

plus volontiers que dans tout autre cas, en raison de la résistance ordinaire et de l'extrême vascularité des adhérences. La technique ne présente d'ailleurs rien de spécial (voy. 2^e partie). Le fœtus une fois extrait par les pieds et le cordon lié, on cherchera à momifier le placenta en l'imprégnant d'un mélange de poudre de tannin et d'acide salicylique ou de benzoate de soude (Werth); il est expulsé par lambeaux, du dixième au vingtième jour. Le sac peut se fermer en quinze ou vingt jours; au bout de deux mois, on ne trouve plus trace de ses parois (Pinard).

b. EXTIRPATION TOTALE. — Si l'extirpation est jugée possible, après avoir fixé provisoirement la poche et extrait le fœtus, on coupe les points de suture et l'on rompt successivement les adhérences, en faisant à mesure une hémostase soigneuse. Il faut savoir d'ailleurs s'arrêter à temps et se borner à une simple extériorisation de la poche si l'intérêt vital de la patiente le commande. Pozzi a réuni 27 cas d'extirpation totale pratiqués en ces dernières années, avec 26 guérisons et 1 mort.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Dans son acception la plus large, le terme *hématocèle* désigne une collection sanguine enkystée dans le bassin, autour de l'utérus. Mais une distinction s'impose, au double point de vue clinique et anatomique, relativement au siège de l'épanchement qui est *intra* ou *extra-péritonéal*.

I. — HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE

Nous rappellerons, comme se rattachant plus particulièrement à l'histoire de la question, les noms de Ruysch (1737), de Bernutz (1843-80), de Nélaton et de son élève Viguès (1849-53), de Nonat (1855), de Gallard (1858-60), de Ferber (1862), de Virchow (1863), de Besnier (1877), de Veit (1877), de Poncet (1878), de Jousset (1883), de Schröder (1868-88), de L. Tait (1889-94), etc.

L'hématocèle intra-péritonéale est aussi qualifiée de *rétro-utérine* (Nélaton), *utérine* (Bernutz), *péri-utérine* (Gallard, Poncet), *circum-utérine* (de Sinéty), *pelvienne* (Mc Clintock, Pozzi).

Étiologie et pathogénie.

Les recherches sur la pathogénie de l'hématocèle ont engendré de nombreuses théories qui se groupent sous deux chefs principaux : l'épanchement du sang est *primitif* et provient d'un des organes du petit bassin; ou bien il est *secondaire* à la pelvi-péritonite.

A. Théories de l'épanchement primitif. — 1^o *Le sang provient de l'ovaire.* — Au moment de l'hyperhémie menstruelle, la trompe ne s'appliquant pas sur l'ovaire, le sang qui provient de la rupture du follicule de de Graaf s'épanche dans le péritoine (Nélaton, Lenoir, Laugier). La théorie de la *ponte extra-utérine*, de Gallard, que l'ovule soit fécondé ou non, et que la ponte se fasse pendant les règles ou dans leur intervalle, se rapproche de la précédente.

2^o *Le sang provient de la trompe.* — L'exagération de l'hémorragie physiologique *intra-tubaire* entraîne l'épanchement du sang dans le péritoine (Trousseau, Puech); ou bien, le sang, qui provient en surabondance de l'ovaire, pénètre dans la trompe, la dilate et s'épanche secondairement (Voisin).

3^o *Le sang provient de l'utérus.* — Le sang menstruel reflue dans le péritoine, par les trompes, lorsqu'un obstacle existe à son écoulement normal [spasme du col (Ruysch, Haller, Bernutz), endométrite exfoliatrice (A. Guérin)].

4^o *Le sang provient de la rupture des veines, variqueuses* (Ollivier d'Angers, Richet, Devalz), ou non (Puech), du plexus utéro-ovarien.

5^o *Le sang provient de la rupture d'une grossesse extra-utérine.* Huguiet, qui en avait observé deux cas, donnait à ces épanchements le nom de *pseudo-hématocèles*. La théorie de Gallard, dans sa seconde proposition, *ponte intra-péritonéale de l'ovule fécondé*, se rapproche de celle-ci.

B. Théories de l'hémorragie secondaire à la pelvi-péritonite [*pachy-pelvi-péritonite hémorragique* (Besnier, Dolbeau, Virchow, Ferber, Friedreich, etc.)]. — Il existe préalablement une pelvi-péritonite subaiguë ou chronique; les vaisseaux de nouvelle formation, peu résistants, se rompent dans l'épaisseur ou dans l'intervalle des néo-membranes. C'est un mécanisme analogue à celui de l'hématocèle de la tunique vaginale (Gosselin).

