

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,

car elle mettrait sans nécessité en péril la vie de la malade ». Ici, le jugement d'*Emmet* est absolument *correct* s'il se rapporte à l'hémato-cèle extra-péritonéale, absolument *erroné* s'il s'applique aussi à l'hémorrhagie dans la cavité péritonéale.

Si j'ai pris le livre d'*Emmet* comme exemple de la confusion qui existe dans les ouvrages anglais, ce n'est pas qu'il soit inférieur aux autres, mais simplement parce qu'il s'est trouvé le premier sous ma main quand j'ai écrit ce chapitre.

Si nous acceptons les faits physiques et anatomiques, dont j'ai parlé tout à l'heure, comme une base, nous verrons qu'il n'est pas difficile de concilier un grand nombre de faits en apparence contradictoires, et bien des divergences entre les opinions des divers auteurs; en fait, l'histoire de l'hémato-cèle sortira de la confusion qui y règne. Nous vérifierons alors que les deux variétés de l'hémato-cèle sont distinctes quant à leur fréquence relative, quant à leurs cas, quant à leur histoire et tout particulièrement quant à la gravité de leur pronostic; qu'elles diffèrent encore par leurs symptômes et par les signes physiques, ou autres, par lesquels elles peuvent être diagnostiquées et finalement par le genre d'intervention chirurgicale qu'elles réclament.

*Bernutz* a avancé l'opinion, dont j'ai déjà fait mention, « que la tumeur sanguine, reliquat d'une ancienne hémorrhagie, ne doit pas être considérée comme une affection spéciale, indépendamment de la cause qui l'a produite ». Cela est vrai, je le répète, pour l'hémato-cèle intra-péritonéale, mais pas le moins du monde pour la variété extra-péritonéale. Lorsqu'une hémorrhagie se produit dans le ligament large, l'hémostase se fait dans la grande majorité des cas par les moyens naturels seuls, probablement avant que l'accident puisse être diagnostiqué; de sorte que nous n'avons plus affaire qu'à un caillot qui, dans la majorité des cas, peut et le plus souvent se trouve être abandonné à lui-même.

Mais il existe des cas, ainsi que je le démontrerai par la suite, où cette hémorrhagie dans le ligament large peut devenir un accident très sérieux, car si la poche constituée par les feuillets distendus vient à se rompre dans la cavité péritonéale, la pression qui avait amené l'hémostase cesse, l'écoulement sanguin continue, les deux variétés d'hémato-cèle coexistent et la malade succombe à l'hémorrhagie. Cette éventualité est non seulement possible, mais elle s'est réalisée dans un cas que je citerai tout à l'heure; elle a été le résultat de la *rupture secondaire* d'un sac de grossesse ectopique, situé dans le ligament large; la *rupture primaire* avait eu lieu à l'époque habituelle et elle s'était faite entre les feuillets du ligament. La rupture secondaire se produisit dans la cavité abdominale et elle fut fatale.

Je n'ai observé aucun cas de cette nature, mais *Bernutz* en a exactement décrit plusieurs. Il en est un entre autres, cité par *Goupil*, qui est un exemple parfait de ce que je crois absolument possible, quoique je ne l'aie pas vu, et pour cette raison je tiens à reproduire ici l'observation dans ses traits principaux.

S..., âgée de 32 ans, suppose être enceinte d'après un retard dans sa menstruation, et elle considère une métorrhagie actuelle comme un signe de fausse couche, quoiqu'elle n'ait remarqué aucunes traces d'œuf ou de membranes.

A son admission dans le service l'abdomen était distendu, très sensible à la pression, et sonore à la percussion. Le col était ouvert, l'utérus était quelque peu repoussé à gauche et en avant par une énorme tumeur, placée derrière lui. Le cul-de-sac postérieur était donc occupé par cette tumeur, qui remplissait entièrement le bassin et dont la fluctuation était parfaitement nette. Le diagnostic posé (et je le regarde comme un des plus brillants qui aient jamais été rapportés), fut celui de *tumeur sanguine intra et extra-péritonéale*, accompagnée probablement de grossesse extra-utérine. La malade alla de mal en pis et mourut le troisième jour après l'admission.

Si cette malade a succombé c'est qu'en 1855 M. *Nonat*, dans le service duquel elle était placée, n'était pas encore infecté

de *l'esprit agité et inquiet de la chirurgie émancipée* qui depuis 1878 a si grandement contribué à sauver les malades dans des cas analogues.

