

action utile. Ils réussissent quelquefois à diminuer et même à arrêter l'hémorrhagie. Le deuxième mode consiste dans les injections d'eau glacée qu'on renouvelle fréquemment; j'ai souvent eu à me louer de ces injections, mais elles sont loin de constituer un remède toujours fidèle; souvent on les voit échouer complètement.

2° *Injections acides et astringentes.* — L'eau glacée qu'on injecte dans le vagin peut être chargée de principes acides ou de substances astringentes.

Les injections acides sont, en général, faites avec de l'acide acétique. On pourrait faire usage d'une solution de perchlorure de fer au 20° ou au 30° degré. Cette médication exerce souvent une action très avantageuse pour arrêter une hémorrhagie utérine. Je n'ai pas, malheureusement, encore expérimenté la solution de perchlorure de fer, pour avoir une opinion positive sur cet agent, dans lequel, il me semble, on doit trouver un moyen hémostatique puissant.

Les solutions astringentes peuvent exercer une action extrêmement utile, comme moyen local, dans les métrorrhagies. C'est ainsi que les solutions d'eau chargée de tannin, 10 grammes pour 100 grammes d'eau au moins, sont souvent d'un bon secours.

3° *Tamponnement.* — Lorsque la métrorrhagie résiste à la série des nombreux moyens que nous avons successivement passés en revue, ou bien lorsqu'elle est très abondante et que la femme est dans un danger immédiat, il n'y a jamais à hésiter, il faut pratiquer le tamponnement par le vagin, opération que nous ne pouvons décrire ici, mais que nous signalons et qui doit être employée sans retard.

§ 5. Médication tonique générale.

Tels sont les moyens nombreux qu'on peut mettre en usage contre une métrorrhagie, quelle qu'en soit l'origine. Mais le traitement ne doit pas en rester là; il faut encore songer à deux

points de vue que nous devons signaler à l'attention des praticiens, et sans la considération desquels le traitement qu'on vient de faire n'aurait qu'un succès momentané.

a. La cause de l'hémorrhagie, l'état de santé antérieur de la malade, ses habitudes hygiéniques, doivent être étudiés avec soin par le médecin et modifiés dans le but de prévenir une métrorrhagie future. C'est spécialement dans les cas de métrorrhagie symptomatique qu'il faut agir ainsi, car le traitement des causes physiologiques et pathologiques de l'hémorrhagie a bien plus d'importance encore que celui de l'accident lui-même. A cet égard, nous renvoyons le lecteur à l'histoire des maladies dont la métrorrhagie est le symptôme.

b. La métrorrhagie laisse souvent à sa suite un état anémique porté à un haut degré, et dont le traitement doit être pris en sérieuse considération. Il faudra donc le combattre par une hygiène convenable, les préparations de quinquina, les divers toniques, enfin par tous les moyens que l'hygiène et la médecine mettent à notre disposition.

SECTION II.

DES HÉMORRHAGIES PÉRI-UTÉRINES OU DES HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES.

Depuis une vingtaine d'années, on s'est beaucoup occupé d'une affection qui, bien que connue depuis longtemps, avait cependant été complètement mise de côté. Cette affection est celle à laquelle on a donné le nom d'abord d'*hématocele rétro-utérine*, puis celui d'*hématocele péri-utérine*.

Depuis les premiers travaux sérieux qui ont été publiés sur ce sujet, la clarté, loin de se faire, s'est peu à peu obscurcie. Des discussions nombreuses sur la cause, le point de départ et la nature de cette affection, se sont élevées; les théories les plus diverses ont été proposées pour expliquer la production de cette nouvelle hémorrhagie. Maintenant on possède beaucoup d'observations parfaitement recueillies; des travaux consciencieux ont été faits par des médecins recommandables, et cependant il

est beaucoup de points sur lesquels on est loin d'être d'accord.

A mon avis, ces difficultés tiennent à ce qu'on a voulu faire une seule et même affection de maladies différentes les unes des autres, et qui ont une origine, un mode de production, une évolution différentes. C'est dans la pensée que les choses devaient se passer ainsi, que j'ai entrepris la rédaction de cet article que je ferai précéder d'un exposé historique rapide de la question.