Toutes ces théories s'appuient sur des autopsies. Aucune ne peut être généralisée; mais il semble actuellement prouvé qu'on a le plus souvent affaire à la *rupture tubaire* (1). Cette opinion d'une

(1) Voir Binand, *Thèse*, Bordeaux, 1892.

grossesse tubaire préalable, pressentie par Bernutz, Besnier, Schröder, Gallard, est partagée par Veit, Kiwisch, Fritsch, Imlach, L. Tait, B. Hart, Thomas, Emmet, Lusk, Parvin, Barnes, Galabin, Playfair, Pozzi, Segond, etc., etc.

Que la rupture soit due à la surdistension de la trompe, aux altérations de sa paroi (Kaltenbach) ou aux adhérences extérieures, elle a ordinairement lieu dans les deux ou trois premiers mois (voir chap. 1). L'hémorragie, toujours abondante, se fait subitement ou par afflux successifs dans le cul-de-sac de Douglas où elle s'enkyste ou dans une poche péritonéale préexistante.

En dehors de la rupture de la grossesse tubaire, l'hématocèle intra-péritonéale provient des causes suivantes, comprises ou non dans les théories sus-énoncées : rupture d'un hémato-salpinx, d'un kyste hématique de l'ovaire (Bœckel, Laugier, Rollin, voir livre VI); salpingorrhagie (Pozzi) résultant d'une affection tubaire ou de l'exagération du flux cataménial ; débordement de l'hématométrie ; ouverture d'une veine du plexus tubo-ovarien ou de vaisseaux de nouvelle formation dans des loges de pelvi-péritonite. Dans ces différents cas, l'épanchement est généralement moins considérable et plus lent à se former.

En somme, l'hématocèle intra-péritonéale dépend le plus souvent de la *salpingite*, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire des lésions qu'elle entraîne (péri-salpingite, péri-ovarite, grossesse tubaire, etc.).

Les *hémorragies intra-péritonéales* qui se produisent parfois, au cours de certaines intoxications ou infections (f. éruptives, f. typhoïde, ictère grave), dans le scorbut, l'hémophilie, ou sous l'influence de l'une quelconque des causes précitées, n'ont pas l'allure de l'hématocèle proprement dite quand le péritoine est absolument sain, car, en ce cas, il résorbe rapidement le sang qui s'y épanche. L'*enkystement* suppose une altération préalable de la séreuse (Ferber, Poncet), ordinairement réalisée par les lésions préexistantes des trompes, et, en seconde ligne, un écoulement sanguin sans pression trop forte.

L'hématocèle, plus fréquente entre vingt-cinq et trente-cinq ans, est, tout compte fait, une affection assez rare, malgré l'opinion de Seyfert et d'Olshausen qui l'auraient observée respectivement chez 5 p. 100 et 4 p. 100 de leurs malades.

Exceptionnelle chez les vierges, elle se déclare ordinairement au cours des règles ou d'une congestion pelvienne, parfois spontanément, mais, le plus souvent, à l'occasion d'un traumatisme abdominal, d'un effort, d'une chute, du coït, d'une injection froide,

d'un refroidissement général, d'une émotion vive, ou encore, d'un avortement (Byford).

Anatomie pathologique.

La tuméfaction *siège* sur le plancher du bassin, dans le cul-de-sac de Douglas, entre l'utérus et le rectum (*h. rétro-utérine*) ; beau-

