

culaires, demeurant moins volumineuses que les kystes mucoïdes;

3° *Minceur de leurs parois.* — La paroi est mince, comprenant une couche externe conjonctive et un épithélium interne, ordinairement cylindrique, parfois à cils vibratiles;

4° *Contenu.* — Le contenu est habituellement un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, alcalin, ne contenant pas d'albumine et ne précipitant pas par la chaleur. Mais, à côté de ces kystes parovariens hyalins, il y a des kystes papillaires, végétants, qui contiennent un liquide visqueux plus ou moins hématique.

Symptomatologie. — Les kystes parovariens à évolution pelvienne sont la majorité. Aussi leur symptomatologie ordinaire est-elle celle des kystes intra-pelviens : au toucher vaginal, on trouve l'utérus dévié du côté de la tumeur, celle-ci faisant saillie rénitente et indolente dans un des culs-de-sac; avec le palper combiné, on se rend compte que la tumeur est peu mobile, indépendante de l'utérus. — Quand le kyste évolue vers l'abdomen, il est presque impossible de le diagnostiquer d'un kyste ovarien ordinaire : seule sa moindre mobilité, son développement unilatéral prédominant, sa plus superficielle fluctuation, la limpidité aqueuse du liquide aspiré par la ponction sont des caractères à consulter.

Traitement. — La ponction a pu guérir ces kystes. Mais le traitement de choix est l'ovariotomie abdominale et la décortication des tumeurs incluses.

CHAPITRE V

HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES

ET HÉMATOCÈLES PELVIENNES

Définition. — Il est deux types cliniques d'hémorragies internes qui se rattachent à l'évolution anormale d'une grossesse ectopique : 1° une forme diffuse, où le sang s'épanche dans la cavité péritonéale libre; 2° une forme enkystée, où l'épanchement sanguin, presque toujours amassé en caillots noirs, est enkysté, par des néomembranes, dans le péritoine pelvien, presque toujours dans le cul-de-sac de Douglas.

Les hémorragies du premier type, par leur abondance, par leur non-limitation, par leur brusque gravité, ont une terminaison promptement mortelle : c'est l'*hématocele cataclysmique de BARNES*, terme impropre, puisqu'il n'y a pas formation de tumeur vraie.

La seconde forme prend, par son enkystement, une symptomatologie spéciale : le sang collecté et les adhérences qui le cloisonnent constituent une véritable tumeur, occupant habituellement le Douglas; c'est l'*hématocele pelvienne*, hématocele rétro-utérine de NÉLATON, dénomination qui correspond à son siège de prédilection, mais qui n'est point constamment valable puisqu'il y a des hématoceles anté-utérines.

Étiologie et pathogénie. — Un fait étiologique commun rapproche ces deux formes de l'hémorragie, malgré leur apparente dissemblance : toutes deux sont des accidents de la grossesse ectopique; toutes deux résultent ordinairement d'une rupture de la trompe gravide ou d'un avortement tubaire. Voilà une notion simple et nette : GAILLARD l'avait pressentie, mais c'est surtout LAWSON-TAIT qui, dans une série de commu-

nications retentissantes, l'a établie il y a une quinzaine d'années. Ainsi se trouve simplifié ce chapitre autrefois encombré de discussions pathogéniques.

D'où vient l'hémorragie? — De varices utéro-ovariennes rompues, disait RICHET; d'hémorragies ovariennes, soutenait HUGUIER; d'un reflux du sang menstruel dans le péritoine, à travers les trompes, selon la conception de GUÉRIN; d'une pachypéritonite hémorragique avec rupture des vaisseaux de nouvelle formation, selon la théorie de BERNUTZ.

En réalité, la rupture des plexus variqueux utéro-ovariens n'a jamais été observée; le reflux du sang menstruel est invraisemblable; les apoplexies ovariennes ne peuvent constituer que des tumeurs de médiocre volume; et quant aux rapports de la péritonite et de l'épanchement sanguin, ils ont été établis d'une façon inverse à la doctrine de BERNUTZ: l'inflammation péritonéale n'est pas la cause de l'hémorragie; elle traduit, au contraire, la réaction secondaire de la séreuse qui, par ses néomembranes, cloisonne l'épanchement sanguin.