En tous cas le procès-verbal d'autopsie de cette observation donne une parfaite explication des faits. On trouva dans la cavité péritonéale trois à quatre verres de sang noir liquide et de caillots ; c'était l'hématoécèle intra-péritonéale, cause de la mort de la malade. Lorsque ceci fut enlevé, on découvrit une tumeur ovoïde, recouverte par le péritoine du ligament large. Elle paraissait être constituée par une masse sanguine. C'était l'hématoécèle extra-péritonéale. Au fond du cul-de-sac recto-utérin gauche, le péritoine formant le feuillet postérieur du ligament large présentait une perforation, qui faisait communiquer le cul-de-sac recto-vaginal et le tissu cellulaire séparant les deux feuillets du ligament large du côté gauche. À l'ouverture de la tumeur ovoïde on trouva un petit fœtus.

L'importance de cette observation ne doit pas être méconnue, car elle démontre, comme je le ferai voir par la suite, comment se produisent ces cas d'hématoécèle du ligament large. Elle nous montre de plus comment cette dernière variété peut devenir fatale en se rompant dans la cavité péritonéale, elle m'a enfin démontré comment trente-huit cas sur quarante pareils peuvent être sauvés de la mort. Elle prouve de plus, quoi que ceci ne soit peut-être pas tout à fait à sa place à propos de la discussion actuelle, que mes opinions sur l'origine tubaire de toutes les grossesses extra-utérines sont exactes.

Le seul autre cas de cette espèce, dont j'ai eu connaissance, est celui de *Duverney*, en 1712, mais la description en est très imparfaite. Ces deux faits sont les deux seuls exemples que j'aie trouvés, de la coïncidence des variétés d'hématoécèles intra et extra-péritonéales chez la même malade et les deux fois la combinaison était due à la rupture d'une grossesse ectopique, située dans le ligament large, ayant occasionné

une hémorrhagie dans le péritoine. Les deux cas furent mortels à cause de ce dernier accident.

J'ai vu des douzaines de cas d'hématoécèle du ligament large et je n'en ai jamais rencontré un seul, qui se soit terminé par la mort. Par contre j'ai vu environ quatre-vingt cas d'hématoécèle intra-péritonéale, tous se terminèrent par la mort, sauf ceux (à part deux exceptions) pour lesquels la laparotomie fut pratiquée dans le but de combattre ce terrible danger. Nous pouvons ainsi constater une différence sensible entre la terminaison des deux variétés de cas observés dans ma pratique.

Une fois la différence entre les deux variétés bien comprise, on pourra s'expliquer les divergences de vue entre les différents auteurs et toute confusion cessera d'elle-même.

**Hématoécèle extra-péritonéale.** — Je m'occuperai en premier lieu de l'hématoécèle extra-péritonéale, et citerai d'abord deux cas, qui indiqueront ses caractères propres et ses relations et qui de plus serviront d'exemples pour les cas qui peuvent réclamer une intervention chirurgicale.

C. T., âgée de 26 ans, avait été confiée à mes soins en décembre 1883 par le Dr *Faussett*, de Tamworth, pour une grosse tumeur ovarienne. J'opérai le 3 janvier 1884 et j'enlevai un kyste de l'ovaire gauche, pesant 14 livres. Il n'y avait aucune adhérence, le pédicule était long et mince et l'opération aussi facile qu'il est possible de l'imaginer. Une métrorrhagie survint vingt-quatre heures après l'opération, comme c'est souvent le cas, mais elle fut très abondante. Après avoir duré environ 12 heures, elle cessa subitement et dès lors la malade commença à ressentir de violentes douleurs. Ayant déjà vu très fréquemment cet accident se produire dans des circonstances toutes semblables, je reconnus de suite ce qui était survenu. J'examinai et je trouvai, comme je m'y attendais, une forte hématoécèle du ligament large gauche. La tumeur augmenta lentement de volume et bientôt on la sentit nettement au-dessus du bassin ; la malade souffrait beaucoup. Je constatai aussi que le rectum était complètement obstrué, ainsi que je l'avais déjà vu souvent auparavant, par un rétrécissement, causé par l'épanchement sanguin qui avait disséqué le péritoine tout autour du rectum. C'est un signe de l'hématoécèle du ligament large, que je n'ai trouvé indiqué chez aucun auteur, quoi qu'il soit d'une grande importance. Il ne peut se produire dans