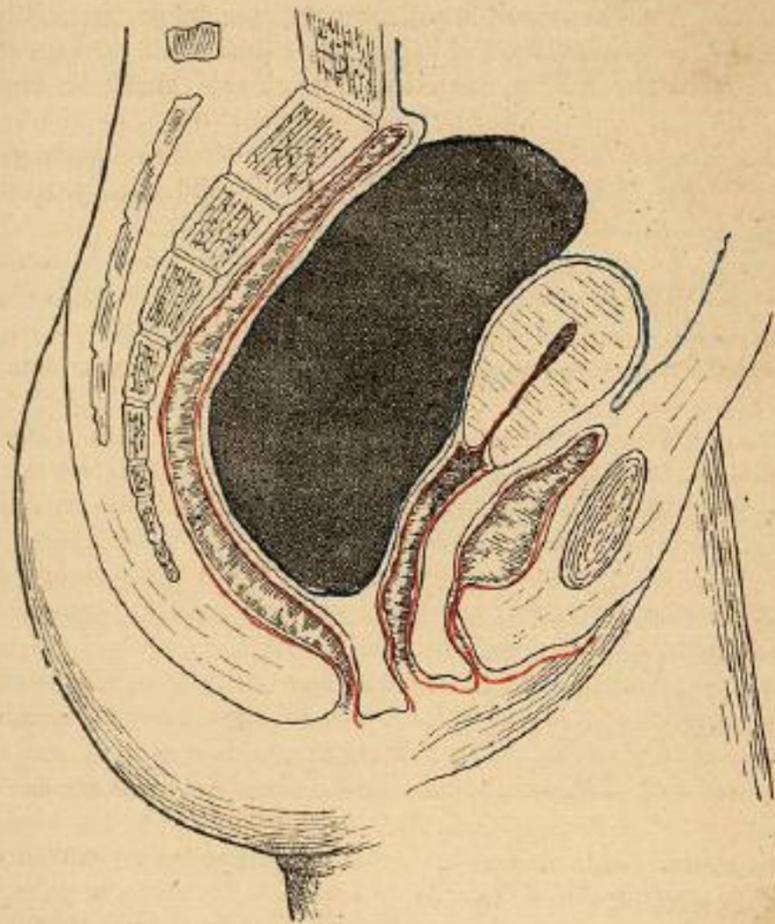


Fig. 140. — Hématocèle intra-péritonéale, rétro-utérine.

coup plus rarement, entre l'utérus et la vessie (*h. anté-utérine*) ; il faut, pour qu'elle se localise en ce dernier point, que le cul-de-sac recto-utérin soit comblé par des adhérences ou par une tumeur.

Dans la forme la plus fréquente, elle est en rapport : en *avant*, avec l'utérus, qui est comprimé ou refoulé en haut derrière le pu-

bis, parfois avec la paroi abdominale quand l'épanchement est considérable et abaisse l'organe; en *arrière*, avec le rectum, qui est aplati contre le sacrum; en *haut*, avec la masse intestinale qu'elle soulève; en *bas*, avec le cul-de-sac de Douglas; *latéralement*, elle peut s'étendre plus ou moins loin, en dehors de l'utérus. La poche peut atteindre ou même dépasser le volume d'une tête d'adulte. Quand l'épanchement est secondaire à la pelvi-péritonite, elle est formée par des fausses membranes plus ou moins épaisses, cloisonnées, adhérentes à l'intestin, aux franges épiploïques, à l'épiploon, aux annexes. Quand l'épanchement s'est fait dans un cul-de-sac absolument libre, elle est uniloculaire et constituée, dès le troisième jour (Jousset), par des néomembranes qui se moulent sur le sang épanché et le séparent, à la façon d'un véritable diaphragme pathologique (Bernutz), du reste de la cavité abdominale, en agglutinant l'intestin, l'épiploon, l'S iliaque.

Peu à peu les parois augmentent d'épaisseur et de consistance par stratifications successives de néomembranes et de dépôts fibreux, et peuvent arriver à présenter, par places, une dureté quasi cartilagineuse, tandis qu'en d'autres points elles demeurent minces et souples.

Le sang retenu ne garde pas longtemps sa fluidité. Il se transforme bientôt en un liquide de couleur rougeâtre ou noirâtre et mélangé de caillots. On rencontre assez souvent des débris de fœtus (38 fois sur 59 cas réunis par Binaud; 41 fois sur 40 cas opérés par Tait) et, plus souvent encore, du placenta ou, tout au moins, des villosités chorales mélangées à des caillots contenus dans l'une des trompes, ordinairement rompue.

Abandonné à lui-même, l'épanchement finit par se résorber ou suppurer. Dans ce dernier cas, on rencontre, à l'ouverture du ventre, une masse de caillots blanchâtres surnageant, dans un liquide citrin, au-dessus d'une couche plus ou moins épaisse de pus.

Enfin, indépendamment des lésions annexielles préexistantes, on peut observer des lésions de voisinage, telles que compression et dilatation des uretères avec néphrite consécutive (Dumontpallier), étranglement intestinal (A. Magnin).

Symptômes.

