

appeler. La malade se mourait d'hémorrhagie, et je procédai de suite à l'incision abdominale. Le fœtus, âgé environ d'une douzaine de semaines, était couché parmi les caillots et les anses intestinales, avec lesquelles le placenta, en partie expulsé, avait contracté des adhérences récentes. Je les détachai avec soin, mais je provoquai ainsi une hémorrhagie profuse. J'eus beaucoup de temps à essayer d'arrêter cette hémorrhagie, de sorte que, lorsque l'opération fut terminée, ma malade était à peu près morte. Tout ce que je puis dire c'est qu'elle respirait encore lorsque nous la couchâmes dans son lit.

Ce cas me donna beaucoup à réfléchir, car ce fut un amer désappointement; j'avais espéré obtenir un grand triomphe et j'avais tout simplement un échec. J'arrivai bientôt à la conclusion que j'avais commis une erreur de technique, que la vraie méthode d'opérer dans ces cas était de détacher rapidement les adhérences *sans s'inquiéter du sang*, d'arriver de suite et rapidement sur la véritable source de l'hémorrhagie, le ligament large, de le lier à sa base, puis d'enlever ensuite à loisir les débris de l'œuf et les caillots.

Actuellement j'ai procédé ainsi dans 39 cas et je n'ai eu qu'un seul insuccès; je crois donc pouvoir dire sans crainte, que j'ai réalisé ainsi un véritable triomphe chirurgical. Mon exemple a été largement suivi, et le succès a été presque général.

Ainsi que je l'ai déjà dit, le diagnostic de la grossesse tubaire avant la rupture de la poche n'est pas facile, parce que les malades ne viennent pas réclamer nos soins à ce moment. Lorsque des symptômes existent, comme dans l'unique cas où j'eus la chance de faire ce diagnostic, ce sont simplement ceux de l'occlusion et de la distension de la trompe, affection très facile à diagnostiquer et à traiter.

Si jamais j'arrivais à faire un jour le diagnostic de grossesse tubaire avant la période de rupture primaire, je l'enlève-

rais immédiatement par la laparotomie. Ce procédé me paraît beaucoup plus sûr et plus radical que les méthodes fantaisistes qui consistent dans la ponction du kyste, avec injections de liquides toxiques, ou dans l'application de courants électriques quelconques.

Ainsi que l'on peut s'en assurer par les comptes rendus de ceux qui ont appliqué ces méthodes, elles sont infidèles et ne donnent pas de succès radical; elles conviennent seulement à ceux qui, manquant du courage et de l'habileté nécessaires pour obtenir de bons résultats en chirurgie abdominale, n'ont jamais eu à en publier que de défavorables.

**Diagnostic et symptômes de la grossesse ectopique au moment de la rupture.** — Au moment de la rupture, le diagnostic de la grossesse tubaire peut être fait avec certitude sept fois sur huit, et il peut encore être soupçonné dans le huitième cas. Les symptômes en sont trop sérieux pour être méconnus; en pratique ils sont identiques à ceux de l'hématocele pelvienne. Si la rupture s'effectue du côté du ligament large, ce sont les symptômes de l'hématocele extra-péritonéale. Mais lorsque la rupture se produit du côté de la cavité abdominale, nous voyons apparaître les symptômes très caractéristiques et très graves de l'hématocele intra-péritonéale.

Je ne crois pas pouvoir traiter en meilleure place la question si confuse de l'hématocele pelvienne, car je n'ai jamais rencontré une hématocele intra-péritonéale qui n'ait eu comme point de départ la rupture d'une grossesse tubaire,

#### HÉMATOCÈLE PELVIENNE.

L'hématocele extra-péritonéale (hémorrhagies dans le ligament large) reconnaît sans aucun doute souvent pour cause une grossesse tubaire, rompue entre les plis péritonéaux du ligament large. La différence entre ces deux variétés est d'importance capitale, car tandis que les ruptures dans le péri-

toine semblent être presque constamment fatales, les hémato-cèles extra-péritonéales, quelle que soit leur provenance, doivent être abandonnées à leur sort, à moins qu'elles ne donnent des signes de suppuration.

