

dans le mésentère ovarien. Toutefois il n'est pas dit dans l'observation que cette rupture de l'ovaire ait été constatée; alors on pourrait supposer que l'une des trompes, gorgée de sang, aurait laissé échapper par une ouverture anormale le sang cataménial dans l'épaisseur du ligament large.

Voici cette observation de M. Ball : « Une femme âgée de quarante-quatre ans, non mariée, entre le 18 janvier 1858 dans le service de M. le docteur Becquerel. Cette femme est apportée à l'hôpital sur un brancard, dans un état comateux des plus prononcés. J'apprends toutefois, que, deux jours auparavant, cette femme, ayant éprouvé un refroidissement à l'époque de ses règles, avait été obligée de se mettre au lit. Les accidents s'étant promptement aggravés, on a jugé nécessaire de la transporter à l'hôpital le troisième jour de la maladie.

» Elle offrait tous les symptômes d'un état des plus graves. La face était pâle, les traits contractés; une transpiration abondante lui coulait sur le front; les lèvres étaient blanches, les extrémités froides, les pupilles dilatées; la respiration était stertoreuse, et l'on voyait paraître un peu d'écume sanguinolente à la bouche; enfin, il existait une insensibilité cutanée presque absolue. Le pouls était filiforme, irrégulier, très-rapide, environ 140 pulsations par minute; le bruit de la respiration ne permettait pas d'ausculter le cœur. L'application du marteau de Mayor étant restée sans effet, la malade a succombé une heure plus tard.

» Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il ne s'écoule aucun liquide, on ne constate aucun épanchement sanguin à l'intérieur de la cavité péritonéale : il n'existe point de pseudo-membranes, et les anses intestinales ne sont point adhérentes entre elles.

» Après avoir soulevé et détaché la masse des intestins grêles, on découvre une vaste accumulation sanguine qui proémine sur les côtés de l'utérus; cet organe, refoulé vers le pubis, a laissé son empreinte sur la masse coagulée; en le soulevant, on constate que l'épanchement s'est produit dans le tissu cellulaire péri-utérin, au-dessous du péritoine, entre l'utérus et le rectum : la masse coagulée descend jusqu'au voisinage de l'anus, en repoussant en avant et en haut la paroi postérieure du vagin; la tumeur remplit presque toute l'excavation du petit bassin, dont le tissu cellulaire est détruit; les ligaments larges renferment également du sang coagulé. Le péritoine qui revêt la face postérieure de la matrice est décollé en partie par l'infiltration, qui remonte jusqu'à la partie moyenne du corps de l'utérus; on le voit passer au-dessus de la masse coagulée et se continuer avec le feuillet qui recouvre la face antérieure du rectum.

» Les trompes utérines sont ensevelies dans la tumeur; elles renferment des caillots rouges et mous. Après en avoir débarrassé leur cavité par le lavage, nous trouvons la muqueuse rouge, tuméfiée, vascularisée.

» L'ovaire gauche, complètement infiltré de sang, se trouve converti en une bouillie noirâtre, au sein de laquelle il est impossible de distinguer

aucun vestige d'organisation. L'ovaire droit ne présente aucune altération appréciable.

» La consistance de la masse épanchée est celle de la gelée de groseille; sa couleur est d'un rouge noirâtre. Aucune membrane d'enveloppe ne vient enkyster la tumeur; aucun liquide ne séjourne dans son intérieur.

» L'utérus, bien que ses dimensions n'aient pas été exactement mesurées, présente un volume ordinaire. Point de caillots sanguins dans la cavité de l'organe; mais la muqueuse qui en revêt la surface est parsemée d'arborisations vasculaires. Le museau de tanche est épais; les lèvres sont fendillées en divers sens; l'orifice utérin est entr'ouvert.

