

seaux de nouvelle formation contenus dans les néomembranes de la pelvi-péritonite; d'où le nom de *pachy-péritonite hémorragique* donné par BESNIER.

d. NÉLATON, LAUGIER pensaient que l'hématocèle était la conséquence d'une perturbation fonctionnelle à l'époque menstruelle. Au moment de la chute de l'ovule, la trompe ne serait pas appliquée exactement sur l'ovaire et le sang s'écoulerait. GALLARD considère cette affection comme une sorte de pont extra-utérine.

Toutes ces opinions contiennent probablement une part de vérité, sans qu'il soit possible de dire quelle est la plus importante.

2° *Que devient le sang épanché dans le péritoine?* Les recherches de TROUSSEAU et LEBLANC, VULPIAN, LABORDE, LUNEAU, BIZZOZERO et GOLGI, ont montré que le sang ne se comporte pas autrement dans le péritoine que dans les autres séreuses; il a tendance à se coaguler partiellement et à s'enkyster, grâce aux adhérences qui l'unissent à la paroi et à la formation d'une néomembrane au niveau de la surface. Une partie est résorbée et l'évolution précédente existe seulement si le péritoine est légèrement enflammé.

Symptômes. — Parmi les prodromes de l'hématocèle, signalons la pelvi-péritonite; la névralgie lombo-abdominale (MAROTTE), les irrégularités de la menstruation (aménorrhée, dysménorrhée ou métrorragie).

L'épanchement sanguin débute subitement, annoncé par une violente douleur abdominale et, s'il est abondant, détermine les symptômes du péritonisme et de l'hémorragie interne : facies pâle, pouls petit, fréquent, tendance syncopale, refroidissement. On aurait vu la mort en être la conséquence rapide.

Bientôt la malade revient à elle, mais la douleur abdominale persiste, accrue par les mouvements, la pression; la température s'élève à 39°, le pouls à 120; des vomissements apparaissent en même temps que la fièvre. Au bout de quelques jours ou d'une semaine, la période d'acuité se calme et tout rentre insensiblement dans l'ordre; la guérison est assurée lorsque les menstrues reprennent leur cours régulier. Dans quelques cas l'épanchement ne se fait pas aussi brusquement que nous venons de le dire.

Les symptômes objectifs sont fournis par l'exploration vaginale; le doigt perçoit une tumeur arrondie, légèrement sensible, élastique au début, pâteuse, indurée à une période plus éloignée; elle refoule l'utérus en avant et le rend fixe pendant que le col se loge derrière le pubis. Dès que l'hématocèle dépasse 300 à 400 grammes, elle ne reste plus confinée dans le bassin et se porte vers les fosses iliaques, susceptible d'amener des phénomènes de compression sur les uretères et d'autres organes. De là des troubles de la miction et de la défécation, des douleurs, de l'œdème des membres inférieurs. Les métrorragies coïncident quelquefois avec cette forme de l'hématocèle.

La tumeur ne suit pas toujours une marche régulière dans sa résolution, elle augmente parfois au moment des époques menstruelles; d'ailleurs, même dans les cas les plus favorables, la marche de l'affection assez lente dure plusieurs mois et davantage (cas de DELORE cité par PONCET, cinq ans). En dehors de la résolution dont nous venons de parler, l'hématocèle est encore susceptible de se terminer par perforation et élimination. La tumeur commence par se ramollir, puis s'ouvre le plus souvent dans le rectum, exceptionnelle-

ment dans le vagin, la vessie ou à la paroi abdominale. Lorsque l'hématocèle se vide dans le rectum, il survient un flux abondant de matières grumeleuses noirâtres. Tantôt cette éventualité se termine heureusement et la fistule se ferme pendant que l'induration diminue, tantôt le foyer s'enflamme, devient putride et la septicémie compromet l'existence des malades. La rupture dans le péritoine constitue un accident très grave, presque fatalement mortel.

