

Symptômes.

Les **symptômes** sont les mêmes que ceux d'une salpingite non tuberculeuse, et l'on doit faire, le plus souvent, le diagnostic de probabilité par exclusion de toute autre cause, en tenant compte des antécédents héréditaires et des manifestations qui peuvent exister dans les poumons. On a donné comme caractéristique la disposition noueuse de la tumeur salpingienne et la fréquence des poussées aiguës de pelvi-péritonite : elles n'ont cependant rien de spécial, car on les rencontre dans tous les pyo-salpinx.

Traitement.

Au point de vue du **traitement**, il faut distinguer deux conditions distinctes, selon qu'il existe ou non une tuberculose pulmonaire.

Si les poumons sont sains, on tâchera de faire l'extirpation complète des deux trompes et des ovaires par la laparotomie. Si la femme est phthisique, on se bornera à des palliatifs. De ce nombre sera l'ouverture du foyer par la voie vaginale ou abdominale et sa soigneuse désinfection, à l'aide du tamponnement à la gaze iodoformée.

S'il n'y a que des lésions pulmonaires de peu d'intensité, le chirurgien se conduira d'après des considérations analogues à celles qui le guideraient, s'il s'agissait de tout autre foyer de tuberculose locale.

Hegar conseille d'intervenir dans la tuberculose primitive, dès que le diagnostic a pu être posé, surtout quand le processus ne paraît pas devoir se limiter. Dans la tuberculose secondaire, on interviendra si, l'état des poumons restant stationnaire, la lésion génitale tend à s'aggraver. La péritonite tuberculeuse n'est pas une contre-indication : on a vu, au contraire, la laparotomie avoir sur elle la plus heureuse influence¹.

En 1886, Hegar avait observé 1 mort sur 6 opérées. Les résultats éloignés paraissent satisfaisants. Une femme, opérée depuis 5 ans, se trouvait en assez bon état, quoiqu'elle eût eu une rechute; une autre avait eu, 4 mois après l'opération, une pleurésie grave, mais s'est tout à fait rétablie, et est restée guérie depuis un an. Les autres malades étaient opérées depuis trop peu de temps pour que le résultat pût être rapporté. Terrillon a eu, également, plusieurs succès encourageants.

¹ F. SCHWARZ. *Wien. med. Woch.*, 1887, nos 15-16, p. 585 et suiv.

LIVRE XII

HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRA ET EXTRA-PÉRITONÉALE.

Définition. Division. — I. Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. — Synonymie. Aperçu historique. — Étiologie. — Pathogénie : rupture variqueuse; troubles de l'ovulation; reflux par les trompes; apoplexie ovarienne; pachypéritonite; grossesse extra-utérine rompue. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. Incision vaginale. Laparotomie sous-péritonéale. Laparotomie trans-péritonéale. — II. Hématocèle extra-péritonéale. — Synonymie. — Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

Définition. Division. — L'épanchement de sang, l'**hémorragie intra-pelvienne**, ne doit pas être confondue avec l'**hématocèle**. Ce mot, qui a une signification à la fois anatomique et clinique, doit être réservé aux collections sanguines enkystées. Ainsi que je le dirai, l'effusion sanguine ne revêt un pareil caractère que dans des conditions pathogéniques spéciales qui assurent à la lésion une longue durée et en font, dès lors, une entité morbide distincte¹.

Le sang épanché peut occuper deux sièges différents :

1° Dans l'intérieur du péritoine, généralement en arrière de l'utérus : c'est l'**hématocèle intra-péritonéale**, la première dont l'histoire clinique a nettement été tracée.

2° Au-dessous de la séreuse, dans les ligaments larges et jusque dans le tissu cellulaire péri-vaginal : il y forme de véritables **thrombus**, et c'est sous ce nom que les anciens auteurs² avaient désigné la lésion. Le nom d'**hématocèle extra-péritonéale**³ est, assurément, moins juste que celui d'**hématome**⁴; mais il a été consacré par l'usage.