» Les autres viscères abdominaux sont sains. »

A une époque où la théorie de M. Nélaton était généralement acceptée, en 1855, Stan. Laugier, qui avait compris que cette théorie de l'hématocèle ne pouvait rendre compte de la plupart des faits, s'attacha à démontrer que l'ovaire ne pouvait donner naissance à l'hématocèle intra-péritonéale qu'à la condition d'être préalablement altéré¹, et il posa les conclusions suivantes :

« 1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine. — 2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée, avec persistance de l'ouverture de la vésicule de de Graaf, ne donne pas lieu à l'hématocèle. — 3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée, amenée quelquefois par des conditions accidentelles, dont l'action s'exerce, soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort. — 4° Ce sont surtout des retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle. — 5° Les vésicules ovariennes successives s'ouvrent dans le kyste hématique et y restent, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées opérées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle. — 6° La rupture d'une vésicule de de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle est le plus souvent intra-péritonéal. — 7° La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale, dont le siège est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire. — 8° Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidents semblables à l'hématocèle rétro-utérine. »

D'ailleurs, Stan. Laugier ne s'est occupé que de l'hématocèle ovarienne et n'a nullement eu l'intention de rejeter toute autre étiologie qui lui serait suffisamment démontrée.

1. Stanislas Laugier, *Mémoire sur l'origine et l'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine*, présenté à l'Institut le 26 février 1855.

Il ne me reste plus qu'à vous parler d'une variété d'hématocèle que je crois infiniment rare; et si j'ai trouvé dans les faits de M. Tardieu autant de preuves en faveur de l'hématocèle tubaire, je ne saurais nier d'une façon absolue que, dans certaines circonstances spéciales mal déterminées et que je ne saurais définir d'une façon générale, une exhalation de sang ne pût se faire dans la cavité péritonéale en dehors des cachexies cancéreuse et tuberculeuse.

Si je n'en ai point vu, si je n'en connais point d'exemple, l'analogie me force à reconnaître, avec M. Bernutz, que ces épanchements peuvent avoir lieu dans la cavité péritonéale comme dans la cavité des plèvres, du péricarde, de l'arachnoïde; toutefois, je le répète, je crois de telles hémorragies très-rares lorsque les membranes séreuses ou les organes qu'elles renferment ne sont point le siège de dépôts cancéreux ou tuberculeux.

Nous avons appelé l'attention sur l'étiologie variée de l'hématocèle rétro-utérine, deux mots encore pour signaler ce qui se trouve implicitement indiqué dans les considérations précédentes, au sujet des causes occasionnelles de l'épanchement sanguin.

Dans les cas d'hématocèle cataméniale, l'occasion est l'époque menstruelle elle-même; il est possible que les rapports sexuels pendant la menstruation soient une cause déterminante; cependant, chez les animaux, le coït a lieu exclusivement pendant l'époque du rut, le rut n'est qu'une menstruation, et rien n'est moins fréquent que l'hématocèle chez les femelles qui ont été saillies, tandis que, dans le mémoire de Laugier, vous trouverez une observation très-curieuse d'épanchement sanguin dans la cavité péritonéale d'une vache, au moment du rut, sans qu'il soit dit qu'elle eût été fécondée. L'hémorragie avait été fournie par un kyste hémattique de l'ovaire, dont il s'était écoulé plusieurs litres de sang. Après la menstruation et l'ovulation, les violences extérieures, les coups, les cahots d'une voiture, une chute, un effort, peuvent devenir l'occasion de la rupture d'un kyste ovarien, d'un kyste tubaire ou d'une veine variqueuse; et si l'on songe combien sont considérables le développement et la turgescence des plexus ovariens pendant la grossesse, on pourrait s'étonner du peu de fréquence de l'hématocèle par rupture des veines ovariennes, si l'on ne se rappelait, avec M. Devalz, que les parois veineuses acquièrent alors un épaississement très-notable.

