

atténuer les douleurs, à la condition expresse d'être confié à des mains habiles et très prudentes.

S'il est vrai que l'essai préalable de cette thérapeutique conservatrice doit être une sorte de commandement pour tout chirurgien consciencieux, il n'en résulte pas qu'il soit rationnel ou sage de s'entêter à la poursuivre quand même, et, pour ma part, j'estime que les tampons à perpétuité comme tous les autres modes de traitement qui dérivent de l'expectation systématique ne méritent pas plus de confiance ou d'estime que la tendance aux opérations trop hâtives ou peu justifiées. Bref, il faut user, mais non point abuser du traitement médical, et lorsqu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois la thérapeutique conservatrice ne donne rien, la vraie sagesse et la vraie prudence consistent à opérer sans retard, en donnant la préférence à l'opération la plus efficace et la moins grave, c'est-à-dire à l'hystérectomie vaginale. D'autant que, dans le cas particulier, l'hystérectomie possède en outre le privilège d'éviter aux femmes tous les inconvénients, cette fois incontestables, d'une cicatrice forcément grande, et toujours trop faible à son extrémité inférieure pour opposer une résistance efficace à la poussée intestinale. Il se peut à la vérité qu'en choisissant d'emblée cette intervention radicale, on s'expose à rencontrer, par très grande exception, des annexes dont les fonctions ne soient pas complètement éteintes; mais, comme je l'ai dit ailleurs⁽¹⁾, quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner; ils savent aussi fort bien que, dans les suppurations pelviennes de quelque étendue, les annexes sont toujours plus ou moins altérées et, suivant la juste remarque de Pozzi⁽²⁾, les malades qui guérissent après suppuration pelvienne, en conservant leurs annexes, sont, dans l'immense majorité des cas, « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables ». Pour toutes ces raisons, on est donc autorisé, me semble-t-il, à passer outre; et lorsqu'une femme se présente avec des lésions comme celles des pelvi-péritonites qu'il faut opérer, la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait, à la grande rigueur, donner une laparotomie purement évacuatrice, suivie d'une toilette péritonéale minutieuse et d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Il existe deux variétés d'hématocèle pelvienne : l'une, la plus commune, est *intrapéritonéale*; l'autre, plus rare, est *extrapéritonéale*. La première a été désignée sous des noms un peu différents, tels que *hématocèle utérine*

⁽¹⁾ PAUL SEGOND, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 février 1891.

⁽²⁾ S. POZZI, *Ibid.*, 1890, p. 519.

(Bernutz⁽¹⁾), *hématocèle péri-utérine* (Gallard⁽²⁾, Poncet⁽³⁾), *hématocèle circum-utérine* (de Sinéty⁽⁴⁾), ou *hématocèle pelvienne* (Mac Clintock⁽⁵⁾, Pozzi⁽⁶⁾). Ces appellations diverses ont peut-être l'avantage de tenir compte du siège variable de l'épanchement; toutefois, la localisation de l'hématome dans le cul-de-sac de Douglas est si caractéristique et si fréquente, que je crois préférable de conserver à cette affection le nom très significatif d'*hématocèle rétro-utérine*, que Nélaton lui a donné. A son tour, la deuxième variété d'hématocèle, décrite par Huguier⁽⁷⁾ sous le nom d'*hématocèle extrapéritonéale*, mériterait mieux les qualifications de *thrombus*⁽⁸⁾ ou d'*hématome*⁽⁹⁾ des ligaments larges. Mais il me paraît plus simple d'attribuer la même dénomination générique à tous les épanchements sanguins péri-utérins, et, me conformant à l'usage, je décrirai successivement l'*hématocèle rétro-utérine* et l'*hématocèle extrapéritonéale*.