Diagnostic. — Les caractères mentionnés plus haut, le début brusque, les changements de rapport de l'utérus semblent assez tranchés pour qu'il soit facile de reconnaître l'hématocèle. Cependant la pelvi-péritonite offre avec elle plus d'une ressemblance; dans l'hématocèle il n'y a pas de fièvre au début, la tumeur apparaît plus rapidement et acquiert un volume supérieur.

On a également à distinguer l'épanchement des tumeurs de l'ovaire, des kystes hydatiques pelviens (CHARCOT), des tumeurs stercorales, des corps fibreux; la marche de toutes ces maladies, si différentes de l'hématocèle, lèverait bientôt les doutes. Il serait plus difficile d'établir le diagnostic différentiel avec l'utérus gravide rétro-fléchi; mais dans ce dernier cas le refoulement de la matrice en avant fait défaut et l'aménorrhée doit éveiller l'attention. Le développement lent et graduel, l'augmentation de volume de l'utérus distinguent la grossesse extra-utérine de l'hématocèle; celle-ci siège de préférence dans le cul-de-sac postérieur. D'ailleurs les deux affections peuvent coexister. Quant au diagnostic de la cause, il sera établi en se basant sur les commémoratifs et un examen approfondi de la malade.

Pronostic. — Si par son abondance l'hématocèle compromet rarement l'existence, elle n'en présente pas moins une assez grande gravité par le fait des accidents qui en résultent et des perturbations fonctionnelles ultimes. En effet, indépendamment des ruptures, elle expose aux déviations utérines, aux adhérences vicieuses des ovaires, des trompes et partant à la stérilité.

Traitement. — A la période algide il convient de coucher la femme, de la ranimer par des boissons stimulantes, d'appliquer de la glace sur l'abdomen dans le but d'arrêter les hémorragies. Dès que la réaction est établie, les anti-phlogistiques (sangsues, saignées) permettront de modérer l'intensité de l'inflammation. Dans les dernières périodes les résolutifs aideront le travail naturel.

L'intervention n'est indiquée que pour obvier aux complications éventuelles par suite de compression ou de décomposition putride du contenu. Suivant les circonstances c'est à la ponction et à l'incision que l'on a recours; les injections détersives antiseptiques seront très prudentes. LAWSON TAIT, A. MARTIN ont chacun cinq (5) fois ouvert l'abdomen, vidé, nettoyé le foyer purulent avec succès et drainé le vagin. Une opération aussi hardie trouvera certainement des imitateurs, mais on doit la réserver aux cas très graves qui ne seraient pas justiciables de moyens plus simples. Enfin, lorsque la guérison est assurée, il faudra chercher, par les traitements qui nous sont connus, à faire résoudre les adhérences et à mobiliser l'utérus (électricité, massage).

B. — HÉMATOCÈLE OU HÉMATOME EXTRA-PÉRITONÉAL

Bibliographie. — BEIGEL, *Arch. f. Gyn.*, 1877, t. XI. — BERNUTZ, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXII. — MARTIN, *Verhandl. der Gyn. Sect. d. Deutch. Nat. u. Ärzte*, Salzburg, 1881 et Stuttgart, 1882, in *Zeitsch. f. Geburt. in Gyn.*, Bd. VIII. — PONCET, Th. d'agrég., 1878. — DUWELIUS, *Arch. f. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 1884.

Cette forme très rare n'est pas admise par tous les auteurs; elle serait la conséquence de grossesses extra-utérines, de la rupture des plexus utéro-ovariens (MARTIN) ou de la déchirure de la trompe dans les grossesses tubaires. BEIGEL fait jouer un certain rôle à cette variété dans la production de l'hématocèle ordinaire.

Le sang épanché reste tantôt circonscrit dans le tissu conjonctif des ligaments larges, tantôt se diffuse vers les fosses iliaques ou vers l'anus. Il est liquide ou coagulé; en général l'affection apparaît moins brusquement que l'hématocèle simple; il n'y a ni fièvre, ni vomissements, ni météorisme. La douleur, la sensation de pesanteur, la perception d'une tumeur pâteuse, mal limitée, constituent les principaux symptômes; l'emploi du spéculum permet de constater le gonflement de la paroi vaginale et sa couleur ecchymotique. Quant à l'évolution ultérieure de ces épanchements, elle offre de grandes analogies avec celle de l'hématocèle, c'est-à-dire que l'induration et la résolution sont la règle. Parfois la collection s'ouvre dans les cavités voisines ou suppure.