L'hématocèle se reconnaît par le toucher et la palpation. Par le toucher on constate que le col utérin est situé immédiatement en arrière du pubis, que le vagin a perdu de sa longueur, et qu'il existe en arrière du col une tumeur dure qui souvent a été prise pour le corps de l'utérus en rétroflexion, mais qu'on reconnaît pour être indépendante de l'utérus, parce qu'elle n'a ni la consistance ni la forme du corps de cet organe. Cette tumeur est l'hématocèle.

Par le palper abdominal, la vessie étant vide, on constate, en arrière du pubis, une tumeur dure, arrondie, qui n'est autre que l'utérus, ce dont on peut acquérir la preuve en pratiquant simultanément le palper abdominal et le toucher utérin. On reconnaît alors que l'utérus est enclavé, adossé à une tumeur plus ou moins résistante, quelquefois dépressible, et qui occupe toute la partie inférieure et postérieure du petit bassin. L'index porté dans le rectum peut circonscrire l'épanchement sanguin et permettre d'en déterminer l'épaisseur et les contours, tandis que le palper abdominal met à même d'apprécier les limites supérieures de la tumeur, qui peut être très-considérable, et remonter jusqu'à l'ombilic.

Cependant ce volume excessif de la tumeur est exceptionnel; fréquemment elle s'étend plus d'un côté que de l'autre, sans que cette inégalité de développement soit toujours en rapport avec le point de départ et l'origine de l'hémorragie. Parfois des adhérences dues à l'inflammation antérieure des annexes de l'utérus peuvent expliquer le cloisonnement de l'épanchement sanguin et par suite son plus grand volume d'un côté.

Les symptômes de l'hématocèle sont les suivants: pendant l'époque menstruelle ou en dehors de celle-ci, une femme ressent tout à coup une vive douleur dans le ventre, bientôt elle pâlit, la décoloration des téguments est générale, le moindre mouvement est insupportable; déjà vous avez lieu de supposer que vous avez affaire à une hémorragie intra-péritonéale; la douleur et la pâleur vous conduisent à cette supposition, qui bientôt sera confirmée par l'examen physique. Et suivant l'intensité de ces deux symptômes, douleur et pâleur, ou la prédominance de l'un d'eux, vous pourrez parfois être mis sur la voie de l'origine de l'hématocèle.

Si la douleur est très-vive et la pâleur peu marquée, en même temps que le poulx est filiforme, dépressible et fuyant, et que se manifestent des vomissements, quelquefois de la diarrhée, vous aurez lieu de supposer que l'hémorragie est peu abondante, que son siège est dans la cavité péritonéale et que son origine est très-probablement l'ovaire. En effet, l'hémorragie est alors peu abondante parce qu'elle est fournie par la rupture d'un kyste ovarique ou d'un ovaire désorganisé, et, dans ce dernier cas, le sang épanché peut être altéré, irritant et donner lieu aux symptômes de la péritonite.

Au contraire, l'hémorragie est cataméniale, abondante, si l'on observe une pâleur extrême et une douleur abdominale peu considérable; l'hémorragie provient alors de la trompe et de son pavillon. En effet, la pâleur est extrême parce que la membrane muqueuse de la trompe peut en quelques instants donner lieu à une hémorragie considérable; tandis que la douleur est peu marquée, parce que le sang, dans ce cas, n'est point modifié et que son épanchement dans la cavité péritonéale est peu irritant. Les expériences que j'ai faites antérieurement avec U. Leblanc ont prouvé que le sang normal n'irrite point les membranes séreuses,

tandis que le sang qui a pu être modifié par son séjour hors des vaisseaux les irrite violemment.

Ces deux symptômes, pâleur et douleur, réunis, s'observeront surtout dans les cas où l'hématocèle aura pour siège la cavité péritonéale, tandis qu'ils seront plutôt en rapport avec une hématocèle extra-péritonéale quand ils seront peu marqués. Pour compléter le diagnostic, on devra d'ailleurs s'aider du toucher rectal, utérin, et de la palpation abdominale.