Comment une grossesse tubaire entraîne-t-elle l'hémorragie et l'hématocèle? — Le mécanisme, comme le résume CESTAN, peut en être schématiquement formulé en quelques mots. « La trompe est mal disposée par sa faible vascularisation et sa frêle musculature pour le développement de l'œuf et du placenta. Il résulte de son insuffisance vasculaire que l'œuf ne trouve pas assez à vivre dans les vaisseaux de la trompe, malgré une augmentation de leur nombre et de leur calibre; les villosités ectoplacentaires sont rares et grêles et la placentation tubaire reste toujours insuffisante. L'embryon se développe mal; le plus souvent, il meurt, puis se résorbe. Lui mort, les villosités s'atrophient, deviennent myxomateuses, débouchent les lacs sanguins maternels qu'elles n'oblitérent d'ailleurs jamais complètement, et des hémorragies interstitielles se glissent en nappe entre le placenta et la paroi de la trompe, accentuant le décollement de l'œuf.

D'un autre côté, il résulte de l'insuffisance musculaire de la trompe que ses fibres lisses ne sauraient s'hypertrophier comme celles de l'utérus et que l'organe ne se laisse distendre qu'aux

dépens de l'épaisseur de ses parois, amincies par distension mécanique, usées surtout par les villosités du placenta fœtal qui les vrillent et les perforent, en quête du sang maternel. »

Donc, un œuf qui se développe mal, étant insuffisamment nourri et qui est décollé par les hémorragies interstitielles; une trompe distendue dont la résistance est très affaiblie, surtout

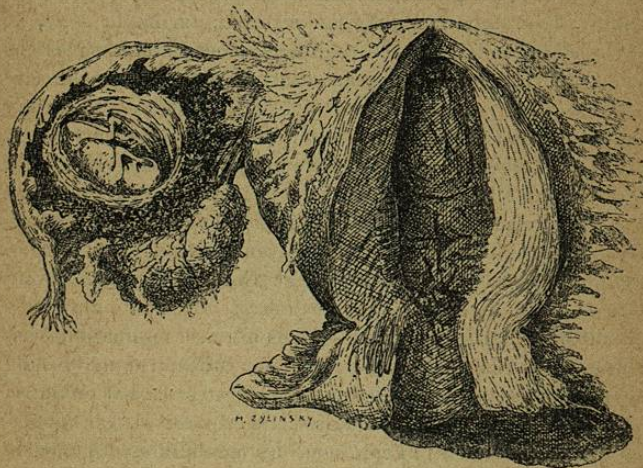


Fig. 301.

Grossesse tubaire avec rupture de la trompe (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

au niveau de l'insertion placentaire: voilà deux conditions qui vont provoquer, généralement avant la douzième ou quatorzième semaine, la terminaison prématurée de la grossesse ectopique par l'un ou l'autre des trois modes suivants: l'hémato-salpinx, l'avortement tubaire, la rupture tubaire.

Dans l'hémato-salpinx, complication précoce et relativement bénigne, la trompe résiste, l'œuf se résorbe et l'hémorragie se limite au sac. — Quand l'œuf décollé est entraîné avec le sang hors de la trompe non rompue, on dit qu'il y a avortement tubaire. Si l'œuf est expulsé par l'orifice utérin, c'est la variété

tubo-utérine; si l'expulsion se fait par le pavillon, c'est la variété *tubo-péritonéale*, qui s'observe tout à fait au début de la grossesse et peut devenir l'origine d'une hématocele. — Troisième terminaison, la plus fréquente et la plus grave : c'est la *rupture tubaire*. Un effort, un choc, une chute, un coit, un simple mouvement suffisent à rompre les parois tubaires amincies, altérées; et c'est surtout au niveau de l'insertion placentaire, point faible de la paroi, que cette déchirure se produit. La trompe rompue, son contenu, formé de sang, de débris embryonnaires, de fragments placentaires, s'épanche dans le péritoine : l'hémorragie intra-abdominale peut être assez brusque, assez abondante et assez diffuse pour entraîner une mort rapide; si, au contraire, la déchirure pariétale est petite, si la rupture ne se complète qu'en plusieurs poussées, il se forme préalablement, autour de la trompe en travail, une zone d'adhérences, accolant l'intestin et l'épiploon aux parois pelviennes, et l'épanchement sanguin rencontre, condition propice au cloisonnement, un foyer limité par des néomembranes.