I

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

Récamier⁽¹⁰⁾ et Bourdon⁽¹¹⁾ ont reconnu l'existence de l'hématocèle; Bernutz⁽¹²⁾ en a fait ensuite une étude très complète; mais c'est à Nélaton⁽¹³⁾ que revient l'honneur de nous avoir donné de cette affection si particulière une description qui ne sera jamais dépassée. Les travaux qui ont suivi sont résumés d'une manière très complète par A. Poncet, dans sa thèse d'agrégation de 1877 et dans son article HÉMATOCÈLE du *Dictionnaire encyclopédique*. Depuis cette dernière publication, on a surtout cherché à rattacher l'hématocèle rétro-utérine à la grossesse tubaire dont elle serait la complication fréquente.

Pathogénie. — Étiologie. — Petit épanchement sanguin dans un péritoine malade, grande hémorrhagie dans une séreuse saine, tels sont les deux conditions pathogéniques fondamentales de l'hématocèle, et, selon les cas, elles agissent soit isolément, soit en se combinant d'une manière variable. En effet, suivant la remarque de Pozzi⁽¹⁴⁾, « il n'est guère douteux que les trompes au moment des

⁽¹⁾ BERNUTZ, *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel*. *Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII, p. 129; t. XVIII, p. 405; 1849, t. XIX, p. 186.

⁽²⁾ GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1885.

⁽³⁾ A. PONCET, *De l'hématocèle péri-utérine*. Thèse d'agrég. Paris, 1877.

⁽⁴⁾ DE SINÉTY, *Manuel de gynécologie*, 1879, p. 697.

⁽⁵⁾ MAC CLINTOCK, *Diseases of women*. Dublin, 1865.

⁽⁶⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 914.

⁽⁷⁾ HUGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 141.

⁽⁸⁾ DENEUX, *Thrombus des ligaments larges*. Thèse de Paris, 1855.

⁽⁹⁾ J. KUHN, *Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder*. Zurich, 1874. — A. MARTIN, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.

⁽¹⁰⁾ RÉCAMIER, *Gazette des hôpitaux*, 1851, p. 95.

⁽¹¹⁾ BOURDON, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*. *Revue médicale*, juillet, août, septembre 1881, t. III, p. 5, 161 et 521.

⁽¹²⁾ BERNUTZ, *Loc. cit.*

⁽¹³⁾ NÉLATON, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 575, 578, 581; 1852, p. 45, 66; 1855, p. 405. — VIGUÈS, Thèse de Paris, 1850.

⁽¹⁴⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 915.

règles ne soient le siège d'une exhalation sanguine analogue à celle de l'utérus. Bien des désordres observés à cette période sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine où il se résorbe rapidement. On sait par de nombreuses expériences physiologiques, ainsi que par l'observation de ce qui se passe dans nombre de laparotomies, avec quelle facilité le sang peut disparaître quand le péritoine est sain. » Mais, quand l'épanchement est considérable, il n'en va plus ainsi; la séreuse réagit, et très vite se créent des adhérences qui emprisonnent l'épanchement. Dans un autre ordre de faits, si le péritoine est préalablement altéré par une lésion péri-utérine ancienne, la moindre effusion sanguine, même quand elle se fait lentement, ne peut être résorbée, et l'épanchement s'enkyste tout naturellement au milieu des fausses membranes qui remplissent le bassin : dans le premier cas, l'épanchement est primitif et la péritonite secondaire; dans le deuxième cas, au contraire, la péritonite est primitive et c'est elle qui provoque l'épanchement.

Parmi les théories qui visent les épanchements primitifs, les unes placent le siège de l'hémorragie dans les veines du ligament large, d'autres dans la trompe, quelques-unes dans l'ovaire.