Il est évidemment question de l'hématocèle dans Hippocrate, et M. Voisin (1), dans sa thèse, a cité deux passages bien concluants du père de la médecine sur ce sujet.

C'est cependant à Ruysch (1737) que l'on doit attribuer la première description de l'hématocèle.

Deneux fit connaître plusieurs cas de ce genre (1830).

Récamier publia la première observation bien complète d'hématocèle péri-utérine. Dix ans plus tard, M. Bourdon, un de ses élèves, en décrivit un fait dans son *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin*.

M. Bernutz publia en 1848 un travail relatif aux accidents produits par la rétention du sang menstruel.

En 1849, M. Nélaton s'occupait activement de l'histoire de cette maladie, et appelait sur elle l'attention de plusieurs de ses élèves. La thèse de M. Viguès est l'exposé des premières idées du maître à cette époque.

Depuis, nous avons eu les thèses de M. Prost, en 1854; Fernerly et Cestan, en 1855; Engelhardt (de Strasbourg), en 1858; Voisin et Baudelot, en 1858. Cette dernière est peut-être la plus complète et la plus impartiale que j'aie lue sur ce sujet.

Le travail de M. Gallard, dans lequel nous trouvons pour la première fois la qualification de *rétro-utérine* remplacée par celle plus exacte de *péri-utérine*, mérite également d'attirer l'attention des praticiens.

Les leçons de M. Nélaton, les observations de MM. Robert

(1) Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse de Paris, 1858, n° 10.

Denonvilliers, Nonat, Gosselin, Huguier, Follin, Tardieu, ont contribué à mieux faire connaître cette maladie.

Nous pouvons encore citer l'ouvrage de M. Mikschik sur la *Pathologie des ovaires* (Leipzig, 1854); celui de West, en Angleterre, sur les *Maladies des femmes*; le *Guide du médecin praticien* de Valleix, dans lesquels on trouve de bons articles sur l'hématocèle.

Nous appuyant sur ces nombreux travaux, nous allons essayer de tracer l'histoire de cette maladie.

ARTICLE I. — Anatomie pathologique des hématocèles péri-utérines.

J'ai employé en commençant cet article l'expression *hémorragies péri-utérines*; c'est qu'en effet on ne peut admettre une seule espèce d'hémorragie ou d'hématocèle péri-utérine; il y en a plusieurs variétés bien distinctes, qui peuvent quelquefois se confondre, à une époque donnée de leur évolution.

La division suivante expliquera notre manière de voir.

On doit rechercher dans les hématocèles péri-utérines: le siège primitif, ou l'origine du sang; le siège consécutif, ou le lieu où se rend le sang provenant de sources différentes.

§ 1. Siège primitif des hématocèles péri-utérines.

L'étude de ce siège primitif nous conduit à l'établissement de plusieurs variétés de ces hémorragies, variétés fort différentes les unes des autres.

1° *Hémorragies ovariennes*. — Ces hémorragies ovariennes sont de plusieurs espèces et reconnaissent des causes différentes. On trouve les variétés suivantes:

A. *Kystes sanguins ovariens*. — Ces kystes ont surtout été bien décrits par M. Velpeau, et sont la conséquence d'une hémorragie ovarienne survenue à une époque antérieure.

B. *Hémorragies ovariennes proprement dites*. — Ces hémorragies ont été bien décrites par M. Ch. Robin. Il admet que les kystes sanguins sont dus à une hémorragie avec altération

des vésicules ovariennes. Il y aurait, suivant lui, deux espèces d'hémorrhagies dans les vésicules : l'une constituée par l'épanchement de sang périodique accompagnant la rupture de la vésicule et la sortie de l'ovule ; l'autre espèce se formerait à l'époque de la menstruation ; elle consisterait dans un épanchement de sang qui se ferait simultanément dans une ou plusieurs vésicules, sans que ces organes se soient rompus et vidés de leur contenu.

