

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.

L'hématoécèle extra-péritonéale peut provenir encore d'une autre cause, beaucoup plus rare, probablement le plus souvent fatale, et certainement beaucoup plus sérieuse, je veux dire la *rupture d'une grossesse tubaire*, arrivée environ à la douzième semaine de son existence, rupture se produisant dans la cavité du ligament large. Il est à présent admis, que le tableau de la pathologie de la grossesse extra-utérine, tel que je viens de le présenter en détail, explique la marche de ce curieux accident et nous allons nous en servir pour nous faciliter la compréhension de l'hématoécèle pelvienne.

Pour résumer en quelques mots ce que j'ai dit tout au long ailleurs, je répéterai que dans les conditions normales l'imprégnation ne peut et ne doit se faire que dans l'utérus. Aussi longtemps que l'épithélium cilié des trompes fonctionne normalement, les spermatozoïdes ne peuvent y pénétrer et les ovules ne peuvent adhérer aux parois tubaires. Mais au moment où l'ovule atteint la muqueuse utérine saine, infiltrée de spermatozoïdes, la fécondation peut se produire. La destruction de l'épithélium cilié des trompes par une salpingite desquamative ou par tout autre cause, transforme la muqueuse tubaire en un revêtement analogue à celui de l'utérus; cette modification rend alors possible l'entrée des spermatozoaires, l'imprégnation et l'adhérence de l'ovule et nous obtenons par ce fait la possibilité d'une grossesse tubaire. La trompe est alors distendue par l'ovule fécondé, qui grossit chaque jour et, comme elle n'est pas susceptible d'une distension indéfinie, il arrive un moment où elle doit nécessairement se rompre. Le point de la rupture semble être déterminé par le siège du placenta, car ce dernier en envoyant ses sinuosités dans les parois tubaires contribue beaucoup à les affaiblir.

En jetant un coup d'œil sur la coupe d'une trompe de Fallope, on verra de suite (fig. 59) qu'il existe deux parties dans cette section, qui, en devenant le siège de la rupture, donne-

ront toutes deux des résultats bien différents. L'une des deux est beaucoup moins étendue que l'autre; elle est située entre les feuillets du ligament large et constitue une sorte de toit à la cavité virtuelle comprise entre ces deux membranes. Si la rupture a lieu dans cette portion de la trompe, il est évident que l'hémorragie devra se faire dans la cavité du ligament large et qu'elle amènera la production d'une hématoécèle extra-péritonéale. Ainsi que je l'ai déjà prouvé par le cas de *Bernutz*, cet accident peut devenir mortel par une rupture secondaire de la poche, constituée par le ligament et par hémorragie consécutive dans la cavité péritonéale.

Néanmoins, je suis certain que la *grande majorité des cas* aboutissent à une guérison naturelle comme *hématoécèles extra-péritonéales*. L'œuf meurt et le tout est résorbé plus ou moins rapidement (4^e section de mon tableau schématique). Je suis absolument certain d'avoir observé plusieurs fois cette terminaison. Dans la *minorité des cas*, l'ovule n'est pas détruit, il continue son développement dans le ligament large et il donne alors lieu à la variété de grossesse ectopique connue sous le nom de *sous-péritonéo-pelvienne* de *Dezeimeris* (2^e section de mon tableau). J'ai rencontré dans ma pratique sept cas de cette espèce, que j'ai tous opérés; j'ai sauvé cinq fois les mères et trois fois les enfants. Tous les cas de cette espèce, dont j'ai connaissance, opérés à terme ou plus tard, peuvent facilement être expliqués par cette interprétation et ils deviennent alors très simples et compréhensibles, tandis qu'autrement ils seraient absolument inexplicables, tant au point de vue de la physiologie que de la pathologie. Le fœtus peut succomber à toute phase de son développement et même à terme, ou bien passer à l'état de lithopédion (variété 6 de mon tableau) ou bien encore arriver à la suppuration et être évacué dans différentes directions (variété 5 de mon tableau).

