

sont ceux d'une tumeur fluctuante, occupant le cul-de-sac de Douglas, qui refoule l'utérus en haut, de telle sorte que le col est difficilement accessible. Si l'on parvient à l'atteindre, on le trouve aplati contre le pubis. La tumeur ne reste pas longtemps fluctuante; elle acquiert bientôt une consistance qui rappelle celle de la neige; cette consistance varie, du reste, beaucoup: en divers points on y trouve des parties très dures, d'autres très dépressibles. L'exploration bi-manuelle permet de circonscrire le corps de l'utérus, qui est comme enchâssé au milieu de la tumeur, laquelle remplit et déborde souvent le petit bassin (fig. 374). Le toucher rectal est rendu très difficile par l'effacement de l'intestin. Cette compression peut donner lieu à des signes d'étranglement interne; celle de la vessie à la rétention d'urine; celle du plexus sacré à des névralgies vives dans les membres inférieurs.

L'état général est variable; même en l'absence de suppuration, on observe fréquemment de la fièvre, survenant par accès irréguliers et causée par la réaction péritonéale que provoque la formation des fausses membranes.

Marche.

La marche est essentiellement chronique; mais il est fréquent d'observer des poussées successives, comme si de nouvelles quantités de sang étaient versées dans le premier foyer. Ces répétitions se montrent, parfois, peu de jours après le début des accidents, ou tardivement, aux époques menstruelles qui suivent, sans doute sous l'influence de la congestion cataméniale. Dans les cas où l'hémorragie intra-péritonéale a pour origine la rupture d'un kyste fœtal, le retour des accidents est particulièrement redoutable et peut rapidement causer la mort, alors que tout danger avait paru conjuré. En dehors de ces cas exceptionnellement graves, la maladie a une tendance naturelle à guérir par résorption progressive ou par évacuation spontanée. Mais ce dernier mode de guérison, qui ne peut se faire qu'après la suppuration de la poche, provoque des accidents très graves.

Dans les cas heureux, la malade reste encore plusieurs mois incapable de marcher, exposée à de petites poussées de péritonite à répétition, pendant lesquelles le volume de la tumeur subit des alternatives, puis finit par diminuer progressivement. Elle peut, après sa disparition, laisser subsister un noyau induré ou, simplement, une déviation utérine, avec immobilité de l'organe gestateur.

L'inflammation suppurative est annoncée par une aggravation de l'état général, l'apparition de frissons erratiques et de sueurs. En même temps, la tumeur augmente de volume et son induration diminue. La perforation dans la cavité abdominale est très rare. La péritonite qu'on voit survenir, en cas de suppuration de la poche,

est plutôt due à la propagation directe de l'inflammation, à travers la paroi.

La perforation dans le rectum est la plus fréquente. Précédée par des phénomènes de rectite, elle est signalée par l'apparition subite d'une diarrhée noirâtre et fétide qui amène un immense soulagement et la disparition de la tumeur. L'évacuation peut ainsi se faire complètement, et la guérison a lieu; mais la mort peut aussi arriver par épuisement ou par l'infection que cause la pénétration des matières fécales dans le foyer. La perforation dans le vagin est rare, celle dans la vessie<sup>1</sup> tout à fait exceptionnelle.

Diagnostic. — Le tableau clinique qu'offre l'hématocèle est souvent si caractéristique que l'hésitation n'est pas permise. L'apparition brusque d'une tumeur rétro-utérine, coïncidant avec des phénomènes d'hémorragie interne, est vraiment pathognomonique. La rupture d'un pyo-salpinx ou d'un abcès pelvien ne donne lieu qu'à la douleur aiguë, aux signes de réaction péritonéale, généralement bien plus intenses, et non à la tumeur, qui apparaît au début de l'hématocèle. Celle-ci ne sera pas confondue avec l'utérus gravide rétrofléchi. Un des meilleurs moyens d'éviter l'erreur est de rechercher avec soin à limiter l'utérus, qui, dans l'hématocèle, est enchâssé au centre de la tuméfaction. Cet examen se fera plus facilement sous le chloroforme.

Les kystes de l'ovaire<sup>2</sup> et les fibromes utérins enclavés dans le petit bassin n'ont de commun avec la tumeur sanguine que des symptômes objectifs: leur mode d'apparition et leur marche sont essentiellement différents. J'en dirai autant de la grossesse extra-utérine, qui, du reste, siège rarement tout à fait en arrière de l'utérus. L'hypertrophie de cet organe et l'aménorrhée persistante seraient une présomption en faveur de la grossesse ectopique; comme je l'ai dit, elle n'est souvent que la phase initiale et le point de départ des accidents hémorragiques ultérieurs.

A une période tardive, les noyaux inflammatoires de péri-métrosalpingite, ne pourront être distingués que par l'étude des anamnésiques.

Le diagnostic de l'origine de l'hémorragie ne peut être qu'entrevu. Dans l'hématocèle à début brusque, dramatique (Bernutz), il s'agira ordinairement de la rupture d'un kyste fœtal. Dans les hématocèles à début insidieux, à marche lente, on croira plutôt que le sang est progressivement versé par une salpingite hémorragique. Si la

<sup>1</sup> Ott. Gaz. des Hôp., 1861, p. 55.

<sup>2</sup> ROBERT ASCH (Centr. f. Gyn., 1887, p. 427) rapporte une erreur de ce genre. Le kyste que le chirurgien ponctionna par le vagin, croyant qu'il s'agissait d'une hématocèle, fut ensuite opéré, avec succès.

Diagnostic.

femme était excessivement variqueuse, on pourrait incriminer la rupture d'une veine du ligament large.

Pronostic.

**Pronostic.** — L'affection est sérieuse; elle peut, dans des cas rares, déterminer une **mort rapide**; elle expose à des accidents graves, avant que la guérison survienne. Enfin, celle-ci n'est presque jamais parfaite; les **reliquats plastiques** situés autour de l'utérus sont une cause fréquente de malaises, et entraînent à peu près fatalement la stérilité.

Traitement.

**Traitement.** — Une intervention active n'est légitimée que par l'apparition d'accidents pouvant compromettre la vie de la malade. Au début, si les symptômes sont modérés, on appliquera de la glace sur le bas-ventre pour combattre à la fois l'hémorrhagie et la péritonite. La malade sera tenue au repos absolu; on videra régulièrement la vessie par le cathétérisme, et l'intestin au moyen de lavements. Il faudra prendre garde à ne pas abuser de l'opium pour calmer les souffrances, de peur d'augmenter la constipation. On veillera avec un soin particulier à l'antisepsie du vagin pour éviter l'infection du foyer par le canal génital.

Au point de vue historique, l'intervention chirurgicale reconnaît trois périodes: de Récamier à Nélaton, on a cru devoir toujours ponctionner ou inciser ces collections sanguines dont la résorption spontanée paraissait impossible; ensuite, de très nombreux succès firent renoncer à cet méthode, et l'on s'aperçut alors que les hématoécèles volumineuses sont susceptibles de guérir toutes seules: l'expectation fut érigée en système; actuellement, on s'accorde à respecter la maladie, tant qu'elle suit un cours régulier qui l'amène lentement vers la résorption. Mais, grâce aux progrès de l'antisepsie, on ne doit pas hésiter à intervenir, dès que la vie de la malade est menacée par des phénomènes de compression ou d'inflammation. L'évacuation rapide de la poche doit être aussitôt effectuée.

L'incision est très préférable à la ponction; celle-ci ne permet pas l'issue des parties concrètes, se prête mal au nettoyage de la poche, et peut la transformer en un clapier septique. Le lieu de l'incision sera déterminé par la saillie de la tumeur.

Incision vaginale.

Proémine-t-elle franchement dans le cul-de-sac postérieur, c'est par le vagin qu'on devra l'attaquer. On attire le col de l'utérus en avant, on place dans le rectum l'index de la main gauche, on se donne le plus de jour possible avec des écarteurs, et on fait une incision suivant le grand axe de la tumeur, en ayant soin de ne pas se porter trop loin, latéralement, par crainte des uretères. Le doigt qui est dans le rectum sert de guide pour éviter de blesser l'intestin. Dès qu'on est arrivé dans le foyer, on élargit, au besoin, l'incision avec de forts ciseaux, et l'on provoque l'issue des matières sirupeuses

et des caillots par des injections antiseptiques très faibles. Dans un cas, j'ai été obligé d'aller à la recherche des caillots qui formaient une masse cohérente à l'aide d'une cuiller à potage. On fera bien de procéder avec les plus grands ménagements, et de ne pas chercher à nettoyer entièrement le foyer du premier coup, de peur de compromettre les adhérences qui le limitent. Aussitôt après, on fera un tamponnement lâche de l'intérieur de la poche avec des bandelettes de gaze faiblement iodoformée qu'on laissera en place pendant 48 heures; il a pour avantage de mettre en garde contre l'hémorrhagie consécutive et de compléter la désinfection<sup>1</sup>. En enlevant ces tampons, on renouvellera les irrigations antiseptiques, puis on placera dans la poche un gros tube en croix autour duquel on tassera encore de la gaze iodoformée, mais dans le vagin seulement, de peur d'absorption. L'extrémité libre du tube sera emmaillottée dans un pansement antiseptique; il servira à faire des injections dans l'intérieur de la poche une ou deux fois par jour, s'il est nécessaire. Lorsque celle-ci offre de grandes dimensions, toute injection antiseptique sera suivie d'une injection neutre à l'eau bouillie; sans cette précaution, on s'exposerait à des intoxications.

Le pronostic de cette opération a tout à fait changé, depuis l'ère antiseptique. Nélaton, qui en fut longtemps partisan, avait fini par y renoncer<sup>2</sup>, à cause des septicémies fréquentes qu'elle occasionnait. Gusserow a donné sa statistique personnelle, comprenant huit cas avec six guérisons dont la durée a demandé de 6 à 21 jours: il n'est partisan de l'intervention que dans les cas graves. Routier<sup>3</sup> a publié trois cas traités avec succès par l'incision vaginale, qu'il préfère maintenant à la laparotomie.

L'incision par le vagin nécessite une antisepsie très rigoureuse et offre parfois de véritables dangers. C'est lorsque la tumeur est assez éloignée du cul-de-sac postérieur, qui peut être oblitéré, et qu'elle fait surtout saillie du côté de l'abdomen. Enfin, si la cavité est excessivement volumineuse, l'incision vaginale, qui doit toujours être assez étroite, se trouvera insuffisante pour assurer l'évacuation des liquides et permettre une bonne antisepsie. Dans ces conditions, j'ai pratiqué une fois, avec succès, la **laparotomie sous-péritonéale**<sup>4</sup>. Cette opération (voir p. 697, TRAITEMENT DES ABCÈS PELVIENS) consiste essentiellement, je le rappelle, à pratiquer une grande incision parallèle à l'arcade crurale, à décoller le péritoine jusqu'au foyer et

Laparotomie sous-péritonéale.

<sup>1</sup> P. MUNDÉ. *New-York med. Presse*, déc. 1885, p. 10.

<sup>2</sup> TRÉLAT. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 512.

<sup>3</sup> ROUTIER. *Annal. de Gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 8.

<sup>4</sup> S. POZZI. *De la laparotomie sous-péritonéale*, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886). — JEANNEL (*Revue méd. de Toulouse*, 1<sup>er</sup> mars 1887) a imité ma conduite, avec un plein succès, dans un cas d'hématoécèle suppurée.

à pénétrer dans celui-ci par sa face adhérente au bassin, sans entrer dans la grande cavité séreuse. Après avoir vidé avec précaution le kyste sanguin, on explorera la poche, en y introduisant les doigts du côté de sa partie la plus déclive et l'on cherchera, en combinant cet examen avec le toucher vaginal, le point favorable au passage d'un drain à travers le cul-de-sac postérieur. Pour peu que la poche soit grande, le drainage par cette voie, à l'aide d'un tube en croix, sera combiné avec le drainage par l'incision abdominale au moyen de deux gros tubes accolés en canons de fusil, ou plusieurs tubes juxtaposés en manière de flûte de Pan, ou par des lanières de gaze iodoformée. Pendant les deux ou trois premiers jours, au moins, on fera bien de tamponner lâchement l'intérieur de la poche avec la gaze faiblement iodoformée, ce qui a le triple avantage de s'opposer à l'hémorragie secondaire *a vacuo*, de parfaire l'antisepsie et d'ajouter à l'action passive des drains celle beaucoup plus active du drainage capillaire<sup>1</sup>.

Si, dans une tentative de laparotomie sous-péritonéale, on ne réussissait pas à décoller la séreuse jusqu'au niveau du point où la poche lui est adhérente, on aurait toujours la ressource suivante : largement inciser le péritoine au fond de la plaie et tamponner sur la poche laissée intacte de manière à provoquer entre elle et l'incision la formation d'une sorte de trajet fermé par des adhérences. Au bout de 24 heures, le tamponnement serait enlevé et la poche ouverte.

Laparotomie  
trans-  
péritonéale.

La laparotomie proprement dite, ou *transpéritonéale*, a donné d'heureux succès<sup>2</sup>. Il faut, si possible, fixer la poche à la paroi abdominale par une véritable marsupialisation, la vider, la tamponner et la drainer. Mais cette manœuvre théorique est rarement praticable, vu l'absence d'une poche caractérisée et résistante; ses parois n'ont le plus souvent aucune individualité et sont uniquement formées par l'agglutination des parties voisines. On pourra être alors obligé de se borner au lavage antiseptique de la cavité et à l'abandonner purement et simplement dans l'abdomen. Il serait prudent, en pareil cas, de faire le drainage capillaire et le tamponnement à la gaze iodoformée.

<sup>1</sup> Ce mode de drainage est très préférable à la canule en gomme ou en verre, munie en haut d'une pomme d'arrosoir et en bas d'un robinet que préconise et figure ZWEIFEL *Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter* (Arch. f. Gyn., 1885, p. 185).

<sup>2</sup> PRENGRUEBER. *Semaine méd.*, 6 janv. 1886, p. 1. — Il s'agissait dans cette observation d'une malade atteinte de phénomènes graves d'obstruction intestinale occasionnés par la compression qu'exerçait une tumeur, « abcès, kystes ou hématocele », dont la nature n'avait pu être déterminée; la laparotomie fut d'abord exploratrice, et il faut reconnaître qu'on ne pouvait, dans le doute, entreprendre une autre opération. — ROUTIER (*Abeille méd.*, 1888, n° 44, p. 547) a opéré, par la laparotomie, trois hématoceles dont deux suppurées. Suture de la poche aux parois abdominales, drainage, guérison. Dans un cas, blessure de la vessie et fistule consécutive.

La laparotomie (transpéritonéale) me paraît devoir être rarement faite, à cause des dangers graves de péritonite septique auxquels elle expose<sup>1</sup>.

Un cas très particulier, et heureusement assez rare, où l'intervention active s'impose, est celui où le début des accidents est dû à l'interruption d'une grossesse tubaire avérée; on sait qu'en pareil cas l'hémorragie se fait par poussées successives : convient-il d'attendre la catastrophe ou ne vaut-il pas mieux la prévenir par la laparotomie immédiate? Martin<sup>2</sup> cite une observation de ce genre où il a eu le regret de s'être abstenu; la femme succomba à une nouvelle hémorragie interne, quatre jours après la consultation. En pareil cas, une intervention hardie me semble légitime, et commandée d'emblée par les allures spéciales du type clinique.

#### Hématocele extra-péritonéale.

L'effusion du sang dans le tissu conjonctif du petit bassin a été aussi appelée *hématocele extra-péritonéale*, *thrombus des ligaments larges*, *pseudo-hématocele*. Niée par certains auteurs en dehors de l'état puerpéral, où les thrombus du vagin et de la vulve peuvent aussi se produire, cette lésion est aujourd'hui définitivement admise<sup>3</sup>.

Synonymie.

**Étiologie.** — Elle peut se produire sous l'influence de la **grossesse**, qui, comme on le sait, amène la dilatation considérable de tout le système veineux pelvien, et, en particulier, du plexus utéro-ovarien. Mais le **varicocèle utéro-ovarien** peut exister chez la femme et donner lieu à une rupture sous-séreuse, même en dehors de la grossesse, par déchirure ou par ulcération des veines contenant des phlébolithes. C'est, généralement, sous l'influence de fatigues ou d'excès génésiques pendant la période menstruelle qu'on l'observe, et chez les multipares dont les vaisseaux veineux sont plus dilatés que chez les femmes, n'ayant jamais eu d'enfants.

Étiologie. Pathogénie.

D'après Byrne<sup>4</sup>, les thrombus du ligament large seraient beaucoup

<sup>1</sup> L. TAIT (*The pathol. and treatm. of diseases of the ovaries*, 1885), seul, a proposé de faire toujours, d'emblée, l'ouverture du ventre. — GUSSEROW (*loc. cit.*) se prononce formellement contre la laparotomie. — SCHRÖDER (*Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, p. 472) et A. MARTIN (*Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 557) sont aussi très réservés, à ce point de vue. — En Amérique, on s'élève même contre cette audace excessive. — LEE MORILL et MAC-LEAN se sont énergiquement prononcés dans ce sens à la *Société obstét. de New-York*, 2 oct. 1888 (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 1175). — ROUTIER (*Annal. de Gyn.*, janv. 1890, p. 8) est revenu à l'incision vaginale.

<sup>2</sup> A. MARTIN. *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1886, p. 551.

<sup>3</sup> BAUMGÄRTNER. *Deutsche med. Woch.*, 1882, n° 56, p. 487. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476. — BALLERAY. *Med. News*, Philadelphie, 1885, t. XLII, p. 558. — GRYNFIELD. *Gaz. hebdom. des Soc. méd. de Montpellier*, 1885, p. 421, 505.

<sup>4</sup> BYRNE. *Soc. obstet. de New-York*, 2 oct. 1888 (*Ann. de Gyn.*, janv. 1889, t. XXXI, p. 45).

plus fréquents qu'on ne le croit et donneraient souvent naissance à des abcès pelviens ou des phlegmons. Skene Keith<sup>1</sup> a remarqué qu'une hématocele extra-péritonéale éphémère survenait souvent après les opérations de salpingotomies, par suite d'un raptus congestif au moment qui correspond à la première période menstruelle<sup>2</sup>. Beigel<sup>3</sup> croit que l'hématocele extra-péritonéale constitue une partie considérable des cas que l'on range dans la forme ordinaire.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Le sang peut former une tumeur circonscrite entre les deux feuillets du ligament large. Comme ils ne constituent point une cavité close, mais communiquent avec le tissu cellulaire pelvien, l'épanchement sanguin, s'il est très abondant, dépasse leurs limites; il se porte alors sur les côtés du vagin et du rectum. La tumeur est, d'ordinaire, médiocre et varie du volume du poing à celui d'une tête d'adulte. Elle est franchement latérale, et, s'il en existe des deux côtés, l'une est toujours incomparablement plus grande que l'autre. Les deux foyers peuvent, du reste, arriver à se réunir. La collection siège même parfois en avant de l'utérus<sup>4</sup>. A. Martin<sup>5</sup>, qui a eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique de cette lésion dans plusieurs opérations, a toujours rencontré une poche à surface inégale, parsemée de diverticules profonds dans le tissu cellulaire, traversée par des brides conjonctives et des vaisseaux rompus. Le contenu est formé par du sang et des caillots plus ou moins altérés; il est parfois mélangé de pus; il peut, par une déchirure du ligament large, communiquer avec un épanchement intra-péritonéal.

Symptômes.

**Symptômes.** — L'accident survient ici chez des femmes, en apparence, parfaitement bien portantes. Une douleur aiguë dans le bas-ventre avec tendance à la syncope en marque le début. On peut successivement observer divers accès. Les symptômes d'une anémie intense et des troubles dus à la compression de la vessie et du rectum se montrent en même temps que le gonflement et la sensibilité de l'abdomen. Au toucher et à la palpation bi-manuelle, on sent que la tumeur est située dans le ligament large et non dans le cul-de-sac de Douglas; elle est molle et pâteuse; l'utérus se trouve sur son côté interne, il est plus ou moins refoulé, mais on peut le circonscrire

<sup>1</sup> SKENE KEITH. *Edinb. med. Journ.*, 1887, p. 811.

<sup>2</sup> J'ai observé quatre exemples de ce fait. Dans l'un d'eux, la résorption se fit spontanément; dans deux autres, la collection sanguine fut évacuée par le rectum; enfin chez une malade une tumeur dure persista pendant très longtemps par suite de la résorption incomplète du sang épanché, et donna lieu, par compression, à des phénomènes de névrite excessivement pénibles durant plusieurs mois.

<sup>3</sup> BEIGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd. XI, p. 577.

<sup>4</sup> BRAUN. *Wien. med. Woch.*, 1872, p. 22. — FANNY BERLIN. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, p. 498.

<sup>5</sup> A. MARTIN. *Loc. cit.*, et *Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., 1889, p. 497.

de toutes parts. Quant aux autres symptômes et à la marche de la maladie, ils se confondent avec le tableau clinique, précédemment tracé pour l'hématocele intra-péritonéale.

C'est à des cas d'hématocèles extra-péritonéales qu'il faut vraisemblablement rapporter un symptôme fort exceptionnel, la *coloration ecchymotique du vagin*. On a même très rarement vu l'ecchymose de la paroi abdominale<sup>1</sup>.

Le diagnostic différentiel avec l'hématocele intra-péritonéale ne peut pas toujours être fait. On se basera, surtout, sur l'étiologie et sur la situation franchement latérale et les connexions de la tumeur.

**Traitement** — L'expectation est, ici encore, la règle ordinaire. Si la gravité des accidents impose une intervention, on ne pourrait guère songer à la voie vaginale, à cause du danger de blesser les gros vaisseaux ou l'uretère. La laparotomie sous-péritonéale me paraît devoir être le procédé de choix. Martin préconise la laparotomie transpéritonéale, le nettoyage du foyer et la suture de la poche sur un drain en croix, sortant par le vagin. Il a obtenu ainsi 9 succès sur 10 opérations.

<sup>1</sup> A. WESSINGER (*Med. Age*, 1886, n° 21) rapporte un cas d'ecchymose abdominale, et dit qu'un autre fait semblable a été observé par J. BARTLETT et communiqué à la *Soc. gynéc. de Chicago*.

Diagnostic.

Traitement.