Les deux affections dans lesquelles l'hématocèle rétro- ou péri-utérine a été confondue sont la pelvi-péritonite et le phlegmon péri-utérin. On sait qu'après l'accouchement, l'avortement ou la cautérisation du col utérin, on rencontre souvent le phlegmon pelvien et la pelvi-péritonite. Outre que ces deux états morbides s'observent presque exclusivement dans ces conditions, nous devons ajouter : 1° que, dans la pelvi-péritonite, l'épanchement séro-purulent qui en est la conséquence ne donne jamais lieu à la formation d'une tumeur *solide rétro-utérine* aussi résistante que dans le cas d'hématocèle; 2° que le phlegmon péri-utérin, au contraire, se manifeste par une tuméfaction d'abord résistante du tissu cellulaire du petit bassin ou des ligaments larges. La tuméfaction prédomine toujours d'un côté : l'utérus est porté à droite ou à gauche, très-rarement en avant; enfin la fluctuation devient évidente au bout d'un temps variable, et le travail phlegmasique a une grande tendance à envahir les fosses iliaques. Les abcès péri-utérins s'ouvrent souvent dans le rectum, la vessie ou le vagin; d'autres fusent vers la région inguinale, quelquefois vers le canal crural; enfin l'inflammation peut gagner la paroi abdominale antérieure; alors le pus décolle le feuillet péritonéal, et vient s'ouvrir au-dessus de l'aîne.

Lorsque l'hématocèle est intra-péritonéale, l'enkystement est bien vite opéré, la sérosité se résorbe avec rapidité, surtout dans les cas d'hématocèle cataméniale, et ce n'est qu'exceptionnellement que la tumeur s'ouvre dans un des réservoirs naturels. Il n'en est plus de même lorsque l'hématocèle est d'origine ovarienne, l'irritation péritonéale vive peut se propager au tissu cellulaire, et l'on voit alors, comme dans les cas d'hématocèle extra-péritonéale, la tumeur se faire jour vers le vagin, le rectum ou la vessie. Si l'hématocèle est extra-péritonéale, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire du petit bassin, le diagnostic pourra encore être établi au début de l'hémorrhagie, mais plus tard, s'il y a inflammation du tissu cellulaire pelvien, l'instantanéité seule des accidents primitifs pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Je n'insisterai point sur le diagnostic de l'hématocèle avec la grossesse extra-utérine; qu'il me suffise de vous rappeler que M. Gallard était disposé à considérer toutes les hématocèles rétro- et péri-utérines

1. Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, Paris, 1873, p. 678, 691.

comme des grossesses extra-utérines; mais outre que l'hématocèle peut être observée chez des jeunes filles vierges de toute fécondation, on doit encore faire remarquer que le début de l'hématocèle est subit, tandis que le début des grossesses extra-utérines est latent, leur marche lente, et que les hémorrhagies auxquelles elles peuvent donner lieu ne s'observent qu'à une époque déjà éloignée de la fécondation.

Je n'insisterai pas davantage sur les signes différentiels avec l'ovarite et les kystes de l'ovaire. Mais il est des kystes du petit bassin situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui, chez les femmes, pourraient être confondus avec l'hématocèle : je veux parler des kystes hydatiques lorsqu'ils viennent de s'enflammer. L'observation suivante vous démontrera que l'erreur est possible : Une jeune femme de dix-neuf ans, mal réglée, avait déjà éprouvé des douleurs du ventre assez violentes lors d'un écoulement menstruel incomplet. Quelques mois plus tard, elle fut prise subitement de douleur dans le petit bassin, douleur qui s'étendait surtout dans le côté droit de l'abdomen. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que l'utérus tout entier était porté vers la symphyse pubienne; une tumeur de la grosseur du poing avait son siège en arrière de la matrice, et occupait surtout la partie latérale droite du petit bassin; le rectum semblait faire corps avec la tumeur, et le toucher rectal était très-douloureux. La défécation était empêchée par la douleur, les besoins d'uriner étaient devenus très-fréquents. Repos absolu, diète, médication expectante. Dix-jours après le début des accidents, ténésme anal, écoulement de matières sanieuses par le rectum, soulagement relatif, affaissement de la tumeur abdominale. Garde-robes d'aspect dysentérique, examinées chaque jour avec soin, point de caillots sanguins, mais expulsion d'une fausse membrane kystique molle, et de plusieurs fragments semblables pendant trois jours. Rétablissement complet au bout de quelques jours. Nous regrettons que les membranes rejetées n'aient point été examinées au microscope; mais notre impression fut qu'elles étaient une dépendance de kystes hydatiques suppurés du petit bassin.