Cette question prit un intérêt tout particulier à l'occasion d'un jugement, rendu à Liverpool il y a environ deux ans, qui souleva toute une polémique et qui fit nettement ressortir l'extrême confusion qui existait à ce sujet dans l'esprit des médecins.

La première contribution importante, concernant la littérature de l'hémato-cèle pelvienne ou abdominale, est l'ouvrage de *Bernutz et Goupil*, traduit par le Dr *Alfred Meadows* et publié en anglais par la *New Sydenham Society* en 1866.

**Définition.** — Il est bien regrettable que les auteurs de nos traités de gynécologie aient négligé la lecture de cet ouvrage admirable ; beaucoup d'entre eux semblent ne jamais l'avoir lu ; les autres, qui l'ont étudié et le citent, ne semblent pas avoir compris les idées des auteurs français. Pour n'en citer qu'un seul, qui ne constitue certes pas une exception, on trouve dans un de nos traités de gynécologie les plus récents, celui du Dr *Emmet*, de New-York, une confusion remarquable dans tout le chapitre qui se rapporte à ce sujet.

Ce chapitre débute par la définition de l'hémato-cèle : « C'est, nous dit-il, une accumulation accidentelle de sang dans le bassin, située soit dans la cavité péritonéale, soit en dehors du péritoine, soit dans le tissu conjonctif du bassin ». Cette définition est déjà un fâcheux début, car la seconde et la troisième variétés doivent naturellement être classées ensemble ; de plus, la classification, sous le nom commun d'hémato-cèle, de deux affections qui doivent être absolument séparées, comprenant l'une l'hémorrhagie dans la cavité péritonéale et l'autre l'hémorrhagie en dehors de cette cavité, est une erreur, origine véritable de toutes les confusions qui se sont produites. Le Dr *Emmet* cite *Nélaton* comme l'auteur ayant donné

la première description exacte de la pathogénie de cette lésion ; mais en réalité la définition de *Nélaton*, prise au sens propre des mots, contribue plutôt à produire la confusion.

*Nélaton* attribue l'origine de l'hémato-cèle à la rupture d'un follicule de Graaf ; le sang, provenant ainsi de la surface de l'ovaire, s'accumule au fond du cul-de-sac de Douglas, la région la plus déclive du bassin, et c'est la raison pour laquelle il inventa le terme « d'hémato-cèle rétro-utérine ».

A la page 228 (correspondant à la page 207 de la traduction française par M. *Olivier*) *Emmet* donne une figure, avec l'indication d'hémato-cèle rétro-utérine, dans laquelle la section du caillot est assez clairement placée derrière l'utérus ; mais un simple coup d'œil nous montre qu'une telle collection ne peut absolument pas provenir de l'ovaire, de sorte que ou bien *Emmet* s'est trompé dans ses notions de pathologie, ou bien il a mal compris *Nélaton*.

A la page 231 il donne une autre figure, qui est réellement le diagramme présenté par *Nélaton*, mais dans lequel la collection sanguine est péri-utérine et alors ce second exemple répond au titre et à la définition qui nous ont été donnés par *Simpson*. Entre la publication du premier travail de *Bernutz* sur ce sujet, en 1848, et celle de la traduction de son grand ouvrage, en 1866, les contributions à la littérature de cette question se produisent en très grand nombre et chacune avec une théorie particulière. On peut faire à tous ces travaux la même objection ; ils sont tous trop exclusifs, pas un seul ne me semble avoir réussi à embrasser l'ensemble du sujet.

Le mot *hémato-cèle* est un terme convenable, bien qu'il ne soit pas très exact. Aussi longtemps qu'il reste limité à l'idée d'un épanchement de sang, il peut être conservé comme la base de nos considérations. Seulement dès que l'on introduisit dans la littérature les expériences d'hémato-cèle *vraie* et d'hémato-cèle *fausse*, la confusion devint extrême.