Nous arrivons donc à la conclusion que, sauf dans trois circonstances possibles, l'hématoécèle extra-péritonéale est un

accident relativement bénin. Ces trois éventualités graves produisent :

a) Lorsque survient une rupture secondaire de la poche et que l'hémorragie continue dans la cavité péritonéale;

b) Lorsque la grossesse extra-utérine continue à se développer;

c) Lorsque l'hématocele entre en suppuration; éventualité dont je veux parler tout de suite.

Hématocele suppurée. — Je ne pense pas que la suppuration de l'hématocele extra-péritonéale soit très fréquente; néanmoins j'en ai rencontré un assez grand nombre de cas. Étant donné la conduite que l'on tient ordinairement quand une hématocele se produit, et la rareté des indications d'intervenir dans les cas légers, il devient évidemment difficile, sinon impossible, de faire le diagnostic différentiel entre une hématocele suppurée et une autre affection quelconque du ligament large. Ainsi malgré les nombreuses assertions des auteurs, qui après une ponction par le vagin, procédé qui constitue d'ailleurs un traitement opératoire suffisant dans la majorité des cas, croient leur diagnostic assuré, nous pourrions avec raison leur présenter la critique que *Bernutz* adressait à *Nonat*: à savoir qu'une autopsie au moins serait nécessaire pour appuyer leurs assertions.

J'ai déjà fait observer qu'à cet égard la laparotomie donne des renseignements tout aussi satisfaisants que l'examen *post mortem*. Dans le soixante-troisième volume des *Transactions de la Société royale de médecine et de chirurgie*, j'ai publié une série de six cas pour lesquels, en raison de phénomènes graves, j'avais adopté la laparotomie comme moyen de traitement. Il s'agissait d'abcès pelviens, qui sans cela se seraient fait jour par les voies habituelles et auraient causé ces suppurations interminables si désastreuses pour l'avenir de la malade. Ces six cas étaient tous, à ce qu'il me parut alors, des suppurations produites *consécutivement à des hé-*

matocèles pelviennes et je fus confirmé dans cette manière de voir par le fait, qu'en lavant la cavité de ces abcès, j'enlevai une grande quantité d'anciens caillots, lamelleux et brisés. Sans aucun doute possible tous ces cas étaient des hématoèles extra-péritonéales.

Parmi ces derniers j'en choisirai seulement un comme exemple caractéristique; il éclaire la pathogénie de ces accidents et indique le traitement à suivre; l'histoire de cette malade est d'autant plus suggestive, que l'accident avait eu son origine dans une grossesse du ligament large.

La malade m'avait été envoyée par le Dr *Flynn*, de Birchills, actuellement à Kingstown, Dublin. Agée de 45 ans, elle n'avait jamais été enceinte, à part une fausse couche douteuse bientôt après son mariage, qui remontait à environ 19 ans. Huit mois avant que je visse cette dame, elle avait cessé d'avoir ses règles depuis trois mois, et il était survenu des symptômes ressemblant à ceux d'une hématocele.

Depuis cette époque elle avait maigri et perdu l'appétit, elle était éprouvée par une soif continuelle et des sueurs nocturnes, on constatait aussi une augmentation de la température vespérale.

L'utérus était fixé dans une masse occupant le ligament large gauche et en partie aussi celui de droite; à gauche, l'exsudat entourait le rectum et formait une véritable stricture de ce canal, comme cela se voit très souvent pour les hématoèles du ligament large gauche. En aucun point du bassin on ne sentait de fluctuation, mais les symptômes indiquaient nettement la présence du pus.

Je proposai d'ouvrir le ventre et me mis immédiatement d'accord sur ce point avec mon collègue. J'ouvris un large abcès, situé juste derrière le fond de la vessie; il siégeait principalement entre celle-ci et l'utérus, mais s'étendait jusque derrière le rectum. Sa base et sa paroi postérieure consistaient en anciens caillots sanguins lamelleux, de sorte que son origine était bien une hémorragie produite dans le ligament large. Je plaçai un tube à drainage en verre, qui le onzième jour après l'opération fut remplacé par un tube de Chassaignac. La malade se leva le vingt-cinquième jour et le drain fut définitivement enlevé le vingt-sixième jour. Elle reutra chez elle parfaitement bien le trentième jour, et est restée depuis lors en parfaite santé; il y a à présent huit ans.