SYMPTÔMES SUBJECTIFS ET FONCTIONNELS. — La multiplicité de ses causes permet de comprendre que l'hématocèle puisse être précédée de troubles assez variables: tantôt les règles ont diminué ou dis-

paru depuis deux ou trois mois; il s'est produit du gonflement des seins, des malaises, des troubles gastriques, etc. (se reporter au chapitre précédent); tantôt la malade présentait depuis longtemps des symptômes de métrite, d'ovario-salpingite, avec ou sans poussées de pelvipéritonite, des troubles menstruels divers.

Quand il s'agit de la rupture d'une grossesse tubaire, ce qui est le cas le plus fréquent, l'hématocèle s'annonce d'une façon brusque et plus ou moins dramatique.

Dans la forme *cataclysmique* (Barnes), la malade est prise subitement d'une douleur intense dans le petit bassin, avec petitesse du pouls, hypothermie, état syncopal pouvant être suivi de mort rapide.

Mais, plus souvent, le collapsus prend fin pour céder la place à des phénomènes d'irritation péritonéale et des symptômes d'anémie aiguë.

Il survient des douleurs péritonéales vives, ressemblant à des coliques intestinales (Courty) qui, s'irradiant vers les reins et le rectum, s'exaspèrent au moindre mouvement. Le météorisme manque rarement; la pâleur est extrême, la soif ardente, la respiration anxieuse, le pouls filiforme et incomptable. Il y a des frissons, des nausées, quelquefois des vomissements, des bourdonnements d'oreilles, de l'obscurcissement de la vue, avec beaucoup d'agitation. La température centrale se relève, peut atteindre 39° et contraste avec le refroidissement des extrémités.

Au bout de deux ou trois jours, cet état s'amende: les douleurs deviennent plus sourdes, le météorisme diminue, la température s'abaisse, tout en se maintenant souvent encore vers 38° pendant plusieurs jours. J. Bartlett a signalé l'apparition d'une large ecchymose sous-ombilicale.

Mais tout danger n'est pas écarté, car l'hémorragie peut se reproduire une ou plusieurs fois avant que l'enkystement ne soit effectué et entraîner la mort.

Quand l'hématocèle relève de toute autre cause (salpingorrhagie menstruelle, rupture de vaisseaux néoformés dans une poche néomembraneuse, etc.), elle se fait ordinairement avec beaucoup moins de fracas et peut même passer inaperçue. La douleur est alors plus localisée et moins vive, le ballonnement moindre et les symptômes d'anémie peu ou point marqués.

Les phénomènes de compression, proportionnels à l'abondance de l'épanchement, s'accroissent, surtout du côté du rectum, par la douleur spontanée et de la *dyschésie*, par la constipation, l'occlusion, la rectite glaireuse; du côté de la vessie, par la dysurie le ténesme

et, plus rarement, par la rétention ou l'incontinence ; du côté des nerfs, par des névralgies lombo-abdominales et crurales ; exceptionnellement, du côté des uretères, des reins, des veines iliaques.

Il est ordinaire que l'utérus présente un suintement sanglant dont la pathogénie est du reste très variable (simple congestion, métrite, expulsion de caduque, évacuation de la trompe).

SIGNES PHYSIQUES. — Quand l'épanchement s'est fait dans un péritoine libre d'adhérences, on perçoit, par le palper combiné, une tumeur arrondie qui fait saillir le cul-de-sac de Douglas, repousse l'utérus en haut et en avant contre le pubis et, plus rarement, en bas, remonte sur ses faces latérales ou même les dépasse largement, d'un côté et de l'autre : dans ce cas, elle affecte la figure d'un cœur de carte à jouer dont la dépression médiane correspond à l'utérus.

La fluctuation n'est guère perceptible que tout à fait au début et, plus aisément, par le toucher rectal combiné à des pressions rapides, mais légères, sur la région hypogastrique. Elle fait bientôt place à une résistance élastique au milieu de laquelle on peut parfois démêler la crépitation des caillots, comparable à celle de la neige froissée. Plus tard, la consistance devient inégale et les alternatives de mollesse et de dureté que rencontre le doigt explorateur pourraient parfois faire croire qu'on a crevé la poche.

Quand le cul-de-sac de Douglas est oblitéré par des adhérences, l'épanchement se fait au-dessus de lui et assez haut, quelquefois, pour être inaccessible par le vagin ; ou bien, en avant de l'utérus (*hématocèle ante-utérine*), dans le cul-de-sac vésico-utérin : c'est alors ce cul-de-sac qui bombe dans le vagin et la main hypogastrique ne perçoit pas l'utérus en avant de la tumeur.