Anatomie pathologique. — Dans le cas d'inondation péritonéale *diffuse*, le bassin est rempli de caillots mous, le sang s'épanche dans tout l'abdomen. Les *épanchements enkystés*, occupent ordinairement le Douglas : l'utérus est alors rejeté en avant, il se forme entre l'épiploon, les anses intestinales et le fond utérin un dôme d'adhérences limitant la collection rétro-utérine; celle-ci est formée par un liquide noirâtre, poisseux, de teinte sépia, avec des coagula. Dans quelques cas, c'est dans le cul-de-sac vésico-utérin que se fait l'enkystement de cet hématome.

Symptômes et diagnostic. — Il est des cas d'inondation péritonéales qui sont foudroyants. Une femme a senti brusquement, dans le bas-ventre, une douleur atroce, d'une violence extrême; en même temps elle pâlit, tombe en syncope; le pouls est petit, fuyant; une sueur froide couvre la face; c'est le tableau d'une abondante hémorragie interne; la femme succombe en quelques minutes ou en quelques heures. Mais cette forme cataclysmique est rare. — Dans d'autres cas, après un

premier ictus hémorragique, la malade a repris connaissance, le pouls se remonte, mais la face reste pâle et les pulsations sont rapides; il faut craindre alors une deuxième ou une troisième crise qui peuvent, en deux ou trois jours, enlever la malade. La surveillance de ces formes doit être très attentive; il faut consulter l'état du pouls, l'étendue de la matité à l'hypogastre et agir sans retard.

Ordinairement, le début est moins soudain, l'évolution moins précipitée. Une femme a eu une suspension de règles il y a deux ou trois mois; elle a présenté quelques troubles gastriques, de la congestion des seins, une aréole pigmentée. Elle a souffert de quelques douleurs pelviennes. Parfois elle a présenté des pertes caractéristiques d'un sang rouillé, brun chocolat; ces pertes, quelquefois, se sont accompagnées de l'expulsion d'une caduque, mais ce rejet peut passer inaperçu. Ces pertes et ces douleurs sont des signes d'avertissement; ils révèlent le décollement placentaire et la distension de la trompe. La rupture tubaire se produit; les signes d'hémorragie se montrent, avec une moindre intensité que dans les formes précédentes. Le choc initial se dissipe; la douleur diminue; les vomissements, liés à la réaction péritonéale, s'arrêtent; le pouls devient plus rapide et plus fort; la défense musculaire de la paroi s'atténue et, au bout de quelques jours, le ventre, plus souple, peut être exploré par le palper bi-manuel. On trouve alors, par la palpation et la percussion, une tuméfaction remontant plus ou moins haut dans les fosses iliaques. Le toucher vaginal trouve le cul-de-sac postérieur distendu, d'abord très rénitent, plus tard dépressible; le col est repoussé en avant, contre la symphyse. Les destinées de cette hématocele enkystée sont variables: dans quelques cas, elle se résorbe; plus souvent, elle s'infecte, l'état général s'altère, la fièvre à oscillations quotidiennes s'allume.

Traitement. — Dans les cas d'hémorragies menaçantes, il faut pratiquer d'urgence la laparotomie, en position déclive; se porter rapidement vers les annexes saignantes; pincer d'un côté la corne utérine, de l'autre le pédicule utéro-ovarien; enlever le sang et les caillots et, si possible, extirper le kyste fœtal — ou

le tamponner à la Mikulicz si on ne peut l'enlever. — Dans l'hématocèle rétro-utérine, on peut intervenir, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. Cette dernière nous paraît le procédé de choix : l'incision large du cul-de-sac postérieur (fig. 287) permet le drainage de la poche au point déclive; elle est plus bénigne que la laparotomie et, dans l'hématocèle suppurée, sa sécurité est incontestable.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME II

PREMIÈRE PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU CRÂNE

CHAPITRE PREMIER. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

ARTICLE I. — Lésions traumatiques des parties molles et des téguments du crâne.	1
1 ^o Contusions (bosses sanguines).	1
2 ^o Plaies.	2
I. Piqûres	2
II. Coupures	2
III. Plaies contuses.	3
ARTICLE II. — Lésions traumatiques des os du crâne. Fractures du crâne	4
Définition	4
Étiologie générale	4
1 ^o Fractures limitées à la voûte.	6
Variétés anatomiques	6
Mécanisme	7
2 ^o Fractures de la voûte irradiées à la base.	9
Mécanisme	9
Variétés anatomiques	10
3 ^o Fractures limitées à la base.	13
Mécanisme et variétés anatomiques	13
Symptômes et diagnostic des fractures du crâne	17
1 ^o Fractures de la voûte.	18
2 ^o Fractures de la base	19