Signalées dès 1854 par Ollivier⁽¹⁾ (d'Angers), les ruptures veineuses du plexus utéro-ovarien variqueux⁽²⁾ ont été surtout incriminées par Richet⁽³⁾ et son élève Devalz⁽⁴⁾. Je ne nie pas la possibilité de ces ruptures, mais je crois que les faits constatés n'ont pas toujours reçu leur juste interprétation. Tout le monde sait que la grossesse normale est une des causes les plus favorables au développement des varices dans les veines du ligament large⁽⁵⁾. Il est donc légitime d'admettre que la grossesse extra-utérine agit de la même façon sur le plexus utéro-ovarien. Dans ces conditions, la conclusion s'impose. Au lieu de chercher dans les varices du plexus utéro-ovarien une source d'hématocèle, il est plus logique de rattacher l'hématocèle, aussi bien que les varices, à une cause commune : la grossesse tubaire. Entre autres preuves, à l'appui de cette manière de voir, on peut citer une communication de Reynier⁽⁶⁾ à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'une pièce présentant dans la région du plexus utéro-ovarien des veines très distendues et, au niveau du hile de l'ovaire, une rupture veineuse obturée par un caillot. Sans autre examen, Reynier avait aussitôt conclu à l'existence d'une hématocèle par rupture veineuse, suivant le mécanisme de Devalz. Or la conclusion était inexacte, et le microscope a démontré qu'il s'agissait d'une hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine. La grossesse extra-utérine, telle est bien la cause la plus fréquente de l'hématocèle. Bernutz, Denucé, Schroeder et surtout Gallard l'ont pressentie avec beaucoup de clairvoyance, et le fait est devenu vérité démontrée depuis qu'on sait mieux reconnaître les modifications histologiques de la grossesse tubaire au début⁽⁷⁾. Binaud,

(1) OLLIVIER (d'Angers), Note sur un cas de grossesse tubaire. Arch. gén. de méd., 1857, t. V.

(2) PUECH, Sur la rupture du plexus utéro-ovarien et le thrombus intra-pelvien. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 28 juin 1858.

(3) RICHEL, Traité prat. d'anat. méd.-chir., p. 815.

(4) DEVALZ, Du varicocèle pelvien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine. Thèse de Paris, 1858.

(5) BUDIN, Des varices chez la femme enceinte. Thèse d'agrégé. Paris, 1880.

(6) REYNIER, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., juin 1891, p. 270.

(7) VEIT, Deutsche Zeitschr. für prakt. Med., 1877, n° 54, p. 577. — ALB. DORAN, Brit. med. Journal, 10 oct. 1891. — ORTHMANN, Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten.

dans sa thèse, a réuni 64 observations d'hématocèles dans lesquelles la grossesse ectopique est prouvée, soit par la découverte de l'embryon, soit par la recherche des villosités chorales. C'est surtout dans les premières semaines que se produit la rupture de la trompe. Sur 45 cas examinés par V. Hecker⁽¹⁾, on trouve 26 fois la rupture pendant les deux premiers mois. On a invoqué pour expliquer cette rupture la surdistension de la trompe. Kaltenbach⁽²⁾ pense qu'il faut surtout tenir compte des adhérences et des altérations de la paroi. Quoi qu'il en soit, sous la double influence de la vascularisation des parois et du décollement placentaire, la rupture est toujours suivie d'une hémorragie sérieuse.

Ce serait toutefois une tendance beaucoup trop exclusive de voir dans toute hématocèle une complication de la grossesse ectopique. C. Ruge⁽³⁾ et plus récemment Doléris⁽⁴⁾, et A. Doran⁽⁵⁾ ont réagi contre la généralisation d'une telle doctrine. « Si l'on observe, dit Doléris, une suppression de menstrues qui presque toujours fait croire aux intéressées qu'il s'agit d'une grossesse commençante suivie d'avortement presque immédiat, cette suppression de quelques jours, d'une semaine ou deux, trouve une meilleure explication dans un état spasmodique passager de l'utérus cause du trouble constaté. » Cette théorie pathogénique nous ramène en somme à l'hématocèle cataméniale de Trousseau⁽⁶⁾ et dans quelques cas il n'est pas douteux que ce soit l'étiologie qu'on doit admettre.