Traitement. — Le repos, les antiphlogistiques sont indiqués au début; le reste du traitement sera le même que pour l'hématocèle. Il n'y aurait lieu d'intervenir que si l'hématome devenait putride; c'est à l'incision que l'on doit alors donner la préférence. MARTIN a tenté la gastrotomie qui lui a donné deux morts et une guérison, résultats peu encourageants. DUWELIUS a récemment publié quelques succès par la laparotomie.

3° TUMEURS DES LIGAMENTS LARGES

Bibliographie. — VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, trad. française, t. III. — FOLLIN, Th. de Paris, 1850. — VERNEUIL, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV. — SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I^{er}. — AUGER, *Soc. anat.*, et *Progrès méd.*, 1874. — SCHATZ, *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. IX. — GUSSEROW, *Ibid.* — DUPLAY, *Progrès méd.*, 1879. — FISCHER, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XV, 1879. — LESAVRE, Th. de Paris, 1879. — DORAN, *Trans. of the Pathol.*, London, 1883. — KEBERLÉ, *Congrès français de chirurgie*, 1885.

Les principales tumeurs des ligaments larges sont les kystes. Mentionnons cependant quelques néoplasmes solides, entre autres des myomes détachés de l'utérus ou développés primitivement dans le tissu des ligaments (VIRCHOW). Les tumeurs fibro-kystiques, le cancer et les tubercules se rencontrent exceptionnellement en ce point. AUGER et quelques autres chirurgiens ont signalé l'existence des kystes hydatiques.

A. — KYSTES PARA-OVARIQUES

Étiologie. — Ces kystes se montrent presque exclusivement chez des femmes jeunes, et l'état puerpéral semble indifférent à leur production: d'après LESAVRE, elles sont plus rares que les kystes ovariens dans la proportion de 4 à 7 pour 100.

Anatomie pathologique. — Il ne saurait être question ici des petits kystes à épithélium cylindrique que l'on trouve parfois dans les ligaments larges des nouveau-nés et qui vraisemblablement sont des débris du corps de Wolf. D'autres kystes plus volumineux ont pour origine l'organe de Rosenmüller et peut-être, suivant de SINÉTY, les ovaires surnuméraires. Si la plupart de ces kystes ne renferment qu'une loge unique, il en existe d'autres secondaires attenants à la paroi.

Ces grandes cavités sont tapissées à leur face interne par un épithélium cylindrique caliciforme ou à cils vibratiles. On y retrouve une paroi formée de trois couches concentriques, contenant assez souvent des fibres musculaires lisses. KEBERLÉ en admet deux variétés: 1° les kystes ovariens, uniques ou multiples venant de la base de l'ovaire; 2° les kystes qui prennent naissance dans les éléments du ligament large (vésicule terminale ou canalicules du *para ovarium*). Ces derniers toujours simples ont une paroi très mince. Les kystes du ligament large n'ont pas habituellement de pédicule; leur contenu, en général clair, ne renferme que des traces d'albumine.

Symptômes. — Seuls les kystes un peu volumineux donnent lieu à des symptômes appréciables; ce sont des troubles de la miction, de la défécation et de la menstruation. L'exploration abdominale, vaginale ou bimanuelle permet de constater l'existence d'une tumeur indolente, globuleuse, élastique, fluctuante; l'utérus est d'ordinaire dévié en arrière, le ventre étalé latéralement, moins saillant en avant que pour les kystes ovariens.

L'affection a une marche lente mais progressive; les parois s'amincissant peu à peu, d'où la possibilité de leur rupture, éventualité qui aboutit parfois à la guérison définitive.