*Bernutz* prétendait que la véritable hémato-cèle consistait

en un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale, tandis que *Simpson* concluait qu'elle ne pouvait jamais être une hémorragie intra-péritonéale.

Pour ma part je suis porté à conseiller, pour des raisons que j'indiquerai immédiatement, de maintenir le terme « hématocele pelvienne » pour indiquer tous les épanchements sanguins qui ont leur origine dans le bassin. Car je crois que cette catégorie renfermera la grande majorité des cas d'hémorragies dans la cavité péritonéale; en effet, si nous mettons à part les traumatismes, il existe peu d'hémorragies intra-péritonéales qui n'aient pas une origine pelvienne; ce fait est démontré de suite par l'extrême rareté de cet accident chez l'homme. En admettant cette simplification, nous pouvons alors prendre en considération tout l'ensemble de la littérature du sujet et être certains d'arriver à des conclusions beaucoup plus logiques.

*Bernutz* et tous les autres auteurs sont d'accord pour reconnaître le fait que tout épanchement sanguin doit plutôt être considéré comme un symptôme que comme une affection par elle-même; ceci est assez vrai si nous n'envisageons que l'étiologie de l'accident; mais si nous regardons l'accident lui-même comme une entité, nous ne pouvons accepter cette restriction, car, quelle que soit l'origine de l'hémorragie, dès son début elle devient par elle-même une affection et quelquefois une des plus graves qui existent.

Si on accepte la division des hématoceles en deux grandes classes, ainsi que je le propose, on voit que le danger est beaucoup plus grand pour la première catégorie que pour la seconde; nous rencontrons ainsi la première notion des différences qui existent entre les deux classes. Cette première distinction est due aux milieux et aux rapports anatomiques différents, dans lesquels se produit l'hémorragie.

Dans le bassin — où plutôt nous pouvons envisager toute la cavité et dire dans l'abdomen — un épanchement sanguin

doit se produire soit en dedans du péritoine, soit en dehors de celui-ci. Voyons d'abord quel sera le premier résultat, la conséquence initiale d'une hémorragie se produisant dans l'une ou dans l'autre de ces deux alternatives. Supposons d'abord la rupture, d'origine traumatique ou autre, d'un vaisseau sanguin dans le voisinage du rein. L'épanchement sanguin dans cette région est nécessairement *extra-péritonéal*; le sang s'infiltrera à travers le tissu cellulaire et par le fait même de cette infiltration, en admettant naturellement qu'aucun des gros vaisseaux du hile du rein n'ait été lésé, l'épanchement sanguin se limitera nécessairement, car les interstices du tissu cellulaire formeront dans ce cas le meilleur de tous les hémostatiques connus. Il me semble donc difficile d'imaginer un cas, dans lequel un épanchement sanguin, situé ainsi dans le voisinage du rein (qu'il nous soit permis de l'appeler *hématocele rénale*), puisse être assez étendu pour causer la mort, en supposant toujours qu'aucun vaisseau principal n'ait été lésé.

D'autre part, si nous envisageons la rupture d'un gros vaisseau du hile du rein dans la cavité péritonéale, rupture occasionnée par traumatisme ou tout autre cause, il ne se trouvera dans ce cas aucun hémostatique naturel pour arrêter les progrès de l'hémorragie, le sang pourra s'écouler indéfiniment et, à moins que par quelque rapide intervention on ne réussisse à l'arrêter, le malade succombera presque fatalement.