les cas d'épanchement intra-péritonéal. Je ponctionnai l'hématocele par le vagin, et j'évacuai une grande quantité de sang noir, mais quatorze ou quinze heures après la poche était de nouveau remplie et la malade était exsangue. Je rouvris alors l'abdomen, j'incisai la cavité distendue du ligament large, je la vidai du sang liquide et des caillots; je l'épongeai avec de l'eau et du vinaigre, puis je fixai les bords de la poche au bord pariétal de l'incision et je plaçai un tube à drainage. La malade se rétablit rapidement.

Je désire simplement faire ressortir le fait, que cette seconde opération nous démontre absolument, que l'hémorragie s'était produite dans la cavité du ligament large et non pas dans la cavité abdominale, car tout le péritoine, recouvrant la tumeur sanguine, était libre d'adhérences et les rapports anatomiques de la région purent être relevés avec le plus grand soin, aussi facilement que si, au lieu d'une opération sur le vivant, nous eussions fait une constatation d'autopsie.

Dans le second cas il s'agissait d'une grossesse tubaire, qui, après s'être rompue dans le ligament large, avait fourni un épanchement sanguin si considérable qu'il causait l'obstruction complète du rectum par constriction annulaire.

Le diagnostic d'hématocele du ligament large était assez facile, mais je n'en pus découvrir le mécanisme, car la malade n'avait jamais cessé de voir ses règles régulièrement. Elle avait été mariée pendant 4 ans et n'était jamais devenue enceinte. Pendant qu'elle était occupée à quelque jeu de société, elle ressentit subitement une violente douleur dans le bassin et les symptômes s'aggravèrent si rapidement que, quatre heures après le début, elle était dans le collapsus. Je fus appelé près d'elle et je constatai la présence d'une grande tumeur ovoïde, bien limitée, tout à fait dure, au-dessus du niveau du bassin; son sommet était absolument immobile, car l'épanchement suivait tous les pourtours du péritoine pelvien et entourait complètement le rectum. Elle était de consistance si ferme, que je renonçai à la ponctionner, mais je me décidai à ouvrir l'abdomen, ce dont je n'eus qu'à m'applaudir. Le lendemain matin, je mis à exécution mon projet et j'enlevai de la cavité du ligament large environ deux livres de caillots sanguins et un fœtus avec son placenta âgé d'environ neuf semaines. J'épongeai la cavité avec du vinaigre et de l'eau, je réunis l'incision du ligament large aux bords pariétaux de l'incision abdominale, comme pour l'opération des abcès pelviens. La guérison fut obtenue promptement.

Ce dernier cas est la preuve que les grossesses tubaires, se rompant dans le ligament large (3<sup>e</sup> section de mon tableau schématique), peuvent parfois exiger une opération chirurgicale au moment de leur rupture primaire.

En parlant de la série des cas de *Nonat*, *Bernutz* rappelle que ces cinq cas comprennent une autopsie qui eut l'avantage de prouver la légitimité du diagnostic différentiel entre ce qu'il appelle l'hématocele vraie, *intra-péritonéale*, et l'hématocele fautive ou *extra-péritonéale*. Ces cinq observations, recueillies par *Nonat*, sont très importantes pour la question qui nous occupe, car, pour quatre de ces malades, des hématoceles extra-péritonéales furent diagnostiquées par cet éminent gynécologue et toutes elles guérirent, tandis que la malade pour laquelle il posa le diagnostic d'hématocele intra-péritonéale succomba et ainsi *Bernutz* profita d'un procès-verbal d'autopsie aussi complet qu'instructif. Rien ne prouve d'une manière plus satisfaisante la justesse de ce que je tiens à faire admettre, c'est-à-dire que ce sont les rapports anatomiques des deux variétés d'hémorragie qui constituent toutes leurs différences; actuellement, en faisant un examen très minutieux et soigneux, nous arrivons à faire le diagnostic différentiel, nous réussissons alors à sauver les malades et par ce fait nous apportons la confirmation de tout ce que *Bernutz* a dit il y a déjà plusieurs années.