Diagnostic. — La distinction avec les kystes ovariens offre de sérieuses difficultés; cependant la conservation de la santé, la forme du ventre, moins proéminente en avant, pourront guider le chirurgien. Les auteurs ont insisté sur la valeur de l'analyse du liquide retiré par la ponction; l'existence d'épithélium caliciforme ou à cils vibratils, de cristaux de cholestérine peut être interprétée en faveur des kystes para-ovariens; ces signes n'ont rien d'absolu, car ils se rencontrent également dans certains kystes de l'ovaire. De même le liquide des kystes du ligament large, très clair, contient beaucoup de chlorures et peu d'albumine. Enfin il est recommandé de chercher la présence de la paralbumine. A cet effet, après avoir obtenu un trouble par l'acide azotique, l'opérateur verse de l'acide acétique; le précipité se redissout s'il s'agit de paralbumine et augmente s'il y a de l'albumine seule; malheureusement, certains kystes du ligament large contiendraient de la paralbumine.

Le diagnostic différentiel avec les tumeurs kystiques du foie ou de la rate

repose sur l'indépendance de la tumeur pendant les mouvements du diaphragme.

Pronostic. — Ces kystes sont moins dangereux que les kystes ovariens, en raison de leur marche lente, de l'intégrité de la santé, de l'absence d'adhérences et de la nature du liquide. Aussi sont-ils justiciables d'une thérapeutique plus simple.

Traitement. — La ponction suffit souvent pour amener la guérison; toutefois il faut en pratiquer plusieurs. Les injections iodées n'ont pas donné de bons résultats et font courir autant de risques que l'ovariotomie qui a été maintes fois appliquée au traitement de ces collections. KÖEBERLÉ se déclare partisan de l'intervention; pour les kystes propres du ligament large, il incise dans une petite étendue les tissus de l'enveloppe du kyste, jusqu'à la paroi même du kyste ponctionné préalablement, et dégage peu à peu la membrane en la frottant avec du linge. Après dégageant de la poche, il reste une surface cruentée que l'on abandonne ou qui est suturée aux bords de l'incision abdominale pour éviter la rétention. Pour les kystes ovariens inclus, il faut décoriquer la tumeur et la dégager du feuillet cellulo-vasculaire qui représente le ligament large. On respecte la partie contenant les vaisseaux principaux qui sont liés ensuite. Cet habile gynécologue considère que « les opérations des kystes ovariens inclus dans les ligaments larges, et traités ainsi, ne présentent pas plus de gravité que les kystes ordinaires ».

B. — TUMEURS DES LIGAMENTS RONDS

Bibliographie. — LÉOPOLD, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVI, 1880. — WILE, *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1881. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1882. — KLEINWACHTER, *Rev. des sciences méd.*, t. XXII, 1883, p. 235. — WINCKEL, *Die Pathol. der Weibl. Sex. Org. Atlas*.

Nous serons brefs sur les divers néoplasmes dont le ligament rond est parfois le point de départ; les uns sont solides, les autres liquides.

Des tumeurs solides très diverses, fibromes, myomes, myxomes, sarcomes, carcinomes, prennent naissance dans les ligaments ronds; elles ont fait l'objet d'un travail intéressant de DUPLAY. Dans quelques cas ces productions acquièrent des dimensions assez considérables, occupent la grande lèvres, le canal inguinal ou l'abdomen, sont irréductibles, augmentent de volume au moment des règles. Les douleurs spontanées y sont vives et s'irradient dans les régions voisines. La toux et les efforts ne leur impriment aucune modification. Le diagnostic précis présente toujours de réelles difficultés et leur nature ne peut être déterminée que par exclusion. L'extirpation constitue le meilleur moyen de traitement.

Les kystes, encore appelés hydrocèles du ligament rond, appartiennent à deux variétés suivant qu'ils communiquent ou non avec la cavité péritonéale; ils forment, dans ce dernier cas, une tumeur molle, transparente, grosse comme un œuf, siégeant dans le canal inguinal ou dans la grande lèvres, contenant un

liquide séreux ou citrin. Lorsque ces collections communiquent avec la cavité péritonéale, il faut les respecter d'autant plus qu'elles ne s'accompagnent pas de symptômes inquiétants; le chirurgien se bornera à l'application d'un bandage. Si l'hydrocèle est enkystée, gênante, la ponction avec injection iodée sera indiquée.