Environ une trentaine de ces cas ont été opérés par moi et ont tous guéri. Je dis environ trente, car je ne puis affirmer que tous ces abcès pelviens aient été à l'origine des hémato-

cèles, ni estimer combien de ces cas étaient à l'origine des grossesses tubaires, s'étant rompues dans le ligament large; je pense cependant que plus de la moitié de ces cas ont eu ce point de départ. D'où je conclus que l'hémato-cèle extra-péritonéale, provenant d'une grossesse tubaire, quoique rarement fatale, peut avoir des conséquences sérieuses dans une grande proportion des cas.

Hémato-cèle intra-péritonéale. — J'ai déjà suffisamment indiqué combien l'hémato-cèle intra-péritonéale, provenant de la même cause, se comporte différemment. Le premier cas que je rencontrai de ce terrible accident se produisit dans des conditions particulièrement pénibles pour moi. Une jeune dame mariée, des plus charmantes et des plus brillantes, fille d'un écrivain connu partout où se parle la langue anglaise, épouse d'un de nos plus illustres chirurgiens, mourut après une très courte maladie. A l'autopsie on reconnut une grossesse tubaire rompue, qui avait été l'origine d'une hémato-cèle intra-péritonéale d'un volume énorme.

J'ai déjà parlé d'un autre cas qui eut une influence considérable sur ma propre pratique, et qui, je puis le dire, est également important dans l'histoire de la chirurgie, car c'est depuis cette époque que nous avons pu remplir les indications que *John Parry* avait si hardiment et si nettement présentées dans les citations que j'ai données tout à l'heure.

Fréquence de l'hémato-cèle intra-péritonéale. — Pendant les vingt années qui se sont écoulées, entre le cas que je viens de citer et la première de mes interventions dans les accidents de cette nature, j'ai vu au moins vingt-trois cas de cette espèce, de sorte que je puis confirmer entièrement ce que *Goupil* nous dit de sa fréquence. « L'hémato-cèle intra-pelvienne, dit-il (et par ce terme il entend l'hémato-cèle vraie ou intra-péritonéale), est si fréquente que j'ai pu en réunir quarante-deux cas, qui tous sont irréfutables comme diagnostic ».

Il divise les causes de ces accidents en plusieurs catégories:

1. — Hémorrhagie causée par la rupture de dilatations veineuses utéro-ovariennes.
2. — Hémorrhagie par la rupture de l'ovaire.
3. — Hémorrhagie due à la rupture de la trompe de Fallope.
4. — Hémorrhagie par la rupture de la poche fœtale elle-même (et suivant lui le plus grand nombre des cas rentre dans cette catégorie).
5. — Hémorrhagie dans la poche fœtale.

Il est probable que *Goupil* réunirait actuellement ses trois derniers groupes en un seul, c'est du moins ce qu'il devrait faire. Il dit ailleurs que les grossesses tubaires rompues sont très fréquentes. D'après *Nonat*, *Baudelocque* en aurait vu cinq exemples dans l'espace de trois mois, et je puis affirmer que quiconque fera des recherches dans notre littérature périodique trouvera de nombreuses observations. Comme argument contre la prétendue rareté de cet accident, indiquée dans les traités, je citerai encore le fait que, entre janvier 1883 et juillet 1888 j'ai opéré trente-neuf cas, et j'ai réussi à sauver trente-sept fois les malades; nous voilà loin de l'ancienne pratique qui consistait à laisser mourir les malades sans intervention, et en effet je n'ai jamais vu guérir un cas de rupture suspecte, ou dans lequel on pût supposer une hémorrhagie intra-péritonéale, lorsque l'accident était abandonné à lui-même.

Causes de l'hémato-cèle intra-péritonéale. — Quant aux causes d'hémorrhagie intra-péritonéale, mon expérience personnelle ne me permet d'en reconnaître que deux; la première, de beaucoup la plus commune, est la rupture d'une grossesse tubaire.

La seconde peut consister en la rupture de quelque adhérence ou d'une ligature mal faite au cours d'une laparotomie. C'est ainsi qu'il m'arriva une fois de perdre au bout de quatre jours une malade chez laquelle j'avais lié le pédicule d'une tumeur ovarienne; l'autopsie me fit reconnaître une