Nous avons pensé d'abord que cette jeune femme était affectée d'une hématocèle, ce qui était en rapport avec le début subit de la douleur abdominale. Peut-être aurait-on dû penser à une grossesse extra-utérine dont le kyste s'était enflammé. Cette jeune femme était mal réglée depuis quelques mois. Mais la sortie d'une fausse membrane blanche, lisse et molle, analogue aux enveloppes des hydatides, en même temps que la disparition subite de la tumeur, nous fit abandonner l'idée d'une tumeur sanguine ou d'un kyste fœtal, et nous fûmes conduit à nous arrêter à l'idée d'un kyste hydatique enflammé et éliminé par ulcération du rectum.

Les kystes de cette nature sont relativement rares dans le petit bassin, surtout pendant la première moitié de la vie, comme cela résulte des travaux de M. Charcot et de M. Leudet; cependant on en a constaté, et

lorsqu'ils viennent à s'enflammer, ils donnent lieu à un ensemble de symptômes qui ne permettent pas de les passer sous silence à propos du diagnostic différentiel de l'hématocèle rétro-utérine.

Les détails dans lesquels nous sommes entré sur la formation de l'hématocèle, sur le siège et l'abondance de l'hémorragie, ont fait pressentir que le pronostic ne pouvait être le même dans les diverses espèces d'hématocèles. L'hématocèle cataméniale est ordinairement sans gravité; si l'hémorragie n'a pas été considérable, on voit bientôt la tumeur diminuer de volume, la douleur disparaître, et l'utérus reprendre sa position normale. Si, au contraire, l'hémorragie est abondante, la tumeur, non-seulement a beaucoup plus d'étendue et a compromis une plus grande partie du péritoine, mais elle a eu pour conséquence une anémie extrême qui dispose à de nouvelles hémorragies de la trompe, lesquelles, pendant plusieurs mois, pourront accroître la tumeur et l'empêcher d'être résorbée.

Au n° 8 de la salle Saint-Bernard, vous avez pu voir, l'année dernière, une jeune femme qui s'était présentée à nous avec des symptômes d'un phlegmon péri-utérin; puis la tumeur fit des progrès, devint fluctuante, et néanmoins ne tendait point à s'ouvrir du côté des cavités naturelles, je résolus alors d'en faire la ponction sur le point le plus saillant, c'est-à-dire vers la partie inférieure de l'abdomen, à 4 ou 5 centimètres de la ligne blanche. La marche du phlegmon abcédé me donnait lieu de croire que des adhérences existaient entre le kyste et la paroi abdominale, mais je fus fort étonné en voyant sortir de la canule 250 à 300 grammes de sérosité sanguinolente; le reste de la tumeur était constitué par des caillots fibrineux. Grand soulagement aussitôt après la ponction, cessation des accidents fébriles, retour du sommeil; peu à peu la tumeur se résorba, et la malade sortit guérie, après avoir présenté sous nos yeux, pendant plus d'un mois, les signes qui nous avaient fait commettre une erreur de diagnostic. La cause principale de notre erreur avait été la persistance des accidents inflammatoires et l'accroissement progressif d'une tumeur fluctuante; mais il faut noter que, pendant les seize premiers jours, cette femme avait conservé un écoulement sanglant par le vagin, et il est probable que, dans ce cas particulier, la trompe versait dans le péritoine, pendant le même temps, une quantité toujours croissante de sang; cette malade avait une menstruation déviée, intra-péritonéale. Il ne faut point oublier que ces hématocèles, pour ainsi dire continues ou intermittentes, sont souvent liées à un état spécial du sang qui dispose aux hémorragies.

