

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.

d'une manière positive, et l'observation clinique n'est en aucune manière venue le confirmer.

CAUSES OCCASIONNELLES OU EFFICIENTES. — Voici les causes efficientes résumées par M. Voisin : sur 40 observations, 20 fois la cause a été signalée; chez 6 femmes, la maladie coïncidait avec un rapprochement sexuel; 4 fois seulement on a observé qu'il avait eu lieu vers la fin du flux menstruel; 6 fois des violences, des efforts ont été notés; 2 fois ils ont coïncidé avec l'époque menstruelle; 2 fois on a remarqué des émotions morales, des chagrins très vifs; la cause a été produite 1 fois par une grossesse tubaire; 1 fois par une imperforation de l'hymen; et 1 fois par des grossesses extra-utérines.

M. Baudelot, dans sa thèse déjà citée, a résumé les causes connues des hématoécèles péri-utérines dans un tableau fort exact, et que je crois devoir reproduire ici.

Causes prédisposantes.

	Menstruation viciée	par défaut.	Aménorrhée.
			Dysménorrhée.
		par excès.	Métrorrhagie.
Locales...	Adhérences du pavillon de la trompe.		
	Congestion utéro-ovarienne par cause accidentelle morbide ou physiologique.		
	Varices des plexus utéro-ovariens (M. Richet).		
	Kystes sanguins des ovaires et des ligaments larges (MM. Richet et Ch. Robin).		
	Grossesse.		
Générales.	Age (d'aptitude à la reproduction).		
	Tempérament nerveux.		
	Pléthore.		
	Diathèse hémorrhagique.		

Causes efficientes.

Ruptures vasculaires	par suite de congestion excessive (apoplexie).
	par suite de violences mécaniques.
Chute d'un ovule.	
Exhalation sanguine (Tardieu).	
Reflux du sang de l'utérus dans le péritoine (M. Bernutz).	

Avant de passer à l'étude de la symptomatologie, je crois devoir exposer rapidement les trois théories proposées pour expliquer la production et le développement des hématoécèles.

1^o Théorie de la congestion sanguine dans l'hématoécèle.

M. Nélaton le premier, et après lui M. Langier, ont développé une explication basée sur cette origine présumée du sang. Pour ces habiles professeurs, l'hématoécèle est le résultat d'une congestion sanguine des ovaires à l'époque de la ponte spontanée, congestion sanguine qui peut, du reste, être produite par des causes très diverses et dont l'existence est évidemment indispensable pour expliquer l'hémorrhagie qui se produit ensuite. Cette théorie est basée sur la coïncidence à peu près constante de l'hématoécèle avec la ponte spontanée, c'est-à-dire avec la rupture d'une vésicule de Graaf.

Or, si cette congestion sanguine vient à s'exagérer, soit spontanément, soit par des causes diverses, le sang accumulé dans tout le système utérin, s'y trouvant alors en quantité trop considérable, distend les vaisseaux, les tissus, et il n'y a qu'un pas à la rupture des vaisseaux soit de l'utérus, soit de l'ovaire, des trompes ou des ligaments larges.

Beaucoup de faits semblent venir à l'appui de cette manière de voir. Ainsi, on voit les hématoécèles se développer à la suite des règles supprimées, pendant l'existence d'une aménorrhée ou d'une dysménorrhée; quelquefois à la suite d'excès de coït.

2^o Théorie de l'évolution spontanée.

Chaque mois il y a chez la femme rupture d'une vésicule de Graaf et chute d'un ovule. Or, ne peut-il pas se faire que, par une cause quelconque, l'une des trompes ne s'applique pas exactement sur l'ovaire pour recevoir l'ovule et le sang qui l'accompagne, et que cet ovule et ce sang, s'échappant dans la cavité abdominale, produisent une hématoécèle rétro-utérine.

