

minale ou vaginale, s'il fait saillie d'un côté ou de l'autre, soit par dilatation ou agrandissement au bistouri d'une ouverture ancienne devenue fistuleuse. Toutefois, en cas de fistule rectale, il est préférable de faire la laparotomie (Müller). L'ouverture dans la vessie comporte la cystotomie vaginale, la taille urétrale (Henry Thompson) ou simplement la dilatation (Winckel).

La péritonite suppurée, complication de l'infection du kyste, ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, Traité méd.-chir. de gynéc., 1898. — POZZI, Traité de gynéc. — SEGOND, Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, et Rapport au Congrès de Marseille; Bull. de la Soc. de chirurgie; Ann. de gynéc. et d'obst., passim. — KÜSTNER, Sammlung klin. Vortr., 1899, nos 244-245. — HOWARD A. KELLY, Operat. Gynecol., t. II. — SCHAUTA, Lehrbuch der ges. Gynæk., 1896. — TAINURIER, thèse de Paris, 1895. — CESTAN, thèse de Paris, 1894. — GAUTHIER, thèse de Paris, 1893. — BOULLY, La gynécologie, 1898. — LE DENTU, Études de clin. chir., 1892, et Sem. gynéc., 1899, n° 1.

VIII. — HÉMATOCÈLE PELVIENNE.

Le terme d'hématocèle sert à désigner tout épanchement sanguin enkysté du bassin. L'enkystement, qui peut être primitif, mais qui, dans la grande majorité des cas, se produit secondairement, donne à l'épanchement une physionomie propre et le distingue des hémorragies diffuses. L'hématocèle ne représente d'ailleurs, bien souvent, qu'une phase évolutive secondaire de celles-ci. L'épanchement sanguin peut se faire en dedans ou en dehors de la séreuse, d'où la division consacrée de l'hématocèle, par rapport à son siège, en *intrapéritonéale* et *extrapéritonéale*. Le nom d'hématome conviendrait mieux à cette dernière variété (Martin, Pozzi).

Ruysch, Récamier, Velpeau, Bernutz avaient esquissé déjà l'histoire clinique de l'hématocèle; mais Nélaton (1) a eu le mérite de la fixer dans une description magistrale que n'ont pu surpasser les nombreux auteurs qui en ont traité après lui. De même, pour la pathogénie, si L. Tait (2) a eu quelques précurseurs en Fernerly, élève de Nélaton, Denucé, Schröder, Duguet, Aran, Gallard, Poncet, il n'a pas moins et irrévocablement établi que l'hématocèle est presque toujours liée à l'interruption de la grossesse ectopique. Les travaux ultérieurs de Bland Sutton, Alban Doran, Veit, Zedel, Pilliet, etc., n'ont fait qu'en préciser le mécanisme et en analyser les lésions.

Étiologie et pathogénie. — I. *Hématocèle intrapéritonéale.* — On a encore appelé cette variété *rétro-utérine* (Nélaton), *utérine* (Bernutz), *péri-utérine* (Gallard), *péri-hystérique* (Trousseau), *pelvienne* (Mac Clintock).

(1) NÉLATON, Gaz. des hôpitaux, 1851, 1852, 1853. — Aug. VOISIN, De l'hématocèle rétro-utérine, Paris, 1858.

(2) LAWSON TAIT, Brit. med. Journ., 1885, 1887, 1888, 1889, 1890. — Lectures on Ectop. Pregnancy and pelvic Hæmatocele, 1888.

Avant que n'ait été acquise la notion actuelle de l'étiologie de l'hématocèle, de nombreuses théories, hypothétiques ou basées sur quelques faits isolés, avaient essayé d'expliquer la pathogénie de la pluralité des cas. La plupart n'ont qu'un intérêt historique; quelques-unes donnent cependant l'explication satisfaisante de certains cas particuliers. Les unes font venir le sang du péritoine, les autres des plexus veineux, de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus.

a. *Péritoine.* — Virchow (1863) et, avant lui, Dolbeau (1860) ont démontré que le péritoine, comme toute autre séreuse, l'arachnoïde ou la vaginale en particulier, peut être le siège d'un processus inflammatoire chronique à tendance hémorragique, *pachy-pelvi-péritonite hémorragique*. Ici l'épanchement serait secondaire et l'enkystement primitif. Bernutz et Besnier, un peu plus tard, ont décrit des cas relevant plutôt d'une véritable pelvi-péritonite aiguë aboutissant, par son intensité même, à une transsudation sanguine. Ce processus pourrait être rapproché de l'ancienne théorie de l'*exhalaison péritonéale*, soutenue encore dans la thèse de Jousset (1883). Mais la plupart de ces observations peuvent aussi bien s'interpréter dans le sens d'une rupture précoce de trompe gravide, et si, dans le cours d'une pelvi-péritonite chronique, survient une hémorragie, celle-ci est toujours limitée et ne constitue qu'un incident incapable de changer la physionomie de la maladie primitive.

b. *Plexus pelvien.* — Signalée par Ollivier (d'Angers), la rupture du plexus utéro-ovarien variqueux a été invoquée, théoriquement, par Richet et Devalz comme cause d'hématocèle. Mais il n'en existe aucun exemple indiscutable et le cas de Reynier (1), qui semblait, de prime abord, se rattacher à cette cause, relevait, après examen microscopique, d'une grossesse tubaire.

c. *Ovaire.* — D'après Gallard, la rupture de la vésicule de de Graaf détermine une hémorragie qui, à l'état normal, minime et recueillie par la trompe, passe inaperçue. Mais qu'une congestion intervienne, que l'ovule soit fécondé dans le follicule et que, d'autre part, la trompe déviée ne puisse le recueillir, il se fera une *ponte extra-utérine* accompagnée d'une hémorragie plus ou moins considérable. Abandonnée plus tard par son auteur, cette théorie hypothétique pressent néanmoins la pathogénie de certaines hématocèles liées à la rupture précoce d'une grossesse ovarique.

L'ovaire malade est parfois le siège d'apoplexies et d'hématomes et, par suite, la source d'hémorragies pelviennes. Rollin a bien montré le double mécanisme par lequel elles peuvent se produire dans le péritoine, soit primitivement, *hémorragies extravésiculaires*, soit secondairement par rupture d'un kyste sanguin (Bœckel), *hémorragies*

(1) Paul REYNIER, Bull. de la Soc. de chirurgie, 1891.

intravésiculaires. Mais ces hématomes peuvent n'être que des kystes embryonnaires.

d. *Trompe*. — L'exagération de l'hémorragie physiologique mensuelle dans les trompes saines (Trousseau, Puech), ou malades (Stevenson), entraînerait un reflux dans le péritoine par insuffisance de perméabilité de l'ostium utérin; mais ce n'est encore là qu'une hypothèse.

e. *Utérus*. — Le sang menstruel reflue par les trompes lorsqu'un obstacle s'oppose à son écoulement normal: atrésie ou spasme du col (Ruysch, Haller, Bernutz), dysménorrhée membraneuse (A. Guérin).

Les hémorragies de cause générale qui se produisent au cours de certaines intoxications ou infections, fièvres éruptives, ictère grave, hémophilie, scorbut, affectent plutôt les caractères de l'épanchement diffus que ceux de l'hématocèle.

f. *Théorie actuelle*. — Nous avons suffisamment développé, dans le chapitre consacré à la grossesse ectopique, le mécanisme et les modifications histologiques qui président, soit aux hémorragies qui se produisent entre le placenta maternel et le placenta fœtal et aboutissent à l'avortement tubaire, soit à la rupture du sac.

Avortement ou rupture, tels sont les deux accidents, si fréquents, de la grossesse ectopique qui produisent l'hémorragie interne, diffuse et rapidement mortelle ou suivie bientôt d'un processus d'enkystement qui caractérise l'hématocèle. L'examen macroscopique, le seul qui ait été pratiqué dans les anciennes observations, est impuissant à faire reconnaître, dans les cas de rupture précoce et à défaut d'un fœtus bien formé, la véritable origine de l'épanchement. Mais celle-ci ne peut rester douteuse après un examen microscopique qui aura révélé l'existence de villosités choriales ou, au moins, dans les cas anciens, la dénudation de la muqueuse tubaire, et la présence de cellules migratrices pigmentées à son niveau (Pilliet).

La grossesse ectopique, personne ne le conteste aujourd'hui, explique donc, sinon la totalité, au moins l'immense majorité des cas, et les théories anciennes ne peuvent s'appliquer qu'à un nombre de faits, réels sans doute, mais extrêmement rares. Faire l'étiologie de l'hématocèle équivaudrait à reproduire celle de l'avortement et de la rupture tubaires.

II. *Hématocèle extrapéritonéale*. — Désignée encore sous les noms d'*hématome extrapéritonéal*, *thrombus des ligaments larges*, *pseudo-hématocèle*, *hématocèle pelvienne sous-péritonéale*, cette variété est admise sans conteste, même en dehors de l'état puerpéral. Elle résulte de la rupture d'une veine du ligament large, ou d'une grossesse tubaire. La première éventualité peut s'observer soit en cas de varicocèle pelvien, soit à la suite d'une opération qui, en nécessitant la ligature des ligaments larges sur une certaine étendue (Veit, L. Tait), produit l'engorgement des plexus voisins. Elle se réalise de

préférence à l'époque des règles, à l'occasion du coït, d'une injection froide, d'un effort quelconque, etc., mais l'épanchement succède le plus souvent à la rupture d'une grossesse tubaire, vers la douzième semaine de son évolution, que son développement soit extra ou intraligamentaire.

Anatomie pathologique. — I. *Hématocèle intrapéritonéale*. — L'épanchement siège ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, entre le rectum et la vessie (hématocèle rétro-utérine), quelquefois entre la vessie et l'utérus (hématocèle anté-utérine) (Braun, Schröder); il s'étend souvent sur les côtés et peut remonter au-dessus des limites du bassin. Le siège anté-utérin suppose une pelvi-péritonite préalable ayant comblé le cul-de-sac postérieur. Dans la forme la plus ordinaire, la tuméfaction refoule l'utérus en avant et en haut, aplatit le rectum contre le sacrum, repose sur le plancher pelvien et s'étend, latéralement, plus ou moins loin en dehors de la ligne médiane. En haut, elle est séparée de la grande cavité péritonéale par une cloison, véritable diaphragme pathologique (Bernutz) moulé sur l'épanchement, agglutinant l'intestin, l'épiploon, les franges épiploïques, etc., et d'autant plus épais que la lésion est plus ancienne. Il ne s'agit pas d'un enkystement véritable, mais d'adhérences plus ou moins lâches entre les anses intestinales, l'épiploon souvent infiltré de sang et la paroi abdominale. Ces adhérences, rapprochant entre elles ces diverses parties, suffisent à former un plan résistant et une cloison tutélaire limitant et permettant d'apprécier à l'examen la tuméfaction (fig. 252).

Le volume de celle-ci est extrêmement variable, l'abondance du sang épanché étant subordonnée à plusieurs conditions dont les principales sont la nature même de l'accident qui lui a donné naissance et l'état du péritoine.

Dans l'avortement tubaire, le sang provient de l'ouverture des sinus par suite de l'atrophie progressive des villosités choriales: il est veineux, coule sous une faible pression; il tend à se coaguler rapidement. Il en est de même en cas de rupture d'une veine variqueuse. Dans la rupture d'un kyste fœtal, outre l'hémorragie veineuse des sinus, il y a souvent hémorragie artérielle, en jet, sur la tranche de section de la déchirure; on conçoit qu'elle soit, en pareil cas, plus abondante et plus grave. En outre, l'intégrité de l'endothélium empêche la coagulation du sang et l'absence d'adhérences favorise la diffusion de l'épanchement (Veit). Par contre, celui-ci n'est jamais bien abondant dans la pachypéritonite cloisonnée et la coagulation est rapide dans toute séreuse malade. En résumé: « Les chances d'hémorragie maxima seront réalisées dans les cas de rupture se faisant dans un péritoine sain; celles d'hémorragie minima dans les cas d'avortement avec séreuse cloisonnée » (Labadie-Lagrave et Legueu). Quoi qu'il en soit, l'invasion du sang provoque dans le péri-

toine une réaction qui aboutit rapidement, dès le troisième jour (Jousset), à un enkystement relatif. En effet, les fausses membranes qui le constituent, stratifiées, renforcées par d'épais dépôts fibrineux, résistantes, ligneuses en certains points, sont, en d'autres, minces et fragiles et ne forment jamais une membrane d'enveloppe isolable et bien distincte.

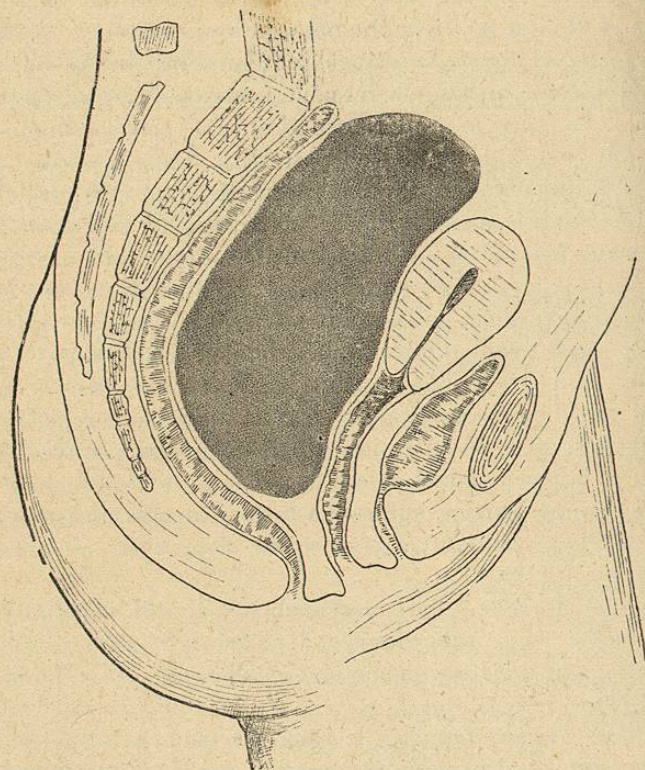


Fig. 252. — Hématocèle intrapéritonéale, rétro-utérine.

L'aspect du sang diffère avec l'âge de la lésion. Il ne conserve pas longtemps sa fluidité : il se coagule bientôt, prend une consistance sirupeuse et une couleur noirâtre qui l'a fait comparer à de la mélasse (Bernutz) ou à du raisiné. Dans des cas anciens, il peut être remplacé par un liquide séreux, libre dans une coque de stratifications fibrineuses. Au milieu des caillots on rencontre assez souvent l'embryon et le placenta plus ou moins modifiés [38 fois sur 59 observations (Binaud), 11 fois sur 40 (L. Tait)]. Abandonné à lui-même, l'épanchement se résorbe s'il est peu abondant ou peut suppurer et, dans cette dernière éventualité, il prête aux mêmes considérations que toute autre suppuration pelvienne.

Outre les lésions causales ou préexistantes des annexes et du

péritoine, on peut observer les taches et les bourgeons pigmentaires signalés par Ferber sur la séreuse, des rétrécissements de l'intestin par brides cicatricielles (Mangin, Prengrueber), une eclasie des uretères et une néphrite consécutive (Dumontpallier, etc.).

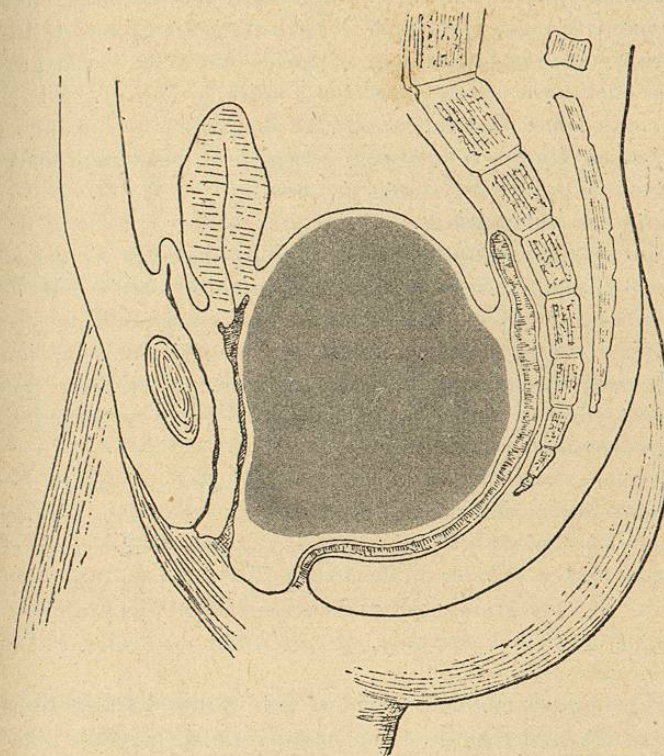


Fig. 253. — Hématocèle extrapéritonéale.

II. *Hématocèle extrapéritonéale.* — Ici, la résistance des feuillets du ligament large tend à restreindre l'hémorragie, qui est rarement très considérable. L'épanchement n'occupe qu'un point limité, vers le bord supérieur ou la base du ligament, ou bien, plus considérable, il le dédouble complètement, peut fuser, en suivant le tissu cellulaire, vers la fosse iliaque (Charpy, P. Delbet), en avant ou en arrière de l'utérus et jusque dans le ligament opposé, parfois le long du rachis et jusque dans la fosse ischio-rectale (Lejars). Plus rarement, la séreuse cède et il se fait une hématocèle intrapéritonéale secondaire (Beigel). La poche est anfractueuse, hérissée de cloisonnements et de tractus cellulaires (Martin) et, plus tard, doublée de couches fibrineuses. Le sang subit, mais avec plus de lenteur, les mêmes transformations régressives que dans la variété intrapéritonéale. L'utérus est refoulé du côté opposé et la collection fait saillie dans le cul-de-sac correspondant du vagin (fig. 253).