¹ Ainsi, l'épanchement sanguin qui se fait souvent par le pédicule mal lié d'un kyste ovarique (SPENCER WELLS) ne mérite pas le nom d'hématocèle. Cet écoulement intra-péritonéal donne lieu à quelques troubles, mais se résorbe, sans former de tumeur.

² DENEUX. *Thrombus des ligaments larges*. Paris, 1855.

³ HUGUIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, mai 1851, t. II, p. 141.

⁴ J. KUHN. *Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder, etc.*, Zurich, 1874. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.

Hématocèle pelvienne intra-péritonéale.

Synonymie.

Synonymie. — *Hématocèle rétro-utérine* (Nélaton), *péri-utérine* (Gallard), *pelvienne* (Mac-Clintock), *péri-hystérique* (Trousseau), *utérine* (Bernutz), *circum-utérine* (de Sinéty); telles sont les dénominations diverses sous lesquelles on a tour à tour désigné cette affection. J'adopte le nom d'hématocèle pelvienne, qui est le plus compréhensif et correspond à la totalité des faits; mais il faut avouer que celui qu'avait choisi Nélaton¹ (hématocèle rétro-utérine) s'applique à la variété clinique de beaucoup la plus fréquente.

Aperçu historique.

Aperçu historique. — On attribue, avec justice, à Nélaton l'honneur d'avoir le premier inscrit cette maladie dans le cadre nosologique, grâce à la description magistrale qu'il en a donnée d'emblée. Ce n'est pas diminuer son mérite que de signaler les notions de Ruysch sur le passage du sang dans le péritoine, de Bourdon² sur les signes physiques des tumeurs hématiques, déjà vaguement indiqués par son maître Récamier³, de Velpeau⁴ qui paraît en avoir fait le diagnostic, sans se prononcer sur son siège exact. On doit une mention toute spéciale aux travaux de Bernutz⁵, qui avait esquissé avec sagacité un grand nombre des traits dont Nélaton devait plus tard composer son tableau. Il faut, ensuite, citer les importants travaux de Huguier, Puech, A. Voisin, Trousseau, Laugier, Gallard, Besnier, Poncet, Mac-Clintock, Barnes, Schröder, Olshausen, Bandl, etc., sur la plupart desquels j'aurai l'occasion de revenir⁶. On le voit, malgré de consciencieuses recherches faites à l'étranger, ce sont surtout des noms français qu'éveille cette maladie qui a été, on peut le dire, édifiée de toutes pièces dans notre pays.

¹ NÉLATON. *Gaz. des Hôp.*, 1851, p. 575, 578 et 581; — 1852, n° 12, p. 45, et n° 17, p. 66; — 1853, n° 100, p. 403. — VIGUÈS (élève de NÉLATON). *Des tumeurs sanguines*, etc. Thèse de Paris, 1850.

² BOURDON. *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue méd.*, juill., août, sept. 1841, t. III, p. 5, 161 et 521).

³ RÉCAMIER. *Gaz. des Hôp.*, 1851, p. 95.

⁴ VELPEAU. *Annal. de la chir. franç. et étrang.*, 1845, t. VII, p. 450.

⁵ BERNUTZ. *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Arch. gén. de méd.*, juin, août, déc. 1848, 4^e sér., t. XVII, p. 129, 455 et t. XVIII, p. 405 et fév. 1849, t. XIX, p. 186). Dans une note de sa *Clinique médicale*, 1860, t. I, p. 547, BERNUTZ proteste contre l'injustice qui a fait trop souvent oublier son nom. — ALPH. GUÉRIN (*Leçons clin. sur les mal. des org. gén. internes de la femme*, 1878, p. 440) s'est très énergiquement associé à réparer cette omission.

⁶ Voici l'indication des travaux importants dont on ne trouvera pas plus loin la mention : MAC-CLINTOCK *Diseases of women*, Dublin, 1865. — SCHRÖDER. *Berl. klin. Woch.*, 1868, n° 4 et 5, p. 56 et 46. — OLSHAUSEN. *Arch. f. Gyn.*, 1870, Bd. V, p. 24. — R. BARNES. *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1876. — PONCET. *De l'hématocèle péri-utérine*. Thèse d'agrég., Paris, 1877. — L. BANDL. *Die Krankheiten der Tuben.*, etc. (*Deutsche Chir.*, Lief. 59, Stuttgart, 1886, p. 186).