Marche.

En dehors des cas, assez rares, où la mort survient rapidement par le fait de l'abondance ou de la répétition de l'hémorragie, l'hématocèle, après apaisement des accidents du début, prend ordinairement une allure chronique. Quand l'épanchement doit se résorber, les douleurs pelviennes vont en diminuant peu à peu, se ravivant à l'occasion des règles, du coït, d'un effort.

Les symptômes généraux disparaissent ; la tumeur décroît, se rétracte ; l'utérus s'éloigne progressivement de la symphyse, mais peut demeurer définitivement fixé dans une position vicieuse. La résorption n'est souvent complète qu'au bout de cinq ou six mois

La rupture spontanée du kyste sanguin dans la cavité abdominale est un accident de début et relativement rare (6 fois sur 52, Courty). Suivant que le sang épanché est ou non aseptique, il se résorbe ou provoque la péritonite.

Une terminaison plus fréquente est l'ouverture dans une cavité voisine, après inflammation de la poche et suppuration de son contenu. L'infection procède sans doute, presque toujours, de la voie utéro-tubaire et se montre à une période assez éloignée du début. La malade est prise de frissons, de nausées, de vomissements ; la température s'élève, les phénomènes de voisinage s'accroissent, la tumeur devient douloureuse, se ramollit, puis se rompt, en donnant issue à un sang noir, épais, visqueux, plus ou moins mélangé de pus.

L'ouverture dans le rectum est assez fréquente (13 fois sur 52, Courty), et s'annonce par de la rectite glaireuse et des coliques. Si elle est suffisamment large pour permettre l'évacuation complète, elle se ferme assez vite et il ne persiste bientôt plus qu'un petit foyer d'induration. Est-elle étroite et fistuleuse, l'évacuation se fait en plusieurs temps et peut durer plusieurs semaines ; dans ce cas, la guérison peut encore s'établir à la longue, mais il faut s'attendre à voir la malade succomber à la septicémie chronique.

L'ouverture dans le vagin est plus rare (7 fois sur 52) et beaucoup plus favorable. Enfin, la poche peut encore se rompre dans le vagin et le rectum, à la fois ; dans la vessie, dans la cavité abdominale, en occasionnant une péritonite suraiguë.

Pronostic.

L'hématocèle peut être suivie de mort : très rapidement quand l'hémorragie est abondante ; à brève échéance si elle se répète à courts intervalles ou si la poche néoformée se rompt ; plus ou moins tardivement, du fait de la suppuration. Ces diverses éventualités ne répondent heureusement qu'à la minorité des faits ; mais, dans les cas les plus heureux, il persiste presque toujours des lésions pelviennes, antécédentes ou consécutives à l'épanchement : déviations utérines, brides péritonéales, fistules, etc., qui sont la cause de troubles prolongés. L'hématocèle entraîne généralement la stérilité. Il est rare qu'elle récidive (Schröder).

Diagnostic.

Une hématocèle de grand volume, survenant brusquement, avec un ensemble de symptômes graves d'anémie aiguë et de périto-

nisme, est pour ainsi dire toujours due à la rupture d'un kyste fœtal, et l'on se reportera, dans ces circonstances, pour le diagnostic différentiel, à ce qui a été dit au chapitre précédent.

Une hématocele de *moyen* ou de *petit volume*, avec manifestations moins dramatiques, peut être également due à l'évolution de la grossesse tubaire, à une *fissuration prémonitoire de sa rupture*, ou à l'une quelconque des causes, d'intervention moins fréquente, que nous avons énumérées plus haut : rupture d'une *varice pelvienne* (liv. VII, chap. III), d'un *vaisseau de néoformation dans une loge de pelvi-péritonite* (liv. VI, chap. IV), d'un *kyste hématisé de l'ovaire* (liv. VI, chap. IV) ; ou bien, *salpingorrhagie* due à l'*inflammation de la trompe* (liv. VI, chap. IV), *atresie génitale* (liv. III, chap. IV). Il suffira donc, pour préciser le diagnostic pathogénique et différentiel, de se reporter aux notions acquises sur ces diverses affections.

Traitement.

On peut être forcé de recourir, d'emblée, à l'intervention chirurgicale, soit par l'*abondance* ou la *répétition des hémorrhagies*, soit par d'autres accidents, *précoces*, tels que la *rupture de la poche*, ou *tardifs*, tels que la *suppuration*, l'*obstruction intestinale*, la *compression des uretères*.

