

**Symptômes.** — I. *Hématocèle intrapéritonéale.* — Les modes du *début* sont subordonnés aux circonstances étiologiques de l'hémorragie. Insidieux et progressif si celle-ci provient de la trompe, de la formation d'un hématosalpinx ou de la rupture de vaisseaux néoformés dans des adhérences inflammatoires, etc., il est plus souvent brusque, *dramatique* (Bernutz), *cataclysmique* (Barnes). Il correspond alors à l'un des accidents habituels de la grossesse ectopique et nous n'avons pas à en refaire le tableau. Si la malade ne succombe pas à l'anémie aiguë, à l'abondance de l'épanchement, celui-ci s'enkyste et l'hématocèle évolue avec ses symptômes fonctionnels et ses signes physiques propres.

**Symptômes fonctionnels.** — Quelques heures ou deux ou trois jours après la crise initiale, les troubles digestifs s'amendent, le météorisme tombe, les *douleurs abdominales* s'atténuent, deviennent plus sourdes, disparaissent même parfois au point de permettre la marche et la reprise des occupations. Ordinairement elles immobilisent la malade, ressemblent à des coliques intestinales (Courty), reviennent souvent par crises et sont provoquées ou exagérées par les mouvements et la défécation.

L'*élévation de la température centrale*, même en dehors de toute infection locale ou intestinale, n'est pas rare pendant les premiers jours : elle ne dépasse généralement pas 38° ou 38°,5 le soir, et contraste avec le refroidissement des extrémités. Chez quelques malades, l'*état général* se relève vite ; chez d'autres, la fièvre se prolonge. Il y a de l'inappétence, de l'insomnie, de l'altération des traits, et l'anémie persiste longtemps.

Les phénomènes de *compression* se manifestent surtout du côté du *rectum*, par de la dyschésie, de la constipation, de la rectite glaireuse ; du côté de la *vessie*, par du ténesme, de la dysurie, assez souvent de la rétention ; du côté des *nerfs* et des *vaisseaux*, par des névralgies et de l'œdème ; plus rarement, du côté de l'uretère. L'utérus est ordinairement le siège d'un écoulement de pathogénie variable (congestion, endométrite, expulsion de caduque, salpingorragie).

Suivant la prédominance de tel ou tel ordre de phénomènes, on a décrit diverses formes d'hématocèle : *pseudo-péritonitique*, *pseudo-abortive*, *récidivante*, *chronique d'emblée*.

**Signes physiques.** — Lorsque l'épanchement s'est fait dans une séreuse libre d'adhérences, on perçoit, par l'examen bimanuel, une tumeur arrondie qui, en haut, ne présente pas toujours des limites bien précises ; mais, dans le vagin, elle dédouble la cloison recto-vaginale et fait saillie sur la paroi postérieure jusqu'à 4 ou 5 centimètres de la vulve. Au début, on peut, soit par le toucher vaginal, soit mieux par le toucher rectal combiné à des pressions hypogastriques rapides et légères, percevoir nettement la fluctuation ; mais celle-ci fait bientôt place à une résistance élastique, laissant parfois percevoir la

sensation de neige froissée (Pozzi) que donne le conflit des caillots. Plus tard enfin, la consistance devient inégale, avec des alternatives de dureté cartilagineuse et de mollesse qui pourraient faire croire qu'on a traversé la poche avec le doigt explorateur.

L'*utérus* est refoulé en haut et en avant, derrière le pubis, au point d'être quelquefois inaccessible au doigt vaginal, plus rarement abaissé. Il est comme encastré dans la tuméfaction qui, lorsqu'elle empiète sur l'autre côté, représente la figure d'un cœur de carte à jouer. Le vagin présente parfois une teinte ecchymotique.

Quand le cul-de-sac de Douglas est oblitéré par des adhérences, l'épanchement se fait au-dessus et assez haut pour échapper à l'examen vaginal, ou en avant, dans le cul-de-sac vésico-utérin qui bombe alors dans le vagin. En pareil cas, la main hypogastrique ne peut rencontrer l'utérus qui est en rétroposition.

II. Dans l'*hématocèle extrapéritonéale*, les phénomènes de compression sont semblables, mais la réaction péritonéale est moindre. L'utérus est immobilisé, souvent ramolli, dévié latéralement en même temps que porté en avant ou en arrière par une tumeur latérale, plus rarement bilatérale, qui lui est entièrement accolée. Peu volumineuse, cette tumeur peut n'être accessible que par le vagin ; dans le cas contraire, on peut se rendre compte qu'elle est limitée supérieurement par le ligament large distendu (L. Tait). Sa consistance est plutôt molle et pâteuse qu'élastique et fluctuante : on peut aussi y percevoir la crépitation sanguine.