Étiologie. Pathogénie.

Étiologie. Pathogénie. — L'épanchement de sang dans la cavité pelvienne est probablement assez fréquent. Il n'est guère douteux que les trompes, au moment des règles, ne soient le siège d'une exhalation sanguine analogue à celle de l'utérus. Bien des désordres observés à cette période sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement, sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine, où il se résorbe rapidement¹. On sait par de nombreuses expériences physiologiques, ainsi que par l'observation de ce qui se passe dans nombre de laparotomies, avec quelle facilité le sang peut disparaître quand le péritoine est sain. Mais la séreuse est-elle altérée ou détruite, ce pouvoir de résorption disparaît aussitôt : de là vient la nécessité du drainage dans nombre de laparotomies; telle est, sans doute aussi, l'explication des hématocèles. En effet, si, comme cela a lieu après la rupture d'une grossesse extra-utérine tubaire, le sang, épanché en très grande quantité, tarde à se résorber, les caillots qui se forment jouent le rôle de corps étrangers; alors le péritoine s'altère, et mettant en jeu ses procédés ordinaires de défense, tend à séquestrer cette cause d'irritation par la formation de fausses membranes périphériques². Le sang, ainsi emprisonné, subit dans cette poche adventice un lent travail de désintégration moléculaire; parfois même, il pourra, sous des influences septiques, sans doute venues par la voie tubaire, se décomposer et se mélanger de pus.

Que si le sang d'une salpingorrhagie intra-péritonéale s'épanche lentement et en quantité relativement faible, il faut qu'une condition antérieure s'oppose à sa résorption, et cette condition préexistante est l'inflammation de la séreuse pelvienne autour des trompes malades qui, elles-mêmes, ont été la source de l'hémorragie. Cette origine est démontrée par nombre d'autopsies et d'exams pratiques durant la laparotomie. F. Imlach³ rapporte que, dans quinze laparotomies pour hématocèle, il a trouvé les deux trompes distendues par du sang noir, épais, exactement semblable à celui qui s'était épanché dans l'abdomen. Or, il est impossible d'admettre une grossesse tubaire quand la lésion des trompes est bilatérale et le reflux du sang de l'abdomen dans les trompes est également insoutenable. E. Sinclair Stevenson⁴, d'après des pièces provenant d'une extirpation d'annexes, croit aussi que le rétrécissement de la trompe enflammée peut causer des hémorragies dans le péritoine, au moment des règles.

¹ L'hémorragie tubaire comme cause d'hématocèle pelvienne a été d'abord signalée par PAUL FERNELY (élève de NÉLATON), *De l'hématocèle rétro-utérine*, Thèse de Paris, 1855, p. 27.

² PUECH. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 268, et t. IV, p. 59 et 120.

³ FRÉD. IMLACH. *Brit. med. Journ.*, 1886, t. I, p. 559.

⁴ E. SINCLAIR STEVENSON. *Edinb. med. Journ.*, mars 1888, t. XXXIII, 2^e part. p. 809.

L'inflammation de la trompe prépare d'avance l'enkystement du foyer, en provoquant autour du pavillon des fausses membranes dont on retrouve les vestiges dans les cloisonnements de la poche. Les petites poussées de péritonite pelvienne, à répétition et à rechutes, sont signalées au début de presque toutes les observations.

L'origine ordinaire des grands épanchements sanguins est, sans doute, la rupture précoce d'une **grossesse extra-utérine tubaire**. Je renvoie au chapitre relatif à cette dernière pour de plus longs développements; je me borne à indiquer que cette rupture se fait souvent en plusieurs temps, par poussées successives. Quant aux hémato-cèles à développement surnois et progressif, elles sont, probablement, le fait de véritables **salpingorrhagies intra-péritonéales** et supposent une **salpingite** antérieure.