En dehors de ces cas où l'on n'est *interventionniste* que la *main forcée*, il en est d'autres où il est permis de l'être de *propos délibéré* (Ozanne). Ce sont ceux dans lesquels l'*abondance* ou la *persistance* de l'épanchement fait craindre l'impuissance du traitement médical et l'intervention de complications ultérieures. Routier conseille d'opérer quand, au bout de deux ou trois semaines de repos au lit, la tuméfaction n'a pas franchement tendance à rétrocéder.

Traitement médical.

Au début, on *combattra l'hémorrhagie et les phénomènes de col-lapsus* par les moyens déjà indiqués au chapitre précédent.

Puis l'on *modérera la réaction péritonéale* à l'aide de sangsues, ou mieux, de glace, si la malade est affaiblie. On opposera à la *douleur* l'opium, les injections de morphine.

Plus tard, on *activera le processus de résorption* en appliquant, à l'hypogastre, des vésicatoires volants, de l'onguent mercuriel, et en favorisant les fonctions urinaire et intestinale.

On attendra, pour faire lever la malade, que les règles se soient passées sans incident.

Traitement chirurgical.

Relativement à la voie à suivre, les opérateurs se divisent en deux camps : les uns, tels que L. Tait, Imlach, Baumgartner, sont partisans de la *laparotomie antérieure* ; le plus grand nombre, tels que Munde, Byford, Gusserow, Zweifel, Roth, Champneys, Lining, Schourinoff, etc., préfèrent l'*incision vaginale*.

La *laparotomie* donne peut-être des résultats plus rapides, elle est beaucoup plus favorable à l'hémostase ; mais, au point de vue de la friabilité de la poche et des difficultés qu'on peut avoir à la suturer à la paroi, l'*incision vaginale* est certainement plus sûre.

La *laparotomie* semble donc préférable tout à fait au début, alors qu'il s'agit de parer à l'hémorrhagie, et même, à une période éloignée, dans le cas de poche volumineuse et suppurée, lorsqu'on est en droit de croire à son adhérence intime avec la paroi abdominale. En tout autre cas, on choisira l'*incision vaginale*, pour peu que la tuméfaction proémine suffisamment dans le vagin.

Quelle que soit la décision prise et à moins d'indications pressantes (hémorrhagie à répétition, suppuration de la poche), on n'opérera que trois semaines au moins après les premiers accidents, afin d'être sûr de trouver les parois du kyste assez épaisses et l'hémorrhagie interne arrêtée (Schourinoff).

L'incision vaginale sera antéro-postérieure ou transversale, suivant les cas, et assez large pour assurer l'évacuation *facile et complète* de la poche avec les doigts ou une cuillère, et avec un lavage antiseptique. Cette évacuation étant faite, on tamponnera la cavité et le vagin à la gaze iodoformée, et on appliquera un bandage compressif sur le ventre. Le tout sera laissé en place pendant quarante-huit heures pour éviter une hémorrhagie. Puis on supprimera la compression abdominale et l'on remplacera la gaze iodoformée par des tubes en caoutchouc qui assureront beaucoup mieux le drainage. L'*abrasion* ou le *curettage* de la poche n'offrent que des dangers. Il faut se contenter de la laver quotidiennement à l'eau naphtolée, par l'intermédiaire des drains. Après évacuation successive de débris de caillots, il ne reste bientôt plus qu'un suintement rosé. La poche se rétractant peu à peu, on peut enlever généralement les drains du huitième au dixième jour.

On continue les lavages avec une sonde à double courant, et au bout de trois à six semaines, la guérison peut être complète.

La ponction simple est insuffisante et expose à l'infection de la poche.

La laparotomie sous-péritonéale a été pratiquée une fois par Pozzi. Elle ne présente guère, comme indications, que l'inaccessibilité de la tuméfaction par le vagin et le mauvais état général de la malade.

II. — HÉMATOCÈLE EXTRA-PÉRITONÉALE

L'hématocèle extra-péritonéale, ou *pseudo-hématocèle* (Huguier), *hématocèle sous-péritonéo-pelvienne* (Bernutz); *hématome* (Kuhn, Veit, Martin); *thrombus* des ligaments larges (Deneux), est constituée par un épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Étiologie et pathogénie.

Cet accident résulte, soit de la rupture d'une veine du ligament large, soit de la rupture, dans le ligament large, d'une grossesse tubaire.