Une variante de cette théorie a été proposée par M. Gallard,

qui a considéré le fait que nous venons de supposer comme réel, et qui a admis que la plupart des hématoécèles péri-utérines étaient dues à la présence d'un ovule qui, ne s'étant pas engagé dans la trompe utérine, a été se loger dans un point quelconque du péritoine ou du tissu cellulaire péri-utérin. Ce médecin a précisément observé plusieurs faits de ce genre; il a trouvé alors l'ovule fécondé au milieu du sang constituant l'hématoécèle à laquelle la femme avait succombé. Ce sont ces observations que M. Gallard a essayé de généraliser, en admettant qu'une grossesse extra-utérine devait être à peu près constamment la cause du développement des hématoécèles.

Il est facile de voir que la théorie de M. Gallard diffère peu de la précédente, dans laquelle on suppose que c'est dans le péritoine que tombent l'ovule et le sang qui l'accompagne, tandis que, pour ce médecin, le fait peut avoir lieu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. La différence est légère, et, du reste, avec la possibilité des deux sièges, il n'y aura aucune difficulté à les admettre tous les deux; mais il faudra encore bien des observations pour qu'une telle conclusion fût vraie; on devra démontrer la présence de l'ovule dans la plupart des hémorrhagies de cette espèce. M. Baudelot, qui a combattu fortement cette théorie, a surtout invoqué contre elle les arguments suivants :

1° La quantité de sang rendue à chaque époque cataméniale par le vagin est, d'après Burdach, de 200 à 500 grammes, mais il provient et de la cavité utérine et de l'ovaire : par conséquent, la quantité de sang fournie par la vésicule de Graaf ne peut être appréciée, mais elle doit être bien minime; il y aurait là peu de sang pour constituer une hématoécèle.

2° Il rapporte la description de M. Coste, qui démontre le peu de sang qui accompagne la déchirure de la vésicule ovarienne. Cette description est tellement nette que je crois devoir la transcrire ici.

« On voit la vésicule de Graaf s'hypertrophier notablement et venir former une saillie à la surface de l'ovaire. Cette augmen-

tation considérable de volume est due à ce que le liquide que contient la vésicule, surabondamment sécrété, en distend de plus en plus les parois. A mesure que ce développement fait des progrès, les parois de la vésicule s'amincissent, deviennent transparentes; les vaisseaux qui les parcourent, comprimés par l'effet de la dilatation, perdent de leur volume, s'oblitérent et s'atrophient, surtout dans le point culminant où la résistance est moins puissante; enfin, parvenue au terme de son accroissement, la capsule ovarienne semble devenir stationnaire jusqu'au moment où une surexcitation, provoquée soit par la maturité de l'œuf, soit par le rapprochement des sexes, vient en déterminer la rupture. »

Pour répondre à ces objections, fondées sur la petite quantité de sang fourni par l'ovaire au moment de la ponte, M. Gallard invoque la congestion de l'ovaire, qui serait, pour lui, non plus primitive, mais consécutive au début de la maladie et résulterait de l'inflammation propagée à l'ovaire par suite de l'extravasation du sang hors des voies qu'il parcourt naturellement, et il suppose, en outre, que la quantité de sang fournie par l'ovaire devra être plus considérable si l'ovule est fécondé, que s'il se détache naturellement par suite d'une ponte tout à fait spontanée. C'est donc faire intervenir encore comme élément essentiel la congestion de l'ovaire, et rapprocher ainsi, par un nouveau point de contact, sa théorie de celles de M. Nélaton et de M. Laugier.

M. Voisin, dans sa thèse, n'a pas cru devoir rejeter cette théorie. Néanmoins, il y a fait quelques modifications que je reproduirai ici textuellement et qui sont relatives soit aux hématoécèles péri-utérines développées à l'époque menstruelle, soit à celles qui se produisent dans leur intervalle.

Relativement au mécanisme de l'épanchement péritonéal, d'après M. Voisin, « du sang sort de l'ovaire en plus grande quantité qu'à l'état normal; il pénètre dans la trompe au moment où elle embrasse la glande de son pavillon, et dilate le canal de l'oviducte; si la dilatation n'est pas en rapport avec la

quantité de sang qui s'écoule, il se produit des éraillures de la trompe, de son pavillon, et finalement un épanchement péritonéal.»