Cette question pathogénique a été et reste encore très contestée. Je passerai en revue les théories qui ont été successivement avancées. Toutes l'ont été à l'exclusion des autres, et cependant il est fort probable qu'à chacune correspond une certaine série de faits: un seul facteur est constant, c'est l'imperméabilité du péritoine pelvien, primitive ou consécutive, par suite d'une inflammation péri-salpingienne antérieure, ou de l'abondance même de l'épanchement qui amène l'altération de la séreuse due à son contact prolongé et à une sorte d'imbibition permanente.

Rupture variqueuse.

Rupture variqueuse. — La rupture des varices du plexus veineux utéro-ovarien, signalée dès 1854 par Ollivier (d'Angers), a été surtout remise en honneur par le professeur Richet. L'hématocèle qui se produit pendant le cours d'une grossesse tubaire peut provenir non de la rupture de l'œuf, mais de celle d'une veine dilatée du ligament large. J'ai observé un exemple de ce fait. L'excès de pression qui succède à la ligature des vaisseaux tubo-ovariens après la salpingotomie, occasionne parfois une rupture intra-ligamentaire des veines, sous l'influence d'efforts médiocres ou simplement au moment de la congestion qui correspond à l'époque des règles. Winckel a démontré que des phlébolithes contenues dans les veines variqueuses peuvent ulcérer leurs parois du côté du péritoine, comme vers l'intérieur des ligaments larges¹.

Troubles de l'ovulation.

Troubles de l'ovulation. — Cette théorie rattache la production de l'hématocèle à un trouble mal défini de l'ovulation; la trompe ne se trouvant pas exactement appliquée sur l'ovaire au moment de la ponte, du sang s'épancherait dans le péritoine². Pour Gallard³, il y

¹ F. WINCKEL. *Lehrbuch der Frauenkr.*, 2^e édit., 1892, p. 719.

² LENOIR. *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1851, t. II, p. 155. — NÉLATON. *Gaz. des Hôp.*, 11-15 déc. 1851, p. 573, et fév. 1852, p. 66. — S. LAUGIER. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, fév. 1855, t. XL, p. 455.

³ GALLARD. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1858, p. 157, et *Gaz. heb.*, 25 juin 1858, p. 160.

aurait dans tous les cas d'hématocèle une ponte extra-utérine, que l'ovule soit fécondé ou non.

Reflux par les trompes. — La plupart des auteurs anciens nient que la trompe elle-même prenne part à l'hémorragie cataméniale: mais on a admis la possibilité du reflux du sang venu de l'utérus, au moment des règles et sous une influence perturbatrice quelconque. Bernutz, qui admet des hémato-cèles symptomatiques de l'excrétion cataméniale, s'appuie sur l'autorité de Ruysch et de Haller. Alph. Guérin¹ avance que le trouble menstruel qui se produit dans la dysménorrhée membraneuse est de nature à provoquer l'épanchement de sang dans le péritoine. « La membrane muqueuse de l'utérus qui se gonfle pendant la menstruation, dit-il, remplit toute la cavité utérine. Quand la crise menstruelle doit se terminer par l'exfoliation et le rejet de cette membrane, la turgescence ne s'oppose pas à l'hémorragie, elle met seulement obstacle à l'écoulement du sang par le vagin. Or, quand la membrane muqueuse se détache de la couche sous-jacente, elle fait un bouchon qui, pendant un certain temps, ferme hermétiquement le col de l'utérus, tandis que l'orifice des trompes est ouvert. » Les contractions utérines suffiraient alors à expulser dans la cavité du péritoine, à travers l'*ostium abdominale*, tout le sang contenu dans la matrice. Guérin cite à l'appui de cette thèse une observation de dysménorrhée membraneuse compliquée d'hématocèle, et prétend en avoir vu beaucoup d'autres exemples. Ces faits n'ont rien que de très naturel, si l'on se souvient que la dysménorrhée membraneuse est due, en somme, à un processus d'endométrite aiguë, qui peut coïncider avec une salpingite hémorragique.

Reflux par les trompes.