Prenons encore un autre exemple, et supposons qu'une petite veinule de la surface péritonéale postérieure de l'utérus se soit rompue et saigne dans la cavité pelvienne. Le sang aura naturellement une certaine tendance à se coaguler, mais pas par le même procédé que lorsqu'il est extravasé dans les mailles du tissu conjonctif. Tous ceux qui possèdent une certaine expérience en chirurgie abdominale, savent que lorsque le sang a coulé en certaine quantité dans la cavité péritonéale, probablement par le fait de sa dilution avec la lymphe [qui s'y

trouve constamment, ou parce qu'il est excité à un suintement continu par quelque condition anormale, il n'a que partiellement tendance à se coaguler. Une des preuves les plus manifestes de cette assertion est l'action favorable du tube à drainage sur l'arrêt de l'hémorrhagie. Si la cavité est constamment vidée par aspiration du sang et du sérum, provenant des adhérences pelviennes détachées, le suintement sanguin s'arrêtera bientôt; mais si le drainage n'est pas continué régulièrement, l'hémorrhagie deviendra probablement mortelle.

Supposons en second lieu le cas de la rupture d'une petite veine, située dans les tissus ou entre les feuillettes du ligament large, nous nous trouverons exactement dans les conditions que j'ai tout à l'heure supposées réalisées pour le rein; en fait, la démonstration sera ici encore plus concluante, car dans cette région le tissu cellulaire est encore plus rare que dans le voisinage du rein. De plus, il existe entre les deux feuillettes du ligament large un espace qui n'est pas susceptible d'une distension rapide dans des proportions indéfinies. Le ligament large distendu constitue une cavité limitée, et, par ce fait, nous aurons deux processus différents, qui tous deux contribueront à arrêter l'hémorrhagie dans sa marche continue, le premier constitué par la résistance que le tissu conjonctif oppose aux progrès de l'épanchement sanguin et le second par la pression du ligament, tendu comme une membrane et résistant à une distension plus forte; cette pression s'exerce sur le point qui donne du sang et constitue ainsi un hémostatique puissant.

Ces considérations anatomiques, à l'exclusion de tout autre fait, suffiraient seules à nous faire accepter la division des hématoceles pelviennes en deux grandes classes. Cette classification a souvent été décrite, mais jamais précisée par les auteurs, qui se sont occupés de ce sujet. Dans la première ou variété extra-péritonéale comme nous l'avons vu, l'hémorrhagie est limitée par deux agents puissants, qui font

défaut dans la seconde; dans la variété intra-péritonéale, l'hémorrhagie au contraire est favorisée par la dilution du sang à mesure qu'il s'échappe des vaisseaux lésés. La confusion extrême, qui résulte surtout du défaut d'une division précise des cas en intra ou extra-péritonéaux, peut être constatée dans les auteurs qui ont traité cette question quand ils parlent soit de la fréquence de l'hématocele, soit de son diagnostic différentiel, soit surtout de son traitement.

**Diagnostic et traitement.** — « Si nous limitons, dit *Emmet*, l'acceptation du terme hématocele à l'accumulation du sang dans la cavité péritonéale, l'accident est relativement rare. Mais si nous tenons à comprendre toutes les accumulations de sang dans le bassin, la production de l'hématocele est certainement beaucoup plus commune que ne l'admet la généralité des médecins ». Si nous acceptons la première partie de cette sentence comme se rapportant à l'hématocele intra-péritonéale l'appréciation est relativement exacte, et si nous voulons bien rapporter la seconde partie à l'hématocele extra-péritonéale le jugement est absolument correct.

Mais quelques pages plus loin, nous trouvons, dans le livre d'*Emmet*, qu'il cherche à faire le diagnostic différentiel entre l'hématocele (dont il n'a donné aucune définition précise) et la grossesse tubaire, et dès lors la confusion devient positivement amusante; car, ainsi que nous le verrons par la suite, la cause de beaucoup la plus fréquente de l'hématocele est justement la grossesse tubaire, avec laquelle *Emmet* cherche à trouver le diagnostic différentiel.

Voici ce qu'il a dit à propos du traitement: « Beaucoup d'auteurs ont préconisé l'intervention chirurgicale et prétendu qu'il était absolument nécessaire d'intervenir dès le début. Il n'est pas douteux que dans certains cas le chirurgien manquerait au sentiment du devoir, s'il reculait devant une ponction de l'accumulation sanguine; mais, dans la grande majorité des cas, une intervention de ce genre serait criminelle,