La trompe peut encore être le point de départ de l'hématocèle, en permettant le reflux du sang de l'utérus vers le péritoine. Cette hypothèse formulée jadis par Ruysch⁽⁷⁾ et Haller⁽⁸⁾ a été défendue par Bernutz⁽⁹⁾ et A. Guérin⁽¹⁰⁾. Ce dernier chirurgien invoque surtout le reflux en cas de dysménorrhée membraneuse, lorsque « la membrane muqueuse, se détachant des couches sous-jacentes, fait un bouchon qui, pendant un certain temps, ferme hermétiquement le col de l'utérus, tandis que l'orifice de la trompe est ouvert ».

L'ovaire serait capable de produire l'hématocèle dans deux conditions différentes, à l'état normal et à l'état pathologique. Pour expliquer comment un ovaire sain peut devenir le point de départ d'une hématocèle, Gallard incriminait la poussée congestive que subit l'organe au moment de l'ovulation, et voici comment il comprenait la formation de l'hématocèle : sous l'influence d'une cause quelconque, au moment des règles ou dans leur intervalle, à l'occasion d'une excitation génitale : congestion excessive de l'ovaire; au moment de la rupture de la vésicule : hémorragie trop grande pour trouver dans la trompe une voie d'écoulement suffisante, et, aussitôt, épanchement dans le cul-de-sac de Douglas de la quantité de sang en excès. Pour lui, l'hématocèle était donc une véritable ponte extra-utérine; l'ovule fécondé ou non devait toujours être entraîné avec le sang épanché, et, disait-il, si l'ovule peut ne pas être fécondé,

Zeitschr. für Geb. und Gyn., 1891, t. XX, Heft 1. — KLEIN, Zur Anatomie der schwangeren Tube. Ibid. — KELLER, Zur Diagnose der Tubengravidität. Ibid.

(1) V. HECKER, Monats. für Geb. Berlin, 1859, t. XIII, p. 84.

(2) KALTENBACH, Loc. cit.

(3) C. RUGE, Centr. für Gyn., 1889, p. 2.

(4) DOLÉRIS, Hémorragies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine. La Gynécologie, 1899, p. 8.

(5) A. DORAN, cité par Doléris, Loc. cit., p. 12.

(6) TROUSSEAU, Leçons sur l'hématocèle cataméniale. Gaz. des hôp., 1858.

(7) RUYSCHE, Observationum anatomico-chirurgicarum centuria. Amsterdam, 1694, p. 110.

(8) HALLER, Elementa physiologiae. Lausanne, 1778, t. VII, p. 105.

(9) BERNUTZ, Loc. cit.

(10) A. GUÉRIN, Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme, p. 459.

« il doit l'être dans le plus grand nombre des cas ». Cette théorie de la ponte extra-utérine prise au pied de la lettre n'est sans doute plus de mise; mais il n'en faut pas moins admirer l'ingénieuse sagacité avec laquelle son auteur l'avait édifiée, sans le secours du microscope, et, par le fait, la théorie de Gallard forme la base première des doctrines auxquelles on tend de plus en plus à se rallier pour expliquer la formation de l'hématocèle.

Si l'ovaire sain ne peut être considéré comme source possible d'une hémorragie sérieuse, il en est tout autrement de l'ovaire malade. En effet, « la dégénérescence microkystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture donne lieu à un épanchement de sang dans le péritoine (1) ». L'hémorragie ainsi provoquée peut être extrêmement abondante. Scanzoni (2) en a rapporté un cas suivi de mort : « 3 kilogrammes de sang s'étaient épanchés dans la cavité abdominale ». Laugier (3) a, le premier, nettement décrit cette pathogénie spéciale déjà entrevue par Huguier (4) et Denonvilliers (5). Un peu tombé dans l'oubli depuis le mémoire de Bœckel (6), le rôle de l'apoplexie ovarienne dans la production de l'hématocèle a été remis en lumière par Rollin (7) qui en a bien montré le double mécanisme suivant que l'hémorragie se fait dans le péritoine (hémorragies extravésiculaires), ou secondairement après être resté pendant un temps variable à l'état de kyste sanguin de l'ovaire (hémorragies intravésiculaires, kystes hémorragiques de Bœckel).