Apoplexie ovarienne. — La dégénérescence microkystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune, sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture peut donner lieu à un épanchement de sang dans le péritoine².

Apoplexie ovarienne.

Pachypéritonite. — On sait que les hémorragies méningées sont dues à la rupture des vaisseaux dilatés et friables des fausses membranes d'une pachyméningite antérieure. Ce fait intéressant de pathologie générale a été mis en lumière d'abord par Dolbeau³, puis par Virchow⁴, qui passe généralement pour son unique auteur. Un même processus ne pourrait-il pas expliquer la formation des hémato-cèles? Il était naturel d'y songer, en présence des fausses membranes dues

Pachypéritonite.

¹ A. GUÉRIN. *Leçons clin. sur les maladies des organes génitaux de la femme*, p. 459, (15^e leçon).

² E. BECKEL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79. — ROLLIN. *Ann. de Gyn.*, 1889, t. XXXII, p. 534.

³ DOLBEAU. *Gaz. des Hôp.*, 1860, n^o 55, p. 158 (feuilleton).

⁴ VIRCHOW. *Die Krankh. Geschwülste*, 1865, Bd. I, p. 150.

à la pelvi-péritonite. Ferber¹, Besnier² et Bernutz³ ont développé cette théorie, dont on a certainement abusé.

Grossesse extra-
utérine rompue.

Grossesse extra-utérine rompue — Huguier a donné aux faits de cette nature le nom de *pseudo-hématocèles*. Si la rupture s'accompagne d'une hémorrhagie considérable et entraîne la mort subite, on ne pourrait légitimement, en effet, lui donner le nom d'hématocèle. Mais pourquoi le lui refuser, si l'épanchement sanguin est circonscrit et s'enkyste? Il est même probable que ces faits sont plus fréquents qu'on ne le suppose⁴, et qu'il en est des avortements intra-péritonéaux, si l'on peut ainsi dire, comme des fausses couches par les voies naturelles, si souvent méconnues quand l'accident a lieu dans les premières semaines de la conception.

Aux conditions pathogéniques précédentes il faut ajouter que toutes les **maladies générales** qui provoquent les hémorrhagies peuvent être une cause d'épanchement sanguin dans le péritoine. Mais ce serait singulièrement abuser du mot *hématocèle* que de désigner sous ce nom les effusions sanguines qu'on rencontre dans le petit bassin en cas de scorbut, d'ictère grave, d'empoisonnement par le phosphore, etc.

Je ne dois pas cependant omettre de signaler, à propos de l'étiologie, l'influence de la **menstruation**, comme cause déterminante. C'est le plus souvent au moment des règles que se montre l'hématocèle, et cela se conçoit en raison de l'état congestif des organes pelviens à ce moment. Toute cause qui vient alors exagérer l'érethisme normal, fatigue, secousse, coït, etc., agit dans le même sens.

En résumé, et sans refuser aux nombreuses causes qui ont été énumérées une part quelconque dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale, on peut affirmer que la très grande majorité des faits a pour origine une lésion tubaire : salpingite hémorrhagique avec péri-salpingite pour les hématocèles à marche progressive et à volume moyen ; kyste fœtal pour les hématocèles très abondantes et à apparition subite, *cataclysmique* (Barnes).

Anatomie patho-
logique.

Anatomie pathologique. — La *tumeur* siège ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, qui est le point le plus déclive du bassin : de là, le nom d'hématocèle **rétro-utérine** qu'avait choisi Nélaton. Cependant il peut arriver que ce cul-de-sac ait été oblitéré par un travail

¹ FERBER. *Schmidt's Jahrb.*, 1864, Bd. CXXIII, p. 225; Bd. CXXV, p. 521, et 1870, Bd. CXLV, p. 59.

² BESNIER. *De la pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Ann. de Gyn.*, 1877, t. VII, p. 401, et t. VIII, p. 110 et 297).

³ BERNUTZ. *De l'hématocèle symptomat. de pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Arch. de tocol.*, 1880, p. 129 et 205).