La première éventualité peut dépendre, soit du *varicocèle pelvien* (voir livre VII, chap. IV), soit d'une opération qui, en nécessitant la ligature des ligaments larges sur une certaine étendue [ablation des annexes, d'un kyste du ligament large (Veit et L. Tait)], provoque l'engorgement des plexus voisins. Elle se réalise de préférence à l'époque des règles et se trouve favorisée par leur cessation brusque, le coït, un effort quelconque.

La rupture intra-ligamentaire de la grossesse tubaire a lieu vers la douzième semaine; elle peut se produire isolément ou coïncider avec une rupture intra-péritonéale (L. Tait).

L'hématocèle extra-péritonéale se rencontre surtout de 30 à 45 ans. Nous ne citerons que pour mémoire les opinions très personnelles de Byrne, qui en fait une cause fréquente et méconnue de phlegmons du ligament large, et de Beigel, qui la considère comme l'origine ordinaire de l'hématocèle intra-péritonéale.

Anatomie pathologique.

L'épanchement peut n'occuper qu'un point limité du ligament large, vers son bord supérieur ou à sa base. S'il est plus considérable, il le dédouble en entier, peut fuser, à travers le tissu cellulaire, jusque dans les fosses iliaques, le long du rachis, en avant

ou en arrière de l'utérus, de façon à rejoindre l'autre ligament. Dans ce dernier cas, il existe deux tumeurs latérales, de volume inégal, et dont le trait d'union, *anté* ou *rétro-utérin*, n'est pas toujours appréciable au palper.

La poche, limitée supérieurement par le péritoine, est anfrac-

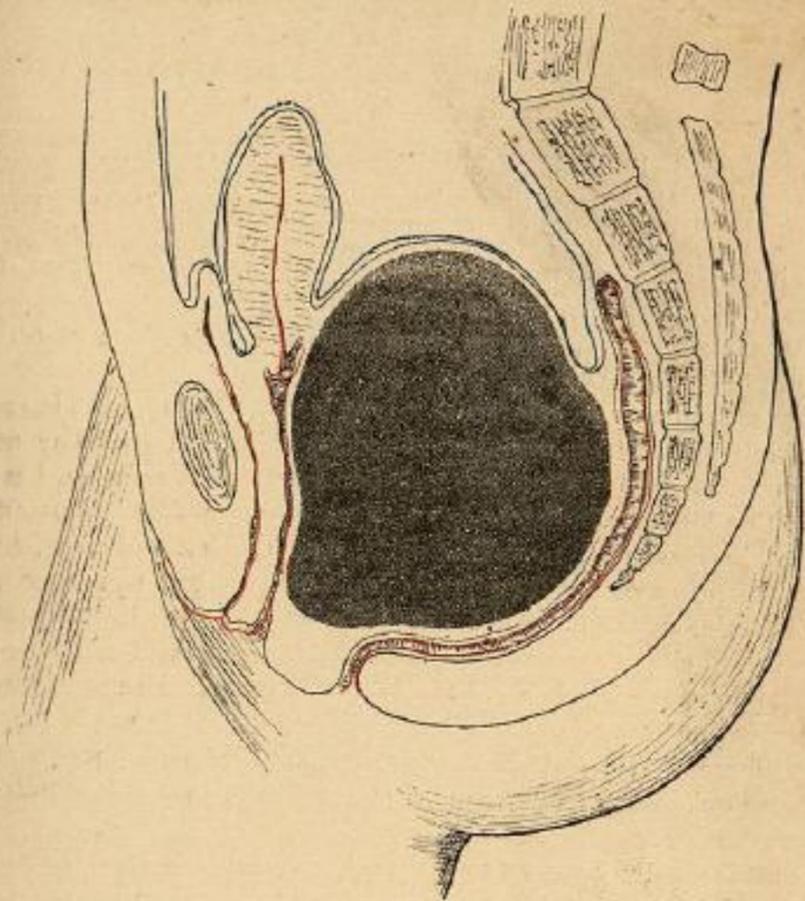


Fig. 141. — Hématocèle extra-péritonéale.

tueuse, hérissée, dans les cas récents, de tractus cellulaires et de débris vasculaires, doublée, dans les cas anciens, de couches fibreuses. Elle peut communiquer, par une déchirure secondaire, avec la cavité péritonéale.