§ 7. — De la grossesse extra-utérine

Bibliographie. — GUÉNIOT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1865. — CRUVEILHIER, *Atlas d'anat. pathol.*, t. 1^{er}, 18^e livr. — SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, t. 1^{er}, 1870, et *Ibid.*, 1878, t. XIII. — DUMONT-PALLIER, *Soc. de biologie*, 1877. — HECKER, *Monatschr. f. Geburt.*, t. XIII. — DUGUET, *Ann. de gyn.*, 1874, t. 1^{er}. — MAYERHOFER, *V. der Unfruchtbarkeit d. Weibes*, Stuttgart, 1878. — COHNSTEIN, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XII, 1877. — PUECH, *Arch. de gyn.*, t. X, 1878, et *Gaz. obstétr.*, 1879. — PATENKO, *Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV. — LÉOPOLD, *Arch. f. Gyn.*, t. XVIII, 1881. — J. COLLET GURGN, *Centr. f. Gyn.*, 1881. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1884, p. 124.

Divisions. — Lorsqu'un ovule fécondé par le spermatozoïde se développe en dehors de l'utérus, on dit qu'il y a une grossesse extra-utérine.

Pour comprendre la possibilité de ces anomalies de la gestation, il faut rappeler que les spermatozoïdes sont susceptibles de pénétrer très avant dans les organes génitaux et jusque dans la cavité abdominale.

1^o Si l'ovule non expulsé après la déchirure du follicule est influencé par le liquide spermatique, la grossesse se fera au niveau de l'ovaire; elle est dite ovarique.

2^o Supposons maintenant que l'ovule expulsé n'ait pu pénétrer dans la trompe après la fécondation, il en résultera une grossesse extra-utérine abdominale.

3^o Que, pour diverses raisons, l'ovule s'arrête dans l'oviducte, la grossesse sera tubaire.

Ces trois variétés n'ont pas une égale importance; ainsi la grossesse ovarique bien constatée est de toutes la plus rare. La cavité kystique se forme aux dépens de l'ovaire; elle est indépendante de la trompe et reliée à l'utérus par le ligament de l'ovaire. Dans la grossesse abdominale le kyste fœtal est tantôt libre dans la séreuse, tantôt adhérent en divers points par des néomembranes. Elle survient secondairement après la rupture de la trompe, de l'utérus ou de l'ovaire.

La grossesse tubaire, la plus commune, se fait en divers points de l'oviducte et résulte d'obstacles mécaniques à la progression de l'ovule fécondé.

Étiologie. — Les principales causes de cette affection sont: les pelvi-péritonites, les périmétrites et les salpingites chroniques. Elle se rencontre aussi bien chez les nullipares que chez les multipares, mais de préférence dans ce dernier cas; le côté gauche y est plus prédisposé. Mentionnons seulement l'influence encore bien hypothétique des émotions sur la production de ces grossesses anormales.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Dans les conditions insolites où il s'est arrêté, l'ovule est susceptible de se développer; il se forme un placenta et la poche grossit, mais presque toujours vers le troisième mois, rarement plus tard, le kyste, après avoir distendu la trompe, se rompt. Il en résulte des hémorragies et un déplacement variable du produit de la conception. L'embryon continue à croître pendant un certain temps et peut rester sans altérations pendant de longues années (25 ans, VIMCHOW) (43 ans, BANDL). Habituellement les portions du fœtus subissent une sorte de régression graisseuse ou calcaire. La rupture du kyste serait moins fréquente dans la variété abdominale. Une des particularités intéressantes de cette anomalie de la fécondation est la possibilité d'une grossesse utérine simultanée.

Symptômes. — Jusqu'au moment de la rupture du kyste, il n'y a d'autres phénomènes que ceux de la grossesse normale; la rupture s'annonce généralement par tous les signes d'une péritonite foudroyante ou d'une hémorragie interne. Si la rupture et les hémorragies se font successivement, on n'observe que les symptômes de la pelvi-péritonite et ceux de l'hématocèle qui en est une conséquence fréquente.

