dans bien des cas, même lorsque l'on réussit à atteindre l'abcès par la ponction vaginale, son contenu est de telle nature qu'il ne peut être évacué et j'ai vu fréquemment aussi

des cas où la ponction faite au hasard à travers le plancher pelvien induré n'avait pas atteint la cavité de l'abcès; les symptômes de la présence du pus peuvent souvent être très nets sans qu'on puisse avoir aucune indication sur le véritable siège de l'abcès. *Emmet* veut parler de cette difficulté lorsqu'il écrit: « Je me rappelle un certain nombre de cas que j'ai observés, où il y avait épaissement des tissus, dans lesquels aucun traitement n'a semblé avoir eu le plus léger effet et qui finalement ont passé en d'autres mains ».

La marche de ces abcès pelviens a été très bien décrite par le Dr *West*; je ne puis qu'approuver ce qu'il en dit et je me fais un plaisir de le citer tout au long.

« Dès qu'il y a formation d'abcès le pus cherche à se frayer une voie à l'extérieur soit à travers le vagin, soit à travers l'intestin, dans presque tous les cas où cette inflammation est limitée aux organes contenus dans les ligaments larges. Néanmoins, dans des cas où le tissu cellulaire pelvien est intéressé, le pus se fraye fréquemment un passage entre les muscles et la surface externe du péritoine, l'abcès vient pointer et s'ouvrir de lui-même à travers les parois abdominales dans le voisinage du ligament de Poupert ou un peu au-dessous de cette région. »

« Quoique la cavité de l'abcès ne soit généralement pas très étendue, il devient le plus souvent chronique; il s'ouvre alors par quelque fistule étroite dans le canal intestinal; la maladie continue pendant des mois et même des années à évacuer du pus par l'anus et on doit retourner à plusieurs années en arrière si l'on veut retrouver la date de la première inflammation pelvienne. »

Dans un exemple cité par le Dr *West*, « les écoulements de pus se produisaient de temps en temps par l'intestin, et ce liquide était souvent mélangé à des matières fécales. Cinq ans après les premiers symptômes de l'inflammation du tissu cellulaire environnant l'utérus, on en constatait encore les

résultats sous la forme d'une tumeur, qui était étroitement attachée au rectum et à l'utérus. Ces abcès chroniques se rétractent généralement et les trajets fistuleux qui y conduisent s'oblitérent peu à peu. De temps en temps il se produit cependant des exceptions. J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas, et sir *James Simpson* a publié quelques cas très intéressants, dans lesquels des communications fistuleuses persistantes s'étaient formées entre l'abcès consécutif à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien et la vessie, l'utérus ou l'intestin. »

Dans ma propre pratique, je n'ai eu que trop fréquemment autrefois des mécomptes de ce genre, et bien que j'aie enregistré quelques succès en me servant de différents procédés comme la ligature élastique (1), ou la contre-ouverture par le vagin (2), la convalescence dans ces cas a été si longue, que je ne puis considérer ces cas comme favorables qu'en les comparant à ceux dans lesquels il n'y a pas eu de guérison du tout.

Depuis lors, je me suis donc mis, pour les cas de ce genre, à la recherche d'un mode de traitement qui donnerait des résultats aussi satisfaisants que ceux que l'on obtient pour les collections purulentes siégeant dans les autres parties du corps. J'ai trouvé ce moyen dans l'application de la laparotomie au traitement des tumeurs pelviennes et abdominales, et je puis aujourd'hui présenter une série de 36 observations, comprenant tous les cas que j'ai traités par mon nouveau procédé et pour lesquels le succès obtenu a dépassé de beaucoup tout ce que j'avais vu ou entendu dire sur cette question.

J'ai exclu naturellement les cas dans lesquels l'abcès faisait saillie dans le vagin d'une manière évidente dès le début de l'affection ; mais même dans ces cas la guérison a toujours

(1) *Lancet*, 27 juin 1874.

(2) *Lancet*, 3 avril 1875.

été plus longue que dans les six cas que je vais rapporter tout à l'heure.

A côté de cette liste, j'ai une vingtaine d'autres cas, que j'ai opérés par l'incision sus-pelvienne, mais sans ouvrir la cavité péritonéale. D'après la définition de la *section abdominale* que j'ai adoptée, ces cas ne doivent pas être compris dans la présente liste ; la guérison radicale a été obtenue dans chacun de ces cas. Cinquante-huit guérisons consécutives, rapides et permanentes, pour une affection aussi grave que celle dont il s'agit ici, constituent, je pense, un résultat très satisfaisant.

OBSERVATION I. — Au mois de février 1879 une malade me fut envoyée par M. *Gwinnet Sharp*, de Walsall, parce qu'elle était atteinte d'une tumeur pelvienne, accompagnée de symptômes très graves. Elle était âgée de 22 ans et était mariée depuis neuf mois. Ses règles avaient toujours été trop fréquentes et trop abondantes et, six semaines avant l'époque où je la vis, elles s'étaient arrêtées brusquement en pleine évolution ; cet arrêt subit avait été accompagné d'une violente douleur pelvienne, douleur qui constitue un des principaux symptômes de l'hématocèle extra-péritonéale.

Quelques jours plus tard elle eut un frisson, il survint de la fièvre et elle devint très malade ; ces symptômes s'étaient encore aggravés quand je la vis dix jours plus tard. Elle était alors amaigrie, fatiguée, on constatait une augmentation de la température vespérale, et il existait une grande sensibilité de toute la partie inférieure de l'abdomen.

A l'examen local je trouvai une tumeur volumineuse, fluctuante, située en arrière de l'utérus, y adhérant et s'étendant de chaque côté de cet organe ; elle occupait le bassin et remontait à mi chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne. La voûte pelvienne était dure et immobile, on ne pouvait sentir aucune fluctuation.

La nature de la tumeur ne pouvait donner lieu qu'à deux opinions différentes quant au diagnostic, il s'agissait ou bien d'un *kyste parovarien suppuré avec péritonite* ou bien d'une *hématocèle suppurée*. Je penchai pour la dernière opinion parce qu'elle cadrait mieux avec l'anamnèse et que je n'avais vu que bien rarement des kystes parovariens suppurés tandis que j'avais vu souvent des hématocèles aboutissant à la suppuration.

De toutes façons je me décidai à ouvrir cette collection par l'incision abdominale et c'est aussi ce que je fis. Je trouvai une grande cavité, contenant environ 1200 grammes de pus fétide et une certaine quantité

de caillots sanguins en voie de décomposition. Je nettoyai cette poche avec beaucoup de soin et après en avoir suturé les bords à la plaie abdominale j'y fixai un tube à drainage en verre de Kœberlé, long de 15 centimètres. Sept jours après l'opération je remplaçai ce tube par un autre plus court, de 9 centimètres, et une semaine plus tard par un simple drain en caoutchouc. La malade se leva le vingtième jour après l'opération et dix jours plus tard elle rentra chez elle parfaitement bien, l'abcès étant cicatrisé; elle jouit maintenant d'une excellente santé (mars 1880).

OBSERVATION II. — Le second cas me fut envoyé par le Dr Flynn, auparavant à Birchills, actuellement à Kingstown, Dublin. La malade était âgée de 45 ans et n'avait jamais été enceinte, sauf peut-être une fausse couche assez douteuse bientôt après son mariage, c'est-à-dire 19 ans avant l'époque où je la vis. Des symptômes ressemblant à ceux d'une hématocele étaient apparus huit mois auparavant et depuis lors elle avait beaucoup maigri, elle avait perdu l'appétit, elle était très tourmentée par une soif continuelle et des sueurs nocturnes, et tous les soirs elle avait de la fièvre.

L'utérus était immobilisé dans une masse, qui occupait tout le ligament large du côté gauche et une partie de celui du côté droit. L'exsudat du côté gauche encerclait le rectum et occasionnait un rétrécissement notable comme le font fréquemment les hématoceles du ligament large gauche. On ne pouvait sentir aucun point fluctuant dans le bassin, quoique les symptômes indiquassent nettement la présence du pus. Je me décidai par conséquent à ouvrir l'abdomen et j'obtins aisément l'assentiment de mon collègue à cette manière de procéder.

Après avoir atteint le péritoine j'ouvris un volumineux abcès, siégeant immédiatement en arrière de la base de la vessie; il siégeait entre elle et l'utérus, mais il s'étendait jusqu'en arrière du rectum. Le plancher et la paroi postérieure de la cavité formant l'abcès étaient constitués par des caillots sanguins organisés, en sorte que son origine était bien due à une effusion de sang dans ce ligament large. Je plaçai un drain en verre, et je le remplaçai, le onzième jour après l'opération, par un tube métallique de Chassagnac. La malade se leva le vingt et unième jour après l'opération et le drain fut enlevé définitivement le vingt-sixième jour. Cette dame rentra chez elle parfaitement bien le trentième jour et elle est restée bien portante depuis lors, il y a maintenant dix mois.

OBSERVATION III. — Le troisième cas était une malade de M. Hallwright, chez laquelle il avait fait le diagnostic d'hématocele un mois avant que je voie la malade. Il y avait des symptômes de suppuration et je pratiquai exactement la même opération que dans le cas précédent; c'est-à-dire j'ouvris le péritoine, la cavité de l'abcès fut vidée et nettoyée avec soin, et ses bords furent suturés à ceux de la plaie pariétale en laissant un tube à drainage en verre.

C'était aussi un cas d'hématocele du ligament large, ayant eu son origine dans une grossesse tubaire, s'étant rompue dans la cavité du ligament. Huit jours après l'opération le tube en verre fut remplacé par un drain métallique, qui fut enlevé douze jours plus tard. La malade quitta l'hôpital en parfait état, seulement trente-cinq jours après son admission et elle est restée depuis lors en parfaite santé.

OBSERVATION IV. — Marie Anne B..., âgée de 30 ans, est mariée depuis 8 ans, et a eu quatre enfants, dont le plus jeune est âgé de quinze mois. M. Hallwright la vit pour la première fois le 12 décembre. Elle lui raconta qu'elle était tombée subitement malade cinq semaines auparavant, qu'elle avait ressenti à ce moment une violente douleur, qui ne l'avait pas quittée depuis lors. Elle fut examinée par M. Hallwright qui diagnostiqua la présence d'une hématocele en raison de l'existence d'une tumeur dure volumineuse, siégeant derrière l'utérus.

Quinze jours environ avant que je visse la malade, l'élévation vespérale de la température, des sueurs nocturnes, la soif et l'augmentation de la douleur avaient fait supposer à M. Hallwright que l'épanchement sanguin était devenu purulent et lorsque je vis la malade il me fut facile de confirmer cette opinion.

Je la fis entrer par conséquent à l'hôpital, et le 22 décembre je pratiquai la section abdominale, car j'avais trouvé que l'intensité des symptômes avait augmenté et parce qu'à l'examen dans la narcoïse je reconnus que la masse de l'effusion était trop élevée pour pouvoir être atteinte par le vagin.

La tumeur était constituée par une grande quantité de sang en voie de décomposition, contenue dans une cavité formée par le soulèvement du feuillet postérieur du ligament large, le rectum étant refoulé en avant d'elle ainsi que les gros vaisseaux, placés de chaque côté de lui et eel jusqu'à la hauteur de la bifurcation de l'aorte. En avant de la tumeur le péritoine descendait à une profondeur inusitée de sorte que, si j'avais ponctionné la tumeur par le vagin, je l'aurais fait à travers la cavité du péritoine. La poche fut ouverte, vidée et nettoyée; j'y laissai un tube à drainage et le péritoine fut reformé de la façon habituelle.

La guérison ne fut ni aussi facile, ni aussi rapide que dans les autres cas, probablement parce que la cavité était plus grande et que l'état général de cette malade était avant l'opération très mauvais, quoique dans un autre cas, dont j'aurai encore à parler, l'état général fut encore pire. Dans le cas présent la température était de 38° 4 avant l'opération et elle s'éleva à 40° le second jour. Elle ne tomba à 37° que le dixième jour, le 31 décembre. Le drain fut enlevé le 10 janvier et le 17 la plaie était parfaitement cicatrisée; la malade quitta l'hôpital le 26.

Je la revis le 26 février et j'eus peine à la reconnaître, tant le rétablissement de sa santé était étonnant. Au lieu d'une femme émaciée, moribonde, je me trouvai en présence d'une personne présentant l'aspect d'une

parfaite santé; elle me dit qu'elle pouvait aller et venir et travailler aussi bien qu'elle ne l'avait jamais fait de sa vie.

Je suis absolument convaincu que si, dans ce cas, j'avais retardé l'opération de quelques jours, la malade aurait succombé et la ponction vaginale, en supposant même que l'on eût évité la cavité péritonéale, n'aurait pas suffi à vider la poche des caillots sanguins qu'elle contenait.

OBSERVATION V. — Anna S..., âgée de 28 ans, me fut envoyée en janvier 1882 par le Dr Gordon, de Walsall. Elle est mère de trois enfants dont le plus jeune est âgé de trois ans. Il y a quatre mois elle présenta des symptômes ressemblant à ceux qui annoncent un épanchement de sang subit dans le ligament large.

Pendant un mois elle fut encore capable d'aller et venir, mais pendant les trois derniers mois elle fut obligée de garder continuellement le lit et la nature des symptômes indiquait clairement l'existence d'une suppuration. Le Dr Gordon avait reconnu la présence d'une masse située derrière l'utérus, dans laquelle on ne pouvait percevoir aucune fluctuation et qui était immobile.

Je l'admis à l'hôpital et, supposant qu'il s'agissait d'un cas d'hématocèle suppurée, je lui ouvris le ventre le 5 janvier et je me trouvai en présence d'un cas semblable au précédent, sauf que l'effusion de sang, en partie décomposé, n'était pas aussi volumineuse. Je la traitai de la même manière et la guérison fut beaucoup plus facile et plus rapide car la malade quitta l'hôpital le 17 janvier et elle était déjà en parfaite santé avant la fin de février.

OBSERVATION VI. — Madame H..., âgée de 29 ans, s'était mariée à 18 ans, avait eu un enfant dans la même année et n'avait pas été enceinte depuis lors. Je la vis sur la demande du Dr Mellington, de Wolverhampton, qui la soignait avec le Dr Blackford, de Cannock, avec lesquels je me rencontrai en consultation le 15 janvier 1882.

Par les renseignements qui me furent donnés, j'appris que environ neuf semaines auparavant, en conduisant par un jour très froid et pendant ses règles en voiture ouverte, elle avait ressenti subitement une violente douleur pelvienne et en même temps les règles s'étaient arrêtées. Depuis lors la douleur avait persisté et elle avait même augmenté dernièrement.

Depuis le début de la maladie ses règles étaient revenues à deux intervalles irréguliers, elles avaient été très abondantes et pendant leur écoulement la douleur était devenue beaucoup moins forte. Le Dr Mellington avait découvert quelques semaines avant ma visite une tumeur pelvienne et il l'avait envisagée comme un épanchement de sang. Depuis

trois semaines elle avait des sueurs nocturnes, une faiblesse presque continuelle, une soif intense, une perte complète de l'appétit et différents autres symptômes d'hecticité.

Lorsque je l'examinai cette tumeur formait avec tous les organes pelviens une masse d'une dureté presque cartilagineuse et l'utérus était compris au milieu d'elle. La vessie était en avant d'elle et le rectum était étranglé par un anneau dur. La masse pouvait être sentie au-dessus du bassin sous forme d'une tumeur ronde et non fluctuante, les intestins la recouvraient en avant. La malade était presque arrivée au dernier point de l'épuisement et de l'emaciation. Il n'existait aucune difficulté pour poser le diagnostic d'hématocèle suppurée.

Avec l'aide du Dr Blackford, nous l'aménâmes à Birmingham et le 21 j'ouvris l'abdomen et je trouvai exactement ce que j'avais supposé. Les deux feuillets du ligament large, l'anterieur et le postérieur, étaient absolument soulevés en dehors du bassin et le seul tissu que je pus reconnaître nettement fut la base de la vessie et celle-ci semblait former la limite antérieure de la tumeur. De ce point elle s'étendait en arrière au niveau du détroit supérieur du bassin et sa limite postérieure était marquée par la bifurcation de l'aorte.

Le contenu de cette poche était nettement liquide, aussi l'ai-je ponctionnée avec l'aiguille aspiratrice et j'évacuai ainsi plus d'un demi litre de pus coloré par du sang coagulé. J'incisai ensuite la poche à partir du point de la ponction, d'avant en arrière et je constatai que sa base était constituée par une couche épaisse de caillots stratifiés, durs et rigides. Je reconnus l'utérus se détachant de cette masse, mais je ne pus découvrir le rectum.

Je suturai les bords de cette cavité à la partie inférieure de la plaie abdominale, je fermai le reste de la cavité péritonéale, et je laissai dans la poche un gros tube à drainage en verre. Après l'opération la température de la malade ne s'éleva jamais au-dessus de 37°, elle n'eut plus de malaise, ni de sueurs nocturnes et son appétit devint excellent dès le troisième jour. Le douzième jour je remplaçai le drain en verre par un tube métallique de petit volume, lorsque l'écoulement devint du pus de bonne nature et exempt de débris de caillots. Ce petit drain fut enlevé le 15^e jour après l'opération et, le vingt-quatrième jour, le trajet était absolument cicatrisé. La malade avait engraisé et repris des couleurs, elle pouvait se promener et le vingt-septième jour elle retourna chez elle en parfaite santé; l'utérus cependant était encore tout à fait immobilisé et je suppose qu'il restera ainsi pendant des années. J'ai revu très souvent cette malade depuis son opération et sa santé est restée excellente jusqu'à ce jour.

Voici donc les premiers cas que je publiai se rapportant à cette question et je n'ai rien à y ajouter, sauf qu'actuellement

je crois que ce dernier cas et le troisième étaient des exemples d'hématocèles suppurées, dues au passage d'une grossesse tubaire dans le ligament large. Dans le dernier cas que j'opérai, j'ai pu vérifier l'exactitude de cette interprétation par la découverte de débris placentaires, et je tiens à terminer ce sujet en donnant les détails de cette observation.

OBSERVATION VII. — E. C. mariée, âgée de 40 ans, me fut envoyée par le Dr *Hindle*, de Leicester, qui l'avait soignée pendant une quinzaine de jours. Les premiers symptômes avaient consisté en douleurs lombaires et en légères douleurs expulsives, suivies par une rétention d'urine et des douleurs plus aiguës. A l'examen vaginal il trouva une tumeur dure, s'étendant latéralement et qui pouvait être sentie à la palpation à travers les parois abdominales. La malade était mariée depuis une vingtaine d'années et n'avait jamais eu d'enfants. Elle avait été réglée très régulièrement jusqu'à la première semaine de décembre et depuis lors elle n'avait rien vu.

A l'examen local je trouvai une masse volumineuse, avec une fluctuation douteuse, s'élevant du côté du rein droit et atteignant un niveau un peu moins élevé à la base du rein gauche. Elle remplissait complètement le bassin, l'utérus étant repoussé en avant d'elle et le col ne pouvait pas être atteint par le doigt, la fluctuation à travers cette masse n'était pas très nette.

Je posai le diagnostic d'épanchement sanguin, probablement suppuré, occupant la cavité du ligament large.

Le 23 janvier, assisté par le Dr *Holford Walker*, j'ouvris l'abdomen et avant d'avoir atteint la cavité péritonéale j'ouvris par mégarde la vessie, dont la base remontait presque à la hauteur de l'ombilic. Dès que le péritoine fut ouvert j'arrivai immédiatement sur le fond de l'utérus et en arrière de celui-ci la tumeur atteignait la hauteur que j'ai déjà indiquée.

Pendant que je m'efforçais de reconnaître les rapports exacts de la tumeur avec le rectum et l'utérus, mes doigts passèrent tout à coup dans une cavité, de laquelle s'échappa une grande quantité de débris purulents et qui était remplie de liquide floconneux. Je lavai la cavité par cette ouverture, mais, trouvant qu'il était impossible de drainer à travers cet orifice, je fis une incision sur la face antérieure de la paroi du kyste, constitué par le ligament large, directement en arrière du fond de l'utérus et par cette nouvelle ouverture je pus encore enlever une grande quantité de débris purulents, dont quelques-uns de gros volume. Je suturai les bords de cette incision à la partie inférieure de la plaie abdominale et je laissai dans la cavité un tube à drainage de gros volume.

La guérison suivit son cours normal. Le 25 je remplaçai le drain par un plus petit et le 26 tout écoulement ayant cessé je l'achevai complètement et la plaie guérit parfaitement. Néanmoins l'angle inférieur se rouvrit un peu plus tard et il se forma une fistule urinaire; mais celle-ci aussi se referma lentement et le 16 février la malade rentra chez elle en convalescence, l'angle inférieur de la plaie étant encore un peu ouvert.

L'examen minutieux de quelques-uns des débris retirés de cette poche nous démontra qu'il s'agissait de fragments de placenta, et par conséquent il n'est pas douteux que nous ayons eu affaire à un cas de grossesse ectopique développée dans le ligament large, probablement dans le ligament droit, et ayant donné lieu à une hématocèle extra-péritonéale volumineuse, arrivée à la suppuration. Je pense que ce cas aurait pu, à la rigueur, être traité par l'incision vaginale, mais je ne pense pas qu'il eût été aussi facile d'évacuer les débris par cette voie que par l'opération sus-pubienne, comme nous l'avons fait.

Dans tous ces cas je suis convaincu que la ponction vaginale eût été inutile. Le plus souvent, si l'abcès s'était ouvert de lui-même, il l'aurait fait dans le rectum. Dans le dernier cas il est probable qu'il se serait ouvert dans le pli de l'aîne, mais je pense que dans tous ces cas, à l'exception du second, la mort serait survenue longtemps avant qu'un orifice naturel ait été établi.

Je crois pouvoir tirer de cette série de cas les conclusions suivantes : l'ouverture de ces abcès pelviens par la section abdominale n'est une opération ni difficile, ni dangereuse; par cette intervention, la guérison est plus certaine et plus rapide que par aucun autre procédé, et dans l'avenir je conseillerai toujours l'incision exploratrice quand je serai convaincu qu'il existe un abcès qui ne peut être atteint ni vidé d'une façon satisfaisante par le vagin.

KYSTES DERMOÏDES

Parmi les cas de *kystes parovariens* que j'ai eu l'oc-