Le sang contenu, d'aspect variable, subit d'ailleurs, avec le temps, les mêmes transformations régressives que dans les hématomes des autres régions; mais ces transformations sont plus lentes et se répartissent souvent d'une façon inégale dans les différents points

de la collection. La résistance des feuillets du ligament large tend à modérer l'hémorragie qui est généralement moins abondante que dans la forme intra-péritonéale.

On rencontre souvent des kystes sanguins des ovaires et une hyperplasie de l'endomètre à forme hémorragique.

Il peut y avoir de l'œdème et des thromboses par compression dans les organes voisins ou même éloignés.

Symptômes.

Le début de l'hématome intra-ligamentaire est analogue à celui de l'hématocèle intra-péritonéale. Il est caractérisé par une douleur vive, syncopale, ressemblant à des coliques ou à des tranchées utérines (Martin), survenant ordinairement pendant les règles et chez des femmes bien portantes antérieurement.

Dans quelques cas, on a pu soupçonner un début de grossesse extra-utérine.

Les symptômes de compression sont les mêmes que dans la variété intra-péritonéale, mais les phénomènes réactionnels sont moins intenses. Le ventre étant moins ballonné et moins sensible, l'exploration bimanuelle donne des résultats assez précis. L'utérus est immobilisé, souvent ramolli et dévié d'un côté ou de l'autre, en même temps que porté en arrière ou en avant, par une tumeur unilatérale, plus rarement bilatérale, qui lui est intimement accolée. Si elle est peu volumineuse, cette tumeur peut n'être accessible que par le toucher. Dans le cas contraire, on se rend parfaitement compte que sa partie supérieure est limitée par le ligament large distendu (L. Tait). Sa consistance est plutôt molle et pâteuse qu'élastique ou fluctuante; on y perçoit parfois la crépitation sanguine.

Il est facile de s'assurer, par le toucher rectal, que le cul-de-sac de Douglas est libre. On a noté plusieurs fois la coloration ecchymotique du vagin et même de la paroi abdominale (Weissinger).

Marche.

La résorption de l'épanchement est fréquente et s'annonce par son durcissement et sa diminution progressive: elle demande, pour être complète, de un à cinq mois. La suppuration s'accompagne des symptômes ordinaires du phlegmon. La poche peut se rompre dans le ventre: cet accident est signalé par une nouvelle crise de collapsus; puis survient l'une quelconque des éventualités que nous connaissons.

Pronostic.

L'hématome ne peut guère entraîner la mort que s'il vient à se rompre dans le ventre. Quand il est d'origine opératoire, il n'a d'autre inconvénient que de retarder la convalescence de dix ou quinze jours (L. Tait). Quand il dépend de la grossesse tubaire, il est beaucoup plus sérieux. Il faut surtout compter, d'une façon générale, avec l'éventualité de la rupture et de la suppuration.

Diagnostic.

L'hématome diffère de l'hématocèle intra-péritonéale: par son siège et par la vacuité du cul-de-sac de Douglas; par l'intensité moindre de la réaction péritonéale et les limites plus nettes de la partie supérieure de la tumeur; par les inégalités et les bosselures de sa partie inférieure.

Le phlegmon du ligament large a un début moins brusque et marqué par des symptômes fébriles; il dépend ordinairement de l'état puerpéral. A une période éloignée du début, on pourrait confondre l'hématome avec une tumeur du ligament large (fibrome, kyste), avec des exsudats paramétritiques ou périmétritiques, avec la salpingo-ovarite. Le diagnostic s'établira surtout d'après le mode de début et les anamnestiques, car, en ces circonstances, les signes physiques sont d'une appréciation difficile.

Traitement.

L'expectation suffit dans la grande majorité des cas. Au début, on aura recours, comme nous l'avons indiqué pour l'hématocèle intra-péritonéale, aux moyens hémostatiques et antiphlogistiques; plus tard, aux révulsifs et aux résolutifs.

L'intervention n'est indiquée que dans le cas d'accidents graves de compression, de rupture intra-abdominale ou de suppuration.

Malgré les succès de Martin (9 sur 10), qui nettoie la poche et la suture au-dessus d'un drain sortant par le vagin, la laparotomie transpéritonéale ne nous semble justifiée que s'il y a eu rupture dans le péritoine.

La voie vaginale peut être suivie lorsque la tumeur fait nettement saillie de ce côté; mais elle expose à la blessure de l'uretère et des gros vaisseaux et aux hémorragies secondaires. En principe, la laparotomie sous-péritonéale de Pozzi paraît être l'opération de choix.