⁴ VEIT. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, n° 54, p. 577. — ALB. DORAN. *Brit. med. Journ.*, 10 oct. 1891.

plastique antérieur : alors, c'est en avant, entre la vessie et l'utérus, que le sang s'amasse sous l'influence de la pesanteur, et une hématocèle **anté-utérine** est constituée. G. Braun¹ et Schröder² en ont cité des exemples; d'autres, plus nombreux, se rapportent à des hématocèles anté-utérines extra-péritonéales.

Au début, le sang est liquide et forme une sorte de lac qui peut se déplacer, car il est rare que des fausses membranes préexistantes constituent d'emblée une poche. Rapidement, l'enkystement s'achève, et alors la poche est séparée de toutes parts de la masse intestinale. Il peut être très difficile, par la suite, de distinguer la voûte néomembraneuse d'un soulèvement de la séreuse, et de différencier une hématocèle intra-péritonéale d'une hématocèle extra-périto-

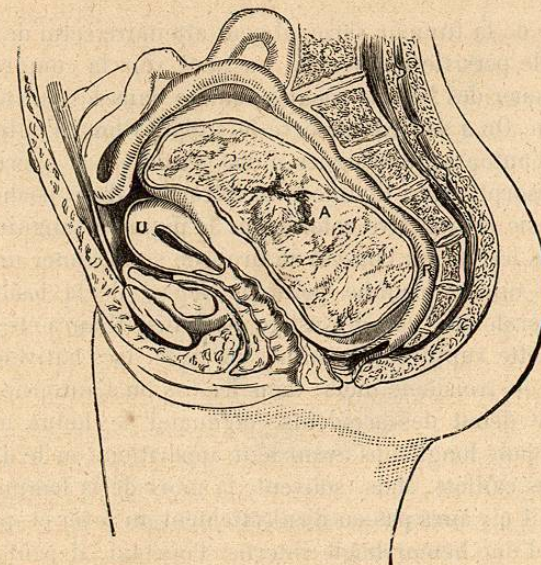


Fig. 375. — Hématocèle rétro-utérine.

U. utérus; R. rectum; A. hématocèle intra-péritonéale enkystée par des fausses membranes.

néale. Dans ce dernier cas, toutefois, la tumeur est plus latérale, car c'est surtout le ligament large qui a été dédoublé.

La poche adhère en avant à la paroi postérieure de l'utérus qui est refoulé vers la symphyse; elle a une couleur noirâtre. Les ovaires et les trompes sont plus ou moins méconnaissables et se confondent avec les parois de la tumeur. Parfois, les trompes sont pleines de sang et déchirées³; une seule présente ces lésions, s'il s'agit d'un

¹ G. BRAUN. *Wien. med. Woch.*, 1872, n° 22, p. 545 et n° 23, p. 577.

² SCHRÖDER. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. franç., p. 492.

³ ALPH. GUÉRIN. *Loc. cit.*, p. 459.

kyste fœtal. Les intestins agglutinés peuvent adhérer à la poche. Quand on l'ouvre, on trouve un vaste foyer où le sang est coagulé ou demi-liquide, sirupeux, selon l'ancienneté de la lésion. La couleur est noire, ressemblant à celle du raisiné; à la partie la plus externe, on trouve parfois des couches de fibrine déjà décolorées et blanchâtres. Les parois de la poche sont épaisses en certains points, très minces en d'autres, où une rupture paraît imminente. Le rectum est comprimé et dévié (fig. 373).

On ne confondra pas avec une hématocele, l'hémorragie survenue dans un kyste de l'ovaire, dont la paroi offre une structure caractéristique. C'est aussi par abus de langage qu'on a qualifié d'hématocele l'accumulation temporaire de caillots dans un abcès pelvien ponctionné¹.

Le volume de la tumeur varie; il peut atteindre celui de l'utérus à terme. Si elle persiste longtemps, on peut voir la compression des uretères amener des lésions rénales comme dans les autres tumeurs de l'abdomen. On a souvent observé la suppuration; d'autres fois on a trouvé, à l'autopsie, des signes d'une tentative de guérison spontanée : la résorption du liquide et la rétraction de la poche, remplie d'une néoplasie conjonctive colorée par le pigment sanguin².