**Causes de l'hématocele extra-péritonéale.** — Je ne connais que deux causes de l'hématocele extra-péritonéale, l'une est très commune, l'autre relativement rare. La première est l'arrêt subit d'une ménorrhagie, qui peut être soit la menstruation normale, soit la pseudo-menstruation qui survient si fréquemment après des opérations abdominales. Le premier des deux cas dont je viens de parler est un exemple typique de cet accident qui se présente si souvent après les opérations sur le ligament large et qui pour le chirurgien inexpérimenté est souvent une cause d'inquiétude et d'ennui. L'accident est

toujours indiqué par la douleur subite et souvent, par une sensation alarmante de défaillance, le pouls s'accélère toujours et souvent la température monte. A l'examen, on trouvera l'utérus fixé d'un côté, quelquefois des deux et tout ceci survient avec une telle rapidité que l'on peut écarter de suite l'idée d'un épanchement inflammatoire.

**Symptômes et caractères physiques de l'hématocele post-opératoire.** — Dans la majorité des cas l'accumulation sanguine n'est pas assez considérable pour être sentie au niveau du bassin; néanmoins quand l'hémorragie est très abondante on peut sentir à ce niveau une tumeur ronde et nettement limitée, donnant une sensation de fluctuation bien distincte. Cette limitation bien nette à la partie supérieure de la tumeur, la voussure de toute cette surface, l'épanchement sanguin autour du rectum et la forme concave toute particulière de la surface inférieure de la tumeur, tels sont les signes caractéristiques de l'hématocele extra-péritonéale.

Toute la masse est, en fait, analogue à un cône de gelée de forme irrégulière, ronde au-dessus et concave à sa base; et cette forme est uniformément réglée par les rapports du péritoine et du plancher du bassin. On peut sentir les angles de la masse s'effacer de haut en bas sur les parois du bassin, comme les retombées d'une voûte se terminent en mourant sur les chapiteaux et les colonnes qui la supportent. L'hématocele contenue dans la cavité du cul-de-sac rétro-utérin fait saillie dans le vagin comme une poche dilatée.

Je ne puis estimer exactement le nombre des hématoceles post-opératoires que j'ai observées, mais certainement il n'est pas inférieur à cinquante, et il est plus probablement d'environ soixante-dix à quatre-vingts; je ne me suis décidé à intervenir que pour le seul cas dont j'ai déjà raconté l'histoire. Chaque fois que j'ai diagnostiqué cette complication, la malade a guéri, et dans les autopsies qui ont été faites pour des malades opérées par moi, il n'est fait aucune mention de cette particularité,

d'où je puis conclure que c'est un accident dont le pronostic est le plus souvent bénin. Le seul inconvénient qu'il présente est de retarder la convalescence de dix ou quinze jours, cela n'a pas une importance majeure.

En dehors de ces accidents post-opératoires, l'hématocele *extra-péritonéale* est encore très commune et elle se produit par l'arrêt soudain de la menstruation ou d'une métrorrhagie. Les symptômes sont alors exactement ceux que j'ai décrits plus haut: douleur subite, sensation de défaillance dans les cas graves, augmentation du pouls et même élévation de la température.

Au toucher, on trouve l'utérus immobilisé, généralement repoussé en avant avec une tumeur pâteuse sur un des côtés et surtout en arrière; de plus si l'épanchement est volumineux on sentira la tumeur au niveau du bassin, distinctement limitée par le ligament large distendu; cette dernière condition constitue la différence essentielle pour le diagnostic entre les deux variétés d'hématocele.

Quand l'hémorragie s'est produite dans le péritoine, et qu'elle a été abondante, je n'ai jamais éprouvé la sensation d'une tumeur définie, située au-dessus du rebord pelvien; et pourtant j'ai actuellement une grande expérience de cas semblables, dans lesquels le diagnostic a été confirmé par l'opération ou par l'autopsie.

Les cas d'hémorragies dans le ligament large par arrêt subit ou du moins associées à un arrêt subit de la menstruation sont, ainsi que je l'ai déjà dit, très fréquents et je suis certain qu'un grand nombre de ceux-ci se produisent sans que les malades pensent à réclamer l'assistance du médecin et qu'elles ne s'en portent pas plus mal sans cela. Ainsi que je l'ai déjà dit, cet accident ne cause probablement jamais la mort par lui-même; et il ne devient fatal secondairement que lorsque la collection entre plus tard en suppuration et produit ainsi un abcès pelvien, complication longue et pénible.