On trouve souvent une, deux, trois vésicules altérées ; elles sont distendues par un caillot, et leur volume peut dépasser celui d'une noisette. Le caillot qui y est contenu est mou et de couleur gelée de groseille foncée ; leur membrane interne est rougeâtre et marbrée par places isolées de petites taches jaunes.

Ces hémorrhagies vésiculaires se rencontrent aussi bien au centre que vers le bord libre de l'organe ou vers le point d'adhérence de l'ovaire au ligament large.

C. *Rupture d'une veine ovarienne.* — Chaussier (1), M. Fleuriot (2), l'ont trouvée dans des cas de mort subite.

D. *Rupture de petits kystes péri-ovariques.*

2° *Hémorrhagies des trompes.* — On peut observer directement des hémorrhagies des trompes. Il y en a deux variétés :

A. *Hémorrhagie directe des trompes.* — M. Nélaton a eu plusieurs fois occasion de la rencontrer. M. Trousseau en a rapporté dernièrement un nouvel exemple.

B. *Déchirure d'une tumeur sanguine adhérente à l'une des trompes utérines* (Fauvel, *Société anatomique*, 1855).

3° *Hémorrhagie des ligaments larges.* — M. Richet a une fois observé la rupture d'une veine variqueuse des ligaments larges.

On peut faire rentrer dans cette catégorie les recherches que M. Richet a faites sur les varices des plexus utéro-ovariens ; il a insisté avec soin sur la disposition des veines des ligaments larges, et sur le rôle qu'elles peuvent être appelées à jouer dans la production des hématomés.

(1) Chaussier, *Mémoires et consultations de médecine légale*, 1824, 1 vol. in-8.

(2) Fleuriot, *Bulletins de la Société anatomique*, 1855, p. 399.

« J'ai la conviction, dit cet auteur, qu'un très grand nombre de ces tumeurs, récemment décrites sous le nom d'*hématomé péri-utérine* ou *rétro-utérine*, qui se renouvellent à peu près périodiquement à chaque époque menstruelle, ne sont pas autre chose que des dilatations variqueuses de ce plexus utéro-ovarien. Par suite de l'afflux sanguin dont à ce moment tous les organes génitaux sont le siège, le système veineux qui occupe les ligaments larges est distendu outre mesure, et les bosselures qui résultent de cette réplétion sont appréciables par le toucher vaginal.

« On comprend que si la fluxion sanguine est par trop considérable, et surtout si les malades sont obligées à un exercice forcé, une ou plusieurs bosselures variqueuses pourront se rompre et donner lieu à des épanchements dans le tissu cellulaire du ligament large. C'est là probablement ce qui s'est passé chez une infirmière de mon service, sujette depuis plusieurs années à ces congestions péri-utérines, et chez laquelle, à la suite d'un exercice violent (elle avait frotté le parquet), il se fit un brusque épanchement de sang dans le ligament large du côté gauche, qui prit issue longtemps après par une ouverture spontanée dans le vagin. »

4° *Rupture d'une grossesse extra-utérine à l'instant de sa production.* — M. Gallard, qui a observé plusieurs faits de ce genre, en a fait la base de sa théorie, dont il sera question plus loin.

5° *Reflux du sang de l'utérus dans le péritoine.* — D'après M. Bernutz, lorsque, par une cause quelconque, le col utérin vient à s'oblitérer, ou bien lorsqu'un obstacle congénital ou acquis empêche le flux menstruel de sortir au dehors, le sang accumulé dans la cavité de l'utérus fait effort pour sortir ; il ne trouve alors qu'une seule voie accessible, ce sont les trompes, par lesquelles il reflue et s'écoule dans le péritoine.

6° *Simple exhalation sanguine.* — Une hémorrhagie par simple exhalation sanguine peut se produire dans un point quelconque du tissu cellulaire péri-utérin, ou même dans le

cul-de-sac utéro-rectal du péritoine. Ce sont des exhalations sanguines que M. Tardien a observées dans les quatre cas d'hématocèles péri-utérines qu'il a rapportés dans les *Annales d'hygiène* (juillet 1854).

7° Les modifications de composition du sang, et en particulier la diminution de proportion de la fibrine, peuvent encore être le point de départ des hémorrhagies péri-utérines. Cette cause doit être plutôt admise comme un fait possible que comme un fait réel, car je ne sache pas qu'on ait rapporté jusqu'à présent des exemples d'hématocèles péri-utérines dues à cette cause.

Telles sont les différentes espèces d'hémorrhagies péri-utérines que l'on a eu jusqu'à présent occasion d'étudier. Il est probable qu'on n'en restera pas là, et le nombre en sera très certainement multiplié.

Le sang provenant de ces diverses origines bien déterminées, ou d'autres que nous ne connaissons pas encore, ne reste pas toujours dans le point où l'hémorrhagie s'est produite; il se rend dans un autre endroit et prend ce que nous avons appelé un siège consécutif ou plutôt secondaire, qui est celui qu'on a surtout étudié et dont nous allons maintenant nous occuper.

§ 2. Siège secondaire ou consécutif.

Il y a dans la science deux opinions bien opposées, bien contradictoires, relativement au siège secondaire des hématocèles péri-utérines. Pour les uns, le siège est intra-péritonéal, c'est-à-dire que le sang s'accumule dans la cavité du péritoine; pour les autres, il s'accumule dans tout ou partie du tissu cellulaire qui entoure l'utérus, et qui remplit les ligaments larges, etc., etc. Nous devons accorder quelque attention à ces deux manières de voir qui ne s'excluent pas l'une l'autre, comme semblent le croire leurs partisans les plus zélés.

M. Nélaton, et son élève, M. Voisin, sont ceux qui soutiennent avec le plus d'énergie le siège intra-péritonéal de l'hématocèle péri-utérine. Ce sang, qu'il ait pris son origine dans l'ovaire,

la trompe, l'utérus ou les ligaments larges, tombe dans le péritoine, gagne les parties les plus basses du petit bassin, et spécialement le cul-de-sac utéro-rectal, dans lequel il s'accumule en repoussant en haut les anses intestinales. A la suite de cet épanchement de sang, se développe avec une très grande rapidité une inflammation autour de ce produit nouveau; il se forme des adhérences, et bientôt l'épanchement sanguin est limité et circonscrit. La tumeur ainsi formée est limitée en avant par l'utérus et les ligaments larges; en arrière par le rectum et le péritoine; sur les côtés par les parois du bassin; en bas par le cul-de-sac utéro-rectal; et en haut par les anses intestinales réunies ensemble par suite du développement de l'inflammation adhésive.

La seconde opinion a surtout été défendue par M. Nouat et ses élèves, et adoptée par un certain nombre de médecins. Dans cette hypothèse, le sang, quelle que soit son origine, vient gagner le tissu cellulaire péri-utérin ou celui des ligaments larges. Là, tantôt il infiltre ce tissu cellulaire tout entier, tandis que, dans d'autres cas, il se limite à une partie bien plus circonscrite; le plus souvent en arrière, quelquefois en avant; parfois aussi sur les côtés. Le sang ainsi infiltré peut fuser dans tout le tissu cellulaire du petit bassin, refouler en haut le péritoine, le décoller de la face postérieure de l'utérus, et même descendre jusque dans la cloison recto-vaginale.

Tels sont les deux sièges que peut présenter l'hématocèle. A mon avis, et sous ce rapport je suis heureux de partager celui de beaucoup de médecins qui se sont occupés de ce sujet, ces deux sièges sont réels: il y a une hématocèle intra-péritonéale et une hématocèle sous-péritonéale, dont la fréquence relative n'a pas encore été bien déterminée; on a cependant de la tendance à considérer les hématocèles intra-péritonéales comme plus fréquentes que les autres. Cela est possible, mais il n'y a encore aucune statistique qui permette de décider la question.

Quantité du sang. — La quantité du sang constituant l'hématocèle varie beaucoup. Il est d'abord probable que cette

hémorrhagie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et que toutes les fois qu'elle n'est constituée que par une faible quantité de ce liquide, elle nous échappe complètement. On ne peut donc compter que les cas dans lesquels l'hématocèle est formée par une quantité de sang assez considérable pour produire des troubles fonctionnels caractéristiques. En pareil cas, on peut admettre que la quantité de sang varie dans de très grandes limites; on en trouve depuis 100 grammes jusqu'à 1000 et au delà.

Couleur et consistance du sang. — Ces caractères du sang varient beaucoup, suivant son ancienneté et suivant son origine.

Dans les premiers instants de la formation de l'hématocèle, le sang est presque complètement liquide ou mêlé seulement de grumeaux sanguins ou de quelques caillots rouges et mous. Un peu plus tard, la coagulation du sang s'opère, et il se forme un caillot plus ou moins volumineux qui nage au milieu d'une quantité variable de sérosité, rarement claire et transparente. La plupart du temps c'est une sérosité sanguinolente plus ou moins consistante.

A une époque ultérieure, lorsque la résolution de l'épanchement sanguin se fait, que devient le sang? Si on s'en rapportait à ce qui se passe en général dans les kystes hématiques ordinaires, on devrait décrire cette résorption, en admettant qu'elle s'opère, au moyen de la dissolution successive du caillot sanguin dans le liquide qui l'entoure, et dans l'absorption de ce liquide par la membrane kystique qui entoure le sang; c'est ce qui est probable, nous n'avons cependant trouvé aucun détail anatomique qui nous permit d'affirmer la réalité de ce fait. Si ce que dit M. Voisin est exact, les choses ne se passeraient pas tout à fait de la même manière. Suivant lui, dans toutes les observations qu'il a compulsées la tumeur a toujours été très dure, jusqu'à sa disparition complète, et cette dureté n'indiquerait pas la présence d'un liquide. C'est du reste un fait à vérifier.

M. Heurtaux a examiné pour M. Voisin le sang contenu dans une hématocèle. Cet examen microscopique, qui n'avait pas encore été fait, a donné les résultats suivants :

- 1° Des gouttes huileuses blanchâtres ou jaunâtres;
- 2° Des cellules sphériques intactes ou brisées en fragments irréguliers, surchargés de globules de graisse (globules de Gluge);
- 3° Quelques fragments amorphes d'hématoïdine;
- 4° Deux cristaux quadrilatères, dont l'un était terminé d'un côté par un sommet dièdre, et qui paraissait être du phosphate ammoniaco-magnésien;
- 5° Quelques globules sanguins déformés, encore bien colorés;
- 6° Enfin un grand nombre de petites masses noires, de forme anguleuse, ayant des dimensions très variables, résultant de l'altération de la matière colorante du sang.

Kystes. — Le kyste qui s'est formé autour du sang épanché, est constitué de parois plus ou moins épaisses, tantôt unies et lisses, tantôt tomenteuses; quelquefois tapissées d'une couche de fibrine étalée sous forme de fausse membrane.

La cavité du kyste est rarement régulière; la plupart du temps essentiellement irrégulière, elle présente des saillies, des enfoncements, des arrière-cavités; on y trouve des brides, des cloisons incomplètes et même complètes. Quelquefois le kyste semble constitué par plusieurs autres kystes secondaires, qui communiquent alors les uns avec les autres tantôt par des ouvertures assez larges, tantôt par des trajets fistuleux plus ou moins directs.

Le kyste a été trouvé formé dans plusieurs cas où la mort est survenue au bout de quelques heures; c'est précisément ce qui est arrivé dans un des faits que j'ai observés. S'il n'y avait pas d'autres preuves, celle-là serait suffisante pour montrer que le siège de l'hémorrhagie est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il est, en effet, impossible qu'en quelques heures, un épanchement intra-péritonéal ait pu déterminer une inflam-

mation péritonéale circonscrite et la formation d'adhérences et de fausses membranes assez bien organisées pour faire un kyste.