Par le toucher rectal, on peut s'assurer que le cul-de-sac de Douglas est libre.

**Marche et terminaisons.** — La marche de l'hématocèle est lente et sa durée de plusieurs mois. Elle peut aboutir à la résorption ou à la suppuration et, dans ce dernier cas, se terminer par la guérison ou la mort par septicémie.

La résorption est fréquente pour les épanchements modérés, mais exige de un à huit ou dix mois : elle se ferait, d'après Auguste Voisin (1), non par une régression progressive, mais par retraits successifs coïncidant avec les périodes menstruelles.

La résorption peut être complète et ne laisser qu'une petite induration du cul-de-sac fixant plus ou moins l'utérus. Souvent aussi la guérison est retardée par des poussées récidivantes d'hémorragies.

L'infection, qui survient souvent à une période tardive, procède des voies génitales ou de l'intestin. Elle s'annonce par des frissons, de la fièvre, une réaction péritonéale plus ou moins vive, de la diarrhée fétide et un ramollissement de la tumeur en certains points. Le pus alors, mélangé de matières brunâtres, de caillots dégénérés et visqueux, se fait jour le plus souvent par le rectum, et son issue est

(1) Auguste VOISIN, De l'hématocèle rétro-utérine. Paris, 1858.

précédée de coliques et de rectite. Si l'évacuation est assurée par une ouverture assez large, la guérison peut être définitive; sinon, elle reste fistuleuse et la malade peut succomber à la septicémie chronique. L'ouverture dans le vagin est plus rare et plus favorable; plus rares encore sont les cas d'ouverture dans la vessie, à la paroi abdominale et dans le péritoine. Inutile d'insister sur les conséquences de cette dernière complication.

**Pronostic.** — La gravité de l'hématocèle est appréciée de façons très contradictoires, ce qui tient sans doute à la période de son évolution à laquelle on l'envisage. Tant que l'hémorragie est diffuse et peut récidiver, le pronostic se confond avec celui des accidents qui la causent, et il est sérieux, puisque la mort peut en résulter à brève échéance. Lorsque l'enkystement est réalisé, il faut compter encore avec la suppuration possible et ses conséquences; mais c'est une éventualité qui ne se rencontre pas dans la majorité des cas et le danger n'est pas immédiat. Cependant, la durée de la maladie, la persistance, dans les cas de guérison spontanée les plus heureux, de lésions pelviennes, déviations, brides péritonéales, fistules, stérilité, etc., les récidives possibles, imposent l'obligation d'une intervention précoce.

**Diagnostic.** — Au début, le diagnostic de l'hématocèle se confond avec celui de l'avortement et de la rupture tubaires.

Constituée, elle peut être confondue avec une déviation ou avec toute autre tumeur utérine ou juxta-utérine.

Une *dévi*ation de l'utérus à l'état de vacuité se reconnaît par l'hystérométrie, par la recherche du fond de l'utérus, au besoin avec l'aide du chloroforme, et par la constatation de la crête verticale postérieure du corps de l'utérus (Le Dentu). C'est encore la recherche de l'utérus « en-châssé au centre de la tuméfaction » (Pozzi) qui permettra d'éviter la confusion, très facile d'ailleurs, avec une *rétroflexion de l'utérus gravide*.

Quelquefois, une *salpingite kystique*, une *salpingo-ovarite* entourée d'adhérences, ou venant à se *tordre*, des *tumeurs ovariennes* ou *ligamentaires* avec torsion du pédicule, peuvent donner lieu à des douleurs soudaines et violentes et à des signes d'hémorragie interne en imposant pour un début d'hématocèle. Dans ces cas, comme dans celui de *kyste dermoïde*, il faut se guider surtout sur les antécédents, sur le siège plus franchement latéral de la tumeur, sur sa mobilité relative, sur l'intégrité de la cloison recto-vaginale.

Les *fibromes* ont une consistance plus égale, une évolution différente et s'accompagnent généralement de métrorragies et d'une augmentation de la cavité utérine. Cependant un fibrome kystique ou dont le pédicule se tord peut prêter à confusion.

La *pelvi-péritonite* a un début moins soudain, s'accompagne de frissons et d'une élévation plus considérable de la température: la douleur est moins lipothymique. Dans l'hématocèle, la tumeur est

plus rapidement formée, plus franchement postérieure, moins douloureuse et de consistance différente. Cependant certains cas de *pelvi-péritonite séreuse* ne peuvent guère se reconnaître qu'à leur évolution ultérieure.

L'*hématocèle extrapéritonéale* ne peut guère être confondue qu'avec le *phlegmon pelvien*, qui est lié à l'état puerpéral, ou avec une *tumeur intraligamentaire*. Ici, c'est plutôt sur les anamnestiques et le mode de début que sur les signes fournis par l'exploration, que devra s'établir le diagnostic. Enfin, il est des cas imprévus de *grossesse interstitielle* ou dans une *corne utérine*, de *rupture d'utérus gravide*, d'*hématométrie*, etc., qui ne peuvent guère être reconnus qu'après une laparotomie exploratrice.

**Traitement.** — On ne peut formuler de loi générale du traitement de l'hématocèle. L'*indication opératoire*, de même que la méthode à suivre, est subordonnée à différentes conditions, parmi lesquelles l'âge de la lésion, son siège et son volume, sont les plus importantes.

Et d'abord, certaines hématocèles de petit volume, en voie de résorption, n'entraînent aucun trouble fonctionnel sérieux, ne requièrent pas le traitement chirurgical. Le repos et les injections chaudes, vaginales et rectales, suffisent à hâter leur guérison.

Les *hématocèles suppurées anciennes* relèvent de l'*incision vaginale* largement pratiquée et suivie d'un drainage efficace. L'*incision rectale*, peu recommandable en général, a néanmoins son indication exceptionnelle dans quelques cas de collection enclavée et peu accessible par le vagin.

Les hématocèles relevant d'une autre cause que la grossesse extra-utérine sont également justiciables de l'incision vaginale.

En dehors de ces cas, les autres, les plus nombreux, doivent se répartir entre la *colpotomie* et la *laparotomie*.

Lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1896, Bouilly, Segond, Schwartz, Tuffier, Routier, Picqué, Ricard défendirent la première, alors que Terrier, Chaput, Reynier restaient partisans de la laparotomie. A l'étranger, les deux méthodes se partagent aussi les faveurs des chirurgiens. Thevenard (1), dans sa thèse, et surtout Segond, dans son rapport au Congrès de Marseille, ont trop bien présenté et discuté les arguments des uns et des autres, pour qu'il soit opportun de le faire ici. Nous pensons avec ce dernier, avec Bouilly et tant d'autres, que les avantages, les inconvénients et les succès de chacune peuvent se comparer, mais qu'elles sont loin d'être exclusives l'une de l'autre.

Les *hématocèles récentes*, à hémorragies *récidivantes* ou susceptibles de récidiver, celles dans lesquelles l'hémostase est certaine, mais qui relèvent de la rupture d'une grossesse ectopique de trois

(1) THEVENARD, thèse de Paris, 1896.

mois et au delà et dont le début ne remonte pas à plus de six à huit semaines, c'est-à-dire dans lesquelles, en un mot, il y a risque sérieux d'une hémorragie placentaire, doivent être traitées par *laparotomie*. Si on les aborde par *colpotomie postérieure*, il faudra se borner à la large incision, sans essayer de réaliser l'évacuation complète de la poche et envisager l'urgence possible de la laparotomie comme complément de l'opération imposé par une hémorragie.

En dehors de cette condition d'âge de la lésion, l'*incision vaginale* convient aux collections bien enkystées et de petit volume siégeant dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sac latéraux. « Si l'incision s'adresse de préférence aux collections qui distendent et font saillir le Douglas et remplissent toute l'étendue transversale du cul-de-sac postérieur, elle ne convient pas moins aux collections latérales (Bouilly). La plupart des *hématocèles extrapéritonéales* rentrent dans cette catégorie.

« La *laparotomie* s'adresse aux tuméfactions haut situées, sur le fond ou sur les parties latérales de l'utérus, peu accessibles ou non accessibles par le toucher vaginal, bien enkystées, de volume en général assez peu considérable. Ces tuméfactions représentent un hématosalpinx avec quelques caillots répandus dans le voisinage, au niveau de la trompe. Elle revendique également les grosses collections sanguines, remontant jusqu'à l'ombilic et au delà, dans lesquelles on peut supposer la présence d'un fœtus déjà volumineux, les grossesses extra-utérines anciennes dans lesquelles le produit de la conception est mort depuis longtemps et plus ou moins transformé; les cas encore assez fréquents dans lesquels le cul-de-sac vaginal postérieur est comblé par des adhérences anciennes qui empêchent en ce point l'accumulation et la perception de la collection sanguine. Enfin, on devra traiter par la laparotomie tous les cas où il y a incertitude sur la nature exacte de la lésion. » (Bouilly.)

Ajoutons que quelques cas très exceptionnels réclament une autre voie d'évacuation : incision *ischio-rectale* (Lejars), *laparotomie sous-péritonéale* (Pozzi).

**Technique. — Laparotomie.** — Une fois le ventre ouvert, on effondre le foyer hématique, on le vide de ses caillots, on recherche la trompe rompue, assez facilement reconnaissable en général, et, suivant les cas, on pratique la *salpingectomie* ou la *salpingorrhaphie*. La plupart du temps, il n'existe pas de poche assez distincte pour être isolée et réséquée ou marsupialisée. On se contente alors de faire une *toilette péritonéale* aussi complète que possible, à sec ou, au besoin, à l'aide d'un lavage, puis de suturer la paroi. Cependant, en raison de la facilité avec laquelle s'infectent de pareils foyers, il est sans doute plus prudent de les drainer pendant quarante-huit heures. Si la position déclive est utile pour la recherche et l'examen de la trompe, il est préférable de n'y recourir qu'après l'évacuation des

caillots, afin de ne pas favoriser leur diffusion dans les parties supérieures de la séreuse.

La *colpotomie* se fait au ras du col, et aussi large que possible, sans intéresser les artères vaginales. Après avoir incisé la muqueuse, on effondre le cul-de-sac péritonéal et on évacue les caillots au moyen des doigts ou d'un instrument mousse, mais avec une *extrême douceur*, surtout si l'hématocèle n'est pas très ancienne. On peut faciliter l'évacuation de la poche au moyen d'une injection donnée avec une sonde à double courant et dilatatrice, comme celle de Doléris. Mais il vaut mieux, même au prix d'une convalescence un peu plus longue, se résigner à une évacuation incomplète que de s'exposer à une hémorragie qui peut être rapidement grave. Les lavages ne seraient indiqués, plus tard, qu'en cas d'infection secondaire du foyer.

Le drainage, pour être efficace, doit être fait non à la gaze, mais au moyen d'un gros tube en T à nombreuses ouvertures latérales. On peut généralement le retirer au bout de douze à quinze jours, et la guérison s'obtient en trois ou quatre semaines.

#### IX. — TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE.

La tuberculose de l'utérus et des annexes présente, relativement aux autres processus inflammatoires dont ces organes sont le siège, des caractères assez spéciaux pour mériter une description particulière. Pendant longtemps, elle a été méconnue ou signalée seulement comme détail d'autopsie [Morgagni, 1744; Louis, 1825; Senn (de Genève), 1831]; Reynaud en 1831, et Kiwisch en 1847, décrivent quelques cas de tuberculose utérine et Cruveilhier figure, dans son *Anatomie pathologique*, des lésions tubaires de cette nature. Mais c'est la thèse de P. Brouardel (1865) qui attire réellement l'attention sur la tuberculose génitale féminine. Depuis lors se sont multipliées les observations, les expériences et les travaux pathogéniques, les recherches anatomo-pathologiques et les travaux d'ensemble. Parmi ces derniers, nous citerons seulement ceux de Spaeth (1), de Cornil (2), Terrillon (3), de Massia (4), Guillemain (5), Kelly (6), Williams (7), Senn (de Chicago) (8), Jolly (9), Le Dentu (10), Popoff (11), etc., et surtout une thèse récente de Mlle Gorovitz (12) qui a fait une très belle étude de

(1) SPAETH, thèse de Strasbourg, 1885.

(2) CORNIL, Leçons sur l'anat. des métrites, 1889.

(3) TERRILLON, Congrès franç. de chirurgie, 1889.

(4) DE MASSIA, thèse de Paris, 1891.

(5) GUILLEMAIN, Revue de chirurgie, déc. 1894.

(6) KELLY, John Hopkins Hosp. Reports, 1890.

(7) WILLIAMS, John Hopkins Hosp. Reports, 1892.

(8) SENN, Tuberculosis of the gén.-urin. org. Chicago, 1897.

(9) JOLLY, thèse de Paris, 1898.

(10) LE DENTU, Sem. gynéc., 1899.

(11) POPOFF, Diss. inaug. Saint-Petersbourg, 1898.

(12) Mlle GOROVITZ, thèse de Paris, juillet 1900.