Relativement aux hématoécèles qui se produisent en dehors de l'époque menstruelle, voici son explication :

« Les faits qui précèdent tendent à démontrer que la période menstruelle est la plus favorable à la production de l'hématoécèle rétro-utérine; mais en dehors de cette époque et chez une femme dont les plexus ovariens sont ordinairement turgides, on est en droit de supposer qu'une excitation vénérienne puisse amener dans l'ovaire une congestion momentanée capable de déterminer la rupture d'une vésicule de Graaf et s'accompagner d'hémorrhagie.

» Mais, dans ce cas particulier, la trompe n'est plus appliquée sur l'ovaire comme au moment de la menstruation. L'ovaire seul et ses veines sont congestionnés; la glande est bien soulevée par ses plexus turgescents, comme pour se porter au-devant de la trompe, mais l'oviducte ne participe pas à la congestion; son pavillon n'embrasse pas l'ovaire, et le sang qui s'en écoule se porte dans la cavité péritonéale.»

M. Oulmont, dans un travail lu récemment à la *Société médicale des hôpitaux*, a rapporté deux faits très intéressants d'hématoécèle péri-utérine, et il les a fait suivre de quelques réflexions qui le conduisent à incliner vers l'opinion émise par M. Fenery, et vers laquelle paraît également pencher M. Voisin. Voici sur quoi il se base.

Dans la deuxième observation, indépendamment du kyste sanguin, il a pu retrouver les trompes et les ovaires, étudier leurs dispositions et leurs rapports avec ce kyste. Ces trompes affectaient toutes deux une direction analogue; elles décrivaient toutes deux une courbe à convexité externe et, se dirigeant obliquement en bas et en arrière, elles venaient s'ouvrir dans la poche péritonéale, où leur pavillon était méconnaissable au milieu de nombreuses adhérences celluleuses. Vers le milieu de leur trajet, ces trompes avaient subi une dilatation très

marquée, dans la trompe gauche surtout, qui eût pu contenir une petite noix. Ces dilatations contenaient un liquide noirâtre, analogue à celui qu'on trouvait dans le kyste rétro-utérin. Les ovaires étaient perdus au milieu du tissu cellulaire épaissi; on ne trouvait même que des vestiges de celui du côté gauche. Il semble à M. Oulmont que ces lésions jettent quelque jour sur la manière dont l'hémorrhagie s'est formée: « Ne dirait-on pas, ajoute-t-il, qu'il y eût chez notre malade une sorte d'hémorrhagie tubaire double, et que le sang accumulé dans les trompes se serait frayé une voie à travers les pavillons pour aller s'épancher dans la cavité utérine. Cette hypothèse, imaginée par M. Fenery pour expliquer la maladie chez un sujet qui offrait des lésions analogues à celles que nous avons trouvées chez notre malade, me semble confirmée par les détails que nous avons donnés.»

3^e Théorie du reflux du sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine.

Cette théorie a été émise pour la première fois par M. Bernutz, dans un mémoire qu'il a publié en 1848 dans les *Archives générales de médecine*.

M. Bernutz, partant de ce point, admet que des causes diverses peuvent oblitérer le col utérin, et que par un obstacle congénital ou acquis fermant au sang menstruel la voie qu'il suit pour s'écouler au dehors, ce sang s'accumulera dans la cavité utérine; voici ce qui arrivera alors, d'après M. Bernutz.

« Si l'excrétion est toujours empêchée, le liquide sécrété s'accumulera de plus en plus dans les cavités sécrétantes; il y aura bientôt une distension plus ou moins considérable de cet organe; l'utérus, par l'épaisseur, par la contractilité de ses parois, résistera en partie à la distension; le liquide viendra se rendre dans la cavité résultant de l'ampliation de la trompe et du corps frangé, incapable de réaction suffisante. Cette deuxième période de la rétention du flux menstruel donnera lieu à des

symptômes qui auront beaucoup de ressemblance avec ceux des phlegmons des ligaments larges. Ces accidents disparaîtront encore lorsque les règles commenceront à pouvoir s'écouler au dehors; mais le plus souvent cette distension aura engendré des altérations secondaires qui exigent plus ou moins de temps pour disparaître complètement.

» Que la distension soit portée plus loin, ou bien que les trompes et l'ovaire n'aient entre eux que des rapports moins intimes, le liquide cataménial s'écoulera dans le ventre. Cet épanchement plus ou moins considérable donnera lieu à une péritonite qui, le plus souvent, restera partielle, mais qui, une fois développée, pourra envahir toute la séreuse. Dans cette troisième période, l'apparition extérieure des règles ne peut plus, ou le conçoit, faire disparaître les accidents; il y a là un élément de plus qui, tant qu'il persiste, entrave l'effort nécessaire à l'expulsion du sang menstruel.

» Tels sont, pour ainsi dire, les trois degrés de la période aiguë de l'aménorrhée par rétention: 1° réplétion des cavités sécrétantes; 2° distension et réaction de ces cavités; 3° solution de continuité, passage dans l'abdomen du liquide qui distendait cet organe.»

On a adressé à la théorie de M. Bernutz les objections suivantes :

Le passage du sang et, en général, de tout liquide quelconque de l'utérus dans la trompe, est excessivement difficile;

Le canal tubaire est d'une étroitesse extrême;

Dans la plupart des cas d'hématocèles observées, on trouve le vagin et la cavité du col utérin parfaitement libres;

On voit fréquemment des cas d'hydrométrie très intenses, sans que le liquide passe dans le péritoine.

Telles sont les trois théories qui ont été proposées pour expliquer le mécanisme des diverses espèces d'hématocèles. J'ai tenu à transcrire dans plusieurs points les parties les plus importantes de ces théories, telles que les auteurs les ont exposées, afin d'être plus certain de présenter exactement leur manière de

voir. Quant à me prononcer, c'est autre chose. Il y a encore bien des recherches à faire avant d'être en mesure de formuler une opinion bien nette à cet égard. Je dirai donc que ces trois théories ont toutes trois un côté séduisant, mais qu'à toutes trois aussi on peut adresser des objections sérieuses. Peut-être sont-elles vraies toutes trois, et, de même qu'on admet actuellement, sous le rapport anatomo-pathologique, plusieurs variétés d'hématocèles péri-utérines, peut-être aussi admettra-t-on plus tard les divers mécanismes invoqués, et reconnaîtra-t-on qu'ils s'appliquent à des cas différents.

M. le professeur Trousseau, dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu et dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte (1858, n° 72), a fait l'histoire de l'hématocèle péri-utérine. Nous allons essayer d'exposer les opinions de l'honorable professeur.

Pour M. Trousseau, il règne une très grande confusion sur ce sujet, car, sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine*, on comprend toutes les tumeurs sanguines intra-pelviennes, toutes les hémorragies du petit bassin, sans tenir compte des causes excessivement multipliées qui peuvent les produire.

La plupart des auteurs qui ont fait cette confusion, et je suis de ce nombre, loin de confondre tout, ont au contraire beaucoup simplifié la question, en démontrant que les tumeurs auxquelles on donnait le nom d'hématocèles péri-utérines, reconnaissent les origines les plus différentes; cette origine étant une fois bien établie, et sans tenir compte du point d'où provient le sang, il est facile de comprendre que le sang peut se comporter toujours de la même manière, c'est-à-dire produire la tumeur ou la collection sanguine appelée *hématocèle extra-ou sous-péritonéale*.

M. Trousseau, mettant donc de côté les diverses espèces d'hémorragies du petit bassin, entend de la manière suivante l'hématocèle à laquelle il donne le nom d'*hématocèle rétro-utérine cataméniale*.

A chaque époque menstruelle il se fait un travail préparatoire

qui s'annonce par des phénomènes congestifs intenses du côté des ovaires, des trompes, de l'utérus, et en général de tous les organes du petit bassin; cette fluxion cataméniale a pour résultat l'hémorrhagie menstruelle. Pour M. Trousseau, cette hémorrhagie se fait par la membrane muqueuse utérine, et nullement, comme beaucoup de médecins le pensent, par les ovaires. Or, pour qu'une hématocele se produise, il faut, suivant lui, que l'hémorrhagie se fasse par une membrane muqueuse, qui serait celle du pavillon de la trompe, si voisine et si près de la membrane séreuse péritonéale. Ainsi, dit-il, l'écoulement sanguin cataménial a lieu par la muqueuse utérine, tandis que c'est par la muqueuse du pavillon de la trompe et par la muqueuse de la trompe elle-même que se font les hémorrhagies produisant l'hématocele. Cette explication est celle qui a été donnée par M. Fenery d'abord, plus tard par M. Voisin, et tout récemment par M. Oulmont.

Je suis loin de méconnaître cette influence, mais c'est une cause qu'il faut mettre à côté des autres; c'est une des origines de l'hématocele.

Une des raisons sur lesquelles M. Trousseau appuie son opinion, c'est que dans la généralité des faits observés, les femmes atteintes d'hématocele avaient habituellement des règles abondantes, qu'elles étaient par conséquent sujettes aux hémorrhagies utérines, et qu'il y avait chez elles une disposition analogue à celle de l'hémoptysie par exemple.

Du reste, l'honorable professeur tombe tout à fait dans notre manière de voir, quand il dit, en parlant de l'hématocele péri-utérine considérée d'une manière générale: «J'en exclus tout » d'abord les épanchements sanguins, les thrombus rétro- et » péri-utérins consécutifs aux déchirures vasculaires, aux ruptures de l'œuf dans la grossesse extra-utérine, et je réserve » la place entière à l'hématocele cataméniale. Ces thrombus » s'annoncent, il est vrai, par les mêmes symptômes; les tumeurs qu'ils forment sont bien les mêmes que celles formées » par l'hématocele; mais ils diffèrent essentiellement de celle-ci:

« ce n'est pas la même maladie. » La conclusion ne s'accorde pas avec les prémisses; je dirai plus, c'est la même maladie qui diffère par la cause. Il est cependant une différence sur laquelle insiste M. Trousseau, et qui a sa valeur; une observation ultérieure portant sur un nombre plus considérable de sujets viendra seule démontrer s'il en est ainsi.

Il existe une différence entre le thrombus intra-pelvien et l'hématocele cataméniale: le premier, une fois guéri, ne se reproduit plus qu'autant que surviennent de nouveau les causes accidentelles qui l'ont déjà amené. La seconde guérit aussi; mais si la cause subsiste toujours, la femme se trouve sous le coup du retour de la maladie. M. Trousseau s'est surtout appuyé, pour admettre cette différence, sur une femme qu'il a observée et qui a été atteinte trois fois d'hématocele.

ARTICLE III. — Symptomatologie des hématoceles péri-utérines.

Mode de début. — Le début est assez variable et se présente sous deux formes différentes. Dans une première forme, l'hématocele met un ou plusieurs jours à se produire. La malade accuse alors des douleurs, d'intensité variable, siégeant dans le bassin, s'irradiant aux cuisses, en même temps que le flux menstruel semble augmenter au lieu de diminuer, et arrive quelquefois à l'état de perte véritable.

Dans la seconde forme de début, l'invasion est rapide, subite; les malades accusent tout d'un coup dans le bassin des douleurs violentes, intenses, qu'elles comparent à une sensation de brûlure ou de déchirure; en même temps, le flux menstruel diminue et se supprime presque toujours.

§. I. Symptômes des hématoceles péri-utérines une fois produites.

SYMPTÔMES LOCAUX. — Douleur. — La douleur est un des caractères les plus constants et les plus absolus de l'hématocele; son siège est dans la région pelvienne, à laquelle elle reste quelquefois bornée, comme aussi elle peut s'irradier au delà.