A une époque plus avancée des hémorrhagies, ou bien lorsqu'elles acquièrent rapidement un haut degré d'intensité, on trouve tout confondu. Ainsi, du côté des ovaires, ce sont des kystes sanguins, des foyers hémorrhagiques, ou une destruction plus ou moins complète de leur propre tissu ou une atrophie complète.

Les trompes sont tantôt intactes, tantôt distendues par des caillots sanguins, avec ou sans rupture de leurs parois, et dans ce cas elles sont dilatées d'une manière très notable. On y trouve encore les trompes plongeant au milieu de l'épanchement sanguin, en partie détruites et en partie conservées; dans quelques cas plus rares on a rencontré ces organes oblitérés ou complètement disparus.

ARTICLE II. — Étiologie des hématoécèles péri-utérines.

On peut diviser les causes des hématoécèles péri-utérines en *prédisposantes* et en *occasionnelles*. Nous les étudierons successivement, tout en établissant d'abord que dans un bon nombre de cas les causes de ces affections sont complètement inconnues.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Age. — M. Voisin a rassemblé 38 observations où l'âge est indiqué. Voici les résultats qu'il a obtenus : une femme a moins de 21 ans et une plus de 40 ans; 26 ont de 25 à 35; 7 de 21 à 25; 3 de 35 à 40. C'est à l'âge de 30 ans que la fréquence semble donc la plus grande.

Tempérament. — M. Voisin donne les résultats suivants : 11 femmes avaient le tempérament nerveux, 5 le tempérament sanguin, 1 le lymphatique. Le même auteur pense que plusieurs malades atteintes d'hématoécèle présentaient une impressionnabilité remarquable, une disposition notable aux passions vives.

Menstruation. — Voici les résultats que nous extrayons de la thèse de M. Voisin, et qu'il nous semble utile de rappeler ici.

Sur 13 malades où le fait a été noté, 9 fois la menstruation était régulière et 4 fois irrégulière.

Sur 17 observations où on a observé la manière dont s'accomplissait la menstruation, on a trouvé 9 fois une quantité de sang considérable, 4 fois une proportion normale; 4 femmes perdaient des caillots. Sur ces mêmes 17 femmes, 9 fois l'écoulement menstruel était accompagné de douleurs.

L'hématoécèle a coïncidé d'une manière à peu près constante avec l'époque menstruelle; c'est là ce qui a servi de base à l'opinion de M. Nélaton, qui le premier a admis que la ponte spontanée de l'ovule était une cause prédisposante de l'hématoécèle rétro-utérine, et à la théorie de M. Laugier, qui reconnaît que la cause de cette maladie est la congestion physiologique menstruelle de l'ovaire, portée à un point exagéré, et amenée par des causes accidentelles de diverse nature.

Aménorrhée ou dysménorrhée. — On a noté que chez beaucoup de femmes atteintes d'hématoécèles, il existait de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée. M. Voisin a trouvé qu'il en était ainsi 19 fois sur 29 malades. Voici le fait tel qu'il faut l'admettre : l'auteur a été un peu loin en tirant de ce fait la conséquence que les hémorrhagies des vésicules ovariennes prédisposaient à l'hématoécèle. Voici le raisonnement bien indirect qu'il fait à cet égard. Les hémorrhagies ovariennes, bien décrites par M. Ch. Robin, ont été trouvées par lui coïncider toujours avec des phénomènes d'aménorrhée ou de dysménorrhée; or, trouvant dans un certain nombre de cas l'aménorrhée ou la dysménorrhée, M. Voisin conclut qu'il y avait probablement hémorrhagie ovarienne chez ces femmes, et par conséquent que c'était là le point de départ de l'hématoécèle. Tout ceci n'est qu'une hypothèse basée sur un trop petit nombre de faits et sur une supposition trop gratuite pour être admise comme positive.

Constipation. — Elle est considérée comme pouvant prédisposer à l'hématoécèle en produisant des varices des plexus veineux sous-ovariens; ce fait est possible, mais non démontré.