Dans les cas précédents, l'hémorragie est à bon droit considérée comme le premier acte, comme la première phase de la maladie. La pelvi-péritonite qui vient enkyster le sang épanché est au contraire un processus réactionnel secondaire. Or, en d'autres circonstances, ainsi que je l'ai dit plus haut, on a pensé qu'il y avait lieu de renverser les termes et de faire de la pelvi-péritonite le phénomène initial. L'hématocèle serait alors produite par la rupture des vaisseaux dilatés et friables qui sillonnent les fausses membranes péritonéales. En un mot, il existerait une *pachypelvipéritonite hémorragique* au même titre qu'on observe des *pachyméningites hémorragiques* ou des *vaginalites chroniques*. Mise en lumière par Dolbeau (8), Virchow (9) et Ferber (10), cette théorie a surtout été défendue par J. Besnier (11) et par Bernutz (12). Elle répond bien à certains cas particuliers, mais, suivant la juste remarque de Barnes (13), il faut se garder de trop la généraliser.

En somme, de toutes ces théories, trois surtout doivent être retenues. Au

(1) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 917.

(2) SCANZONI, *Traité pratique des maladies des organes sexuels des femmes*, trad. Socin. Paris, p. 345.

(3) S. LAUGIER, *Sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine*. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1855, p. 457.

(4) HUGUIER, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 266.

(5) DENONVILLIERS, *Ibid.*, p. 275.

(6) E. BOECKEL, *Des kystes hémorragiques de l'ovaire*. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79.

(7) F. ROLLIN, *Des hémorragies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889.

(8) DOLBEAU, *Gaz. des hôp.*, 1860, n° 55, p. 158.

(9) VIRCHOW, *Die Krankheit. Geschwülste*, 1865, Bd. I, p. 150.

(10) FERBER, *Arch. für Physiol.*, 1868, t. III, p. 451.

(11) J. BESNIER, *De la pachy-pelvipéritonite hémorragique*. *Ann. de gyn.*, 1877, t. VII, p. 401, et t. VIII, p. 110 et 297.

(12) BERNUTZ, *De l'hématocèle symptomatique de pachy-pelvipéritonite hémorragique*. *Arch. de locol.*, 1880, p. 129 et 205.

(13) BARNES, *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. frang., 1876, p. 513.

premier rang, je place la *grossesse tubaire*, il est incontestable aujourd'hui que la grande majorité des hématocèles pelviennes n'ont point d'autre cause. La *pachypéritonite* peut être le point de départ de certaines hématocèles à marche subaiguë et rapidement enkystées; mais, en général, le rôle de cette lésion doit être interprété, comme le dit Bouilly. « Le plus souvent, à l'occasion des règles et surtout d'une excitation génitale exagérée à ce moment, il se fait une hémorragie tubaire, une rupture en un point de la trompe distendue et un épanchement sanguin intrapéritonéal. L'examen direct des lésions récentes démontre une hématosalpinx, la présence de caillots plus ou moins modifiés dans le péritoine et les lésions de la péritonite. De ces lésions, les unes sont anciennes et consécutives à la salpingite; les autres plus récentes ont été déterminées par la présence du sang dans le péritoine. C'est dans ce cas surtout qu'on rencontre les lésions de la pachypéritonite, mais celle-ci n'est pas primitive et a succédé à une ancienne affection des annexes le plus souvent bilatérale. » C'est aussi l'opinion de Pozzi « que les hématocèles à développement sournois et progressif sont probablement le fait de véritables salpingorrhagies intrapéritonéales et supposent une salpingite antérieure (1) ». Enfin, je crois que l'ovaire kystique peut être, dans certains cas, le point de départ d'hémorragies assez abondantes pