

vagin ou dans l'orifice inférieur du col, on trouve par le toucher vaginal une tumeur peu saillante, molle, semi-fluctuante, quelquefois d'une consistance ferme, élastique, au point de simuler une tumeur fibreuse. L'examen au spéculum permet également de reconnaître les tumeurs. Lorsque le kyste est situé dans la cavité du col, ou au niveau de l'orifice cervico-utérin, le toucher vaginal ne fournit aucune donnée, à moins que le col ne soit dilaté ou que la tumeur ne vienne faire saillie entre les lèvres du museau de tanche. Ces kystes donnent lieu à une leucorrhée plus ou moins abondante, des irrégularités de la menstruation, un état de malaise et de gêne; quelquefois à une sensation anormale dans l'appareil génital, des douleurs dans les lombes, les aines, le bas-ventre, etc.

Marche. Diagnostic. Traitement. Les kystes muqueux de l'utérus se développent lentement, et par cela même la durée en est longue; lorsqu'ils atteignent un certain volume et qu'ils se pédiculisent, ils prennent la forme de polypes, et sont appelés *polypes muqueux*, *polypes folliculaires* ou *utéro-folliculaires* (p. 1046). Ceux de ces kystes qui proéminent à la surface du col ou qui font saillie en dehors de l'orifice externe de l'organe sont faciles à reconnaître par le toucher vaginal et le spéculum; en cas de doute sur la nature de la tumeur, on peut faire une ponction exploratrice. Ceux qui restent renfermés dans la cavité du col, et qui ne sont caractérisés que par des signes rationnels, ne peuvent qu'être soupçonnés.

Le kyste une fois reconnu, on le traite soit par une *incision* simple, soit par l'incision suivie d'une *cautérisation* au nitrate d'argent, ou bien par l'*excision* quand le kyste est pédiculé, ou bien enfin par la cautérisation avec le fer rouge, lorsque le kyste a un très-petit volume.

2° KYSTES SÉREUX.

Anatomie pathologique. Ces kystes ont leur siège au-dessous du péritoine, ou au-dessous de la membrane cellulo-fibreuse et filamenteuse qui unit la séreuse au tissu propre de l'utérus; quelquefois ils occupent l'épaisseur du tissu propre de la matrice. Ils se développent plus fréquemment sur la face postérieure que sur la face antérieure de l'organe. Les uns sont pédiculés, d'autres sessiles; leur volume varie depuis un grain de millet jusqu'à celui d'une orange. Ils sont solitaires ou multiples. D'après les recherches de Huguier, ils sont formés de trois ou quatre couches, suivant le siège qu'ils occupent: une couche interne ou membrane propre du kyste; une couche moyenne appartenant à la membrane cellulo-fibreuse de l'utérus, celle-ci peut manquer; une couche externe ou péritonéale; quelquefois enfin une couche plus externe encore, ou pseudo-membraneuse, lorsque le péritoine s'est enflammé. Il faut y ajouter une couche formée par le tissu utérin, lorsque le kyste est interstitiel. Ces kystes ne reçoivent jamais de vaisseaux volumineux; le liquide qu'ils renferment est aqueux, non filant, coagulable par la chaleur.

Symptômes. Tant que ces kystes n'ont pas acquis un grand volume, ils ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Plus tard, les femmes accu-

sent un sentiment vague de malaise, de pression et quelquefois d'un poids insolite. Si le kyste s'est développé en avant, il existe des besoins fréquents d'uriner et la tumeur peut quelquefois être sentie, par le toucher vaginal, entre la vessie et l'utérus. Elle ressemble alors à d'autres tumeurs qui se développent dans la même région, corps fibreux de l'utérus, tumeur encéphaloïde de la paroi antérieure de l'organe, abcès froid. Si le kyste a pris naissance entre l'utérus et le rectum, il occasionne une sensation de pesanteur sur l'intestin, des besoins d'aller à la garde-robe; par le toucher vaginal, on peut souvent reconnaître la tumeur au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin.

Le diagnostic de ces kystes est très-difficile; on peut les confondre avec des tumeurs fibreuses de l'utérus, une hydropisie de l'ovaire, un abcès froid, une rétroversion de l'utérus. Une ponction exploratrice à travers le vagin permet, dans bon nombre de cas, d'en reconnaître la nature exacte.

Traitement. Huguier conseille de s'en tenir aux moyens généraux, pour les tumeurs qui occupent le fond et la partie supérieure de l'utérus, tant qu'elles n'occasionnent pas d'accidents. Si le kyste atteint des dimensions considérables, il faut le ponctionner et y pousser une injection irritante.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

Cette affection a été également désignée sous le nom d'*hématocèle péri-utérine*, *tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne*. C'est aux travaux de Laugier, Nélaton, H. Bourdon, Viguès, A. Voisin, que nous en devons la connaissance. Elle est constituée par un *kyste sanguin* développé du côté de la face postérieure de l'utérus, entre cet organe et le rectum.

Anatomie pathologique. On n'est pas d'accord sur le siège exact de l'hématocèle rétro-utérine. Viguès, après avoir émis l'idée que l'épanchement sanguin est toujours extra-péritonéal, a bientôt renoncé à cette opinion. Huguier, Nonat, Becquerel, pensent que l'hématocèle est tantôt intra, tantôt extra-péritonéale; A. Voisin place le siège de l'épanchement sanguin *exclusivement* dans la cavité péritonéale. Le kyste forme une cavité limitée, en avant par la face postérieure de l'utérus et de l'un ou des deux ligaments larges; en haut par une portion du rectum, de l'S iliaque, une ou plusieurs anses d'intestin grêle et le cœcum, le tout uni par des adhérences celluleuses; en arrière, par le rectum et la partie postérieure de l'excavation du bassin; sur les côtés, par les parties latérales de cette excavation; en bas, par le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

Ce kyste est simple ou multiple; il forme une tumeur plus ou moins volumineuse remplissant le petit bassin et adhérent aux parois de l'enceinte pelvienne. Tantôt il est tout à fait indépendant de la paroi postérieure de l'utérus, d'autres fois il est tellement uni à cette même paroi, qu'on le croirait développé aux dépens du tissu utérin (Viguès). Les parois de la poche sont résistantes, épaisses de plusieurs centimètres, constituées par un tissu mou, élastique, fibreux. A l'intérieur du kyste on trouve du sang à l'état liquide ou coagulé; quelquefois un liquide transpa-

rent, jaunâtre, légèrement visqueux ; ou bien enfin une matière liquide, sanieuse, purulente et très-fétide, mélangée ou non de caillots fibrineux. Dans deux cas, Vigùès n'a jamais pu faire pénétrer dans l'intérieur de la poche un liquide injecté, après la mort, par les artères utérines et ovariennes.

Causes. L'hématocèle rétro-utérine se développe chez les femmes jeunes, d'une bonne constitution, sujettes à des troubles de la menstruation ; quelquefois après des excès de coït ; ou sous l'influence d'une violence extérieure, telle que la pénétration d'un échalas entre le rectum et le vagin (Valleix). D'après Voisin, l'altération du sang survenant dans le cours de fièvres éruptives, l'abondance antérieure des règles, l'état habituel de pléthore, sont des causes prédisposantes. Toutefois, puisque cette affection se rattache le plus souvent à des troubles de la menstruation, il faut rechercher le rapport qui existe entre la cause et l'effet. A chaque période menstruelle l'ovaire est le siège d'une fluxion sanguine qui a pour conséquence de produire la rupture d'une vésicule de De Graaf et l'expulsion de l'ovule ; toutes les fois que ce travail congestionnel reste dans les limites physiologiques, il n'en résulte aucun trouble ; si le raptus sanguin devient plus énergique, il se forme un véritable épanchement de sang, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit dans la cavité péritonéale elle-même. Dans ce dernier cas, l'épanchement produit un travail inflammatoire qui a le plus souvent pour conséquence de circonscrire le sang par de fausses membranes, et c'est ainsi que le kyste siège dans l'intérieur du péritoine.

On a encore cru pouvoir rendre compte de la production de l'hématocèle rétro-utérine par d'autres explications plus ou moins hypothétiques : le reflux du sang menstruel de l'utérus à travers la trompe (Bernutz), la rupture de varices qui vont se rendre à l'ovaire (Richet, Dewalz), une hémorragie tubaire (Puech, Trousseau), une apoplexie ovarienne (Laugier, Scanzoni). Voisin, après avoir discuté ces diverses opinions, a été conduit à admettre, pour la formation de l'hématocèle rétro-utérine, trois causes qui sont dans l'ordre de fréquence : l'hémorragie ovarienne, l'hémorragie tubaire, le reflux du sang de l'utérus dans les trompes.

L'abondance de l'hémorragie, l'altération préalable du sang, la rétention de ce liquide dans l'utérus, avant l'issue dans le péritoine par les trompes, la rupture de veines ovariennes variqueuses, sont des conditions défavorables à l'enkystement du sang.

Symptômes. La maladie est souvent précédée d'un malaise, de troubles menstruels divers, suppression des règles ou métrorrhagies. Les femmes se plaignent de douleurs dans l'abdomen, d'une sensation de poids dans le bas-ventre ; elles perdent l'appétit, ont des nausées, parfois des vomissements bilieux, de la constipation, de la fièvre. Elles sont faibles, maigrissent, deviennent pâles et s'aperçoivent de l'augmentation dans le volume du ventre.

Si l'on examine alors l'abdomen, on le trouve ballonné, tendu, convexe, assez douloureux pour que les malades gardent le décubitus dorsal et maintiennent les cuisses fléchies sur le bassin. Par le palper hypogastrique,

on constate dans le petit bassin l'existence d'une tumeur, qui tantôt ne dépasse pas le détroit supérieur, qui quelquefois s'élève vers l'ombilic. La tumeur est lisse, arrondie, sans bosselure, bien circonscrite, excepté en bas où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; peu mobile et comme enclavée dans le petit bassin ; sans adhérence, du reste, avec la paroi abdominale, d'une consistance assez grande, quelquefois fluctuante, donnant à la percussion une matité bien prononcée et sans que l'auscultation y révèle aucun bruit. Par le toucher vaginal, on reconnaît la présence de la tumeur entre l'utérus et le rectum ; on constate qu'elle est plus ou moins rapprochée de l'orifice vulvaire, en raison de son volume ; qu'elle est lisse, arrondie, fluctuante, d'un volume variant d'un gros œuf au poing, qu'elle ne présente ni battements, ni mouvements d'expansion.

Pour peu que l'hématocèle rétro-utérine ait acquis un certain développement, elle repousse en avant la paroi postérieure du vagin et rétrécit ce canal ; elle entraîne l'utérus en avant et applique le col utérin derrière la symphyse pubienne. La tumeur se prolonge souvent vers la fosse iliaque droite, ce que Vigùès attribue à la présence de l'S iliaque du côlon à gauche.

Pour compléter l'énumération des signes physiques, nous ajouterons qu'en combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, on transmet à la main placée sur l'hypogastre le mouvement communiqué à la tumeur par le doigt introduit dans le vagin ; qu'en combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on peut sentir la fluctuation de la tumeur.

L'hématocèle rétro-utérine donne lieu à des troubles fonctionnels, conséquence de la compression que la tumeur exerce sur les organes environnants : constipation, miction difficile ou impossible, envies fréquentes d'uriner.

Marche. Terminaisons. Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, l'épanchement sanguin peut se résorber et l'état général s'améliorer à mesure que ce travail s'accomplit ; ou bien les symptômes généraux s'aggravent, le kyste s'enflamme et les parois deviennent le siège d'un travail ulcératif qui a pour conséquence de faire communiquer la tumeur avec un des organes creux du petit bassin, ou avec la cavité péritonéale ; ainsi le liquide du kyste peut être évacué à travers le rectum ou le vagin ; la guérison est la terminaison la plus fréquente alors. Si, au contraire, le sang se fraye une issue dans la cavité péritonéale, il se développe une péritonite promptement mortelle. Lorsque la tumeur est ponctionnée ou incisée, les symptômes généraux s'amendent ; la douleur abdominale disparaît, le ventre est moins tendu et moins volumineux, les vomissements cessent, les garde-robes se rétablissent, l'appétit et les forces sont recouvrés, et si le foyer sanguin ne subit pas un travail de décomposition par l'introduction de l'air, les femmes guérissent.

Diagnostic. L'hématocèle rétro-utérine peut être confondue avec une grossesse ordinaire : on distingue celle-ci par l'absence de tumeur vaginale, les mouvements actifs du fœtus, etc. ; avec une grossesse extra-utérine, et notamment avec la variété sous-péritonéo-pelvienne : mais la fluctuation