Même dans les cas où l'on est en droit de soupçonner une rupture de grossesse tubaire comme point de départ de la lésion, on ne trouvera généralement pas de vestige du fœtus; il aura été désagrégé et résorbé. Cette rupture se produit, du reste, très hâtivement, vers le deuxième ou troisième mois; dans les cas où l'autopsie sera faite peu après le début des accidents, et quand le fœtus n'aura pas succombé depuis longtemps avant leur apparition, on le distinguera au milieu des caillots. Mais, souvent, la mort de la femme aura été si rapide qu'il n'y aura pas eu d'enkystement du foyer et qu'il s'agira simplement d'une hémorragie interne. Pourtant, il peut s'être fait auparavant une première hémorragie limitée ayant constitué une hématocele, avant qu'une seconde emporte la malade; les phénomènes évoluent alors assez rapidement pour qu'on trouve le fœtus, à l'autopsie³. Si le fœtus ne laisse pas de traces durables, il en est autrement des villosités choriales dont un examen attentif permettra de retrouver les vestiges, et qui démontreront très fréquemment l'origine de la lésion. L. Tait a ainsi mis hors de doute que l'hématocele pelvienne est le mode ordinaire de terminaison des grossesses extra-utérines⁴.

¹ PLAYFAIR, cité par BARNES, *Traité clin.*, etc., p. 315.

² R. BARNES (*loc. cit.*, p. 500, fig. 100) en a représenté un beau spécimen, provenant du musée de Guy's Hospital.

³ MATTHEWS DUNCAN, *Edinb. med. Journ.*, 1884; observ. citée par BARNES, *loc. cit.*, p. 519.

⁴ L. TAIT, *Edinb. med. Journ.*, juill. 1889, p. 105.

Symptômes. — L'apparition d'une hématocele est presque toujours précédée de symptômes morbides, du côté des annexes de l'utérus, douleurs, troubles de la menstruation, réflexes gastriques. Ils sont l'indice de la salpingite ou de la grossesse extra-utérine. Il est bien rare que l'irruption de l'épanchement sanguin ne soit pas marquée par des accidents aigus, mais l'intensité de ceux-ci est très variable. Leur allure peut être foudroyante, et, suivant l'expression de Barnes, cataclysmique : lipothymie, syncope, refroidissement, mort imminente. Si la malade survit à cette hémorragie interne, les symptômes

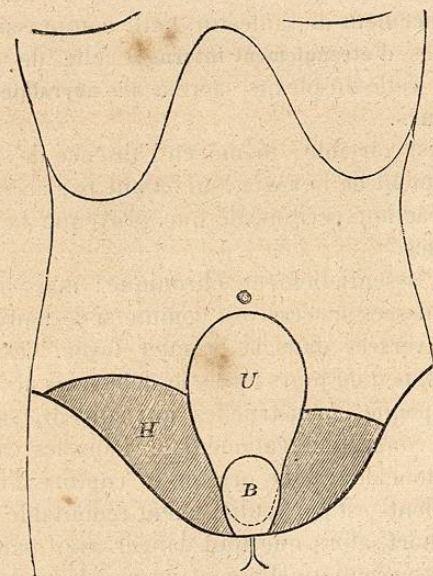


Fig. 374. — Hématocele rétro-utérine.
U. utérus, B. vessie; H. hématocele.

de la tumeur abdominale se prononcent, pendant que les accidents généraux se dissipent peu à peu.

Dans des cas moins graves, le début est simplement marqué par la douleur locale et un sentiment de faiblesse joint à l'augmentation de volume du ventre.

Enfin, le suintement sanguin intra-péritonéal peut se faire d'une manière presque insensible, insidieuse.

Les jours qui suivent la première apparition des phénomènes morbides, des poussées de péritonite plastique circonscrivent l'épanchement et occasionnent des nausées, du ballonnement du ventre, de la douleur, de la fièvre.

Les signes objectifs révélés par le toucher et la palpation bi-manuelle