Ce que je vous ai dit de la marche des hématocèles extra-péritonéales me dispense d'insister longuement sur la gravité de leur pronostic; des observations assez nombreuses établissent la fréquence assez grande de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal; ces hématocèles tendent à s'ouvrir dans le rectum ou le vagin, et comme, même après ces ouver-

tures spontanées, on a observé l'infection générale, on devra se garder d'inciser ces tumeurs, à moins d'indications spéciales et pressantes.

Cependant, au début de toute hématocèle, deux indications commandent l'intervention du médecin : l'hémorragie et la péritonite. Si l'hémorragie menace de continuer, il faut avoir recours aux hémostatiques locaux et généraux; l'application de la glace sur l'abdomen, l'administration du ratanhia, de l'acide sulfurique, de l'ergot de seigle, pourront être conseillées avec avantage. Si, au contraire, la douleur de la péritonite prédomine, c'est elle qu'il faut d'abord calmer au moyen des narcotiques, des stupéfiants; l'opium, la belladone, devront être donnés à l'intérieur et appliqués en frictions sur l'abdomen.

Si l'hématocèle est cataméniale, c'est-à-dire très-probablement tubaire, vous devrez surtout vous préoccuper de l'hémorragie, faire tout pour la combattre et la prévenir dans son retour possible.

Il faut souvent rechercher la cause de l'hémorragie dans l'état général : s'il y a chlorose, anémie, vous devrez employer la médication reconstituante, en choisissant pour chaque malade le médicament qui convient le mieux à son état individuel. Telle malade verra disparaître tous les accidents de la chlorose ou de l'anémie, lorsqu'elle sera placée dans des conditions hygiéniques favorables : grand air, exercice, bonne alimentation, satisfaction morale. D'autres fois, il vous faudra avoir recours aux préparations ferrugineuses, aux extraits amers. Bretonneau a conseillé les préparations de quinquina dans les hémorragies, il les donnait avec succès dans les épistaxis, si fréquentes chez les jeunes gens; je crois que pour conjurer de nouvelles hémorragies qui paraîtront liées à l'anémie ou à la chlorose, on pourra, avec avantage, dans les cas d'hématocèles, avoir recours aux préparations de fer et de quinquina.

Est-ce nécessaire de discuter longuement la valeur de la ponction dans le traitement de l'hématocèle? Les chirurgiens qui avaient conseillé de ponctionner la tumeur par le rectum ou le vagin ont été les premiers à reconnaître qu'il fallait s'abstenir de toute intervention chirurgicale, à moins cependant, qu'il n'y eût menace de rupture du kyste dans la cavité péritonéale. Leur réserve doit être imitée, et je ne saurais trop vous recommander de suivre leur exemple. Des faits nombreux ont déjà appris les dangers qu'il y avait à faire communiquer les kystes sanguins avec l'air extérieur, surtout lorsque l'ouverture a été pratiquée à travers un conduit naturel, le rectum, le vagin, où les liquides s'altèrent avec une grande rapidité; aussi croyons-nous que, s'il y a indication formelle d'intervenir chirurgicalement, la ponction devra être pratiquée sur la paroi abdominale antérieure lorsque des adhérences l'auront unie à la tumeur hémattique. En agissant ainsi, on évitera une cause d'infection générale, parce qu'il n'y aura pas, dans ce cas, pénétration dans le kyste des matières contenues dans le rectum et le vagin.