L'utérus ne reste pas étranger à la grossesse extra-utérine; il est d'ordinaire hypertrophié; les règles sont supprimées ou remplacées par un suintement séro-sanguin continu.

Quant aux symptômes qui surviennent ultérieurement, ils présentent suivant les cas une extrême diversité. Tantôt ce sont les symptômes de la pelvi-péritonite ou de l'hématocèle qui dominent, tantôt les malades tombent dans une anémie profonde et succombent à l'urémie ou à des embolies.

Dans les grossesses extra-utérines abdominales, le fœtus peut arriver à son développement complet; les douleurs existent au moment du terme de la gestation, mais au bout de quelques jours, parfois après l'expulsion d'une sorte de membrane caduque, elles disparaissent.

Tant que l'embryon vit (SPIEGELBERG a extrait par la gastrotomie un enfant à terme qui vécut trois mois) les accidents ne présentent pas de très grands dangers. Après la mort du produit de la conception, les débris de l'embryon, quelquefois bien formés, peuvent être tolérés dans l'abdomen à la façon d'un corps étranger et sont libres et adhérents à la paroi kystique. Assez souvent la péritonite généralisée se déclare et la mort en est la conséquence à brève échéance. L'inflammation reste-t-elle limitée, l'embryon s'enkyste ou est éliminé par la suppuration et par l'ouverture du kyste dans une cavité voisine, ordinairement le rectum. Il en résulte des fistules persistantes, susceptibles de guérir ou d'amener l'épuisement et l'hecticité.

Diagnostic. — Il est à peu près impossible de soupçonner la grossesse extra-utérine au début; elle se confond avec l'hématocèle, la grossesse dans un utérus bicorne, etc. Plus tard la rupture du kyste s'accompagne d'accidents qui éveilleront l'attention. Si le kyste continue à s'accroître il sera possible de sentir les parties solides et mobiles constituées par les membres, les battements du cœur jusqu'au jour où la vie cesse. L'exploration ne permet guère de dire à quelle variété de grossesse extra-utérine on a affaire; cependant la rup-

ture du kyste fœtal dès le troisième mois ferait penser à une grossesse tubaire. Presque toujours on arrive au diagnostic par exclusion.

Pronostic. — La grossesse extra-utérine présente une grande gravité; pendant toutes ses périodes elle compromet la vie; la rupture du kyste, la péritonite, la putridité du kyste fœtal, la suppuration et la cachexie qui en résulte ne sont pas rares. La survie du fœtus est si exceptionnelle qu'il ne faut pas y compter.

Toutes choses égales, les grossesses tubaires, en raison de la précocité de la rupture du kyste, semblent plus redoutables que les variétés abdominale et ovarique. D'après HECKER, la mortalité dans ce dernier cas serait de 42 p. 100; ajoutons en terminant que l'existence d'un kyste fœtal n'empêche pas les grossesses ultérieures.

Traitement. — La conduite du chirurgien variera suivant les circonstances; s'il y a rupture, le traitement sera le même que pour l'hématocèle et la pelvi-péritonite. En supposant que la nature du kyste soit reconnue à une période peu avancée, on pourrait arrêter le développement de l'embryon par une ponction de l'œuf par le vagin ou l'injection de morphine et d'atropine. LANDIS a vanté dans le même but les courants induits, pendant dix minutes, tous les deux jours. Si le fœtus à terme était vivant, la gastrotomie serait indiquée; elle a donné, dans un petit nombre de faits, des résultats encourageants.

Lorsque le fœtus est mort, mieux vaut s'abstenir; on ne sortirait de cette prudente réserve que dans les cas où le corps étranger mal toléré provoquerait des accidents, de la suppuration et la rupture du kyste. L'incision simple antiseptique ou l'ouverture d'après la méthode de Récamier conviendront suivant les circonstances. Parfois l'adhérence des parties de l'embryon ne permet pas leur extirpation. En pareil cas, il vaudra mieux, comme l'a encore fait il y a peu d'années LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, enlever tout ce que l'on peut et abandonner les portions adhérentes qui seront peu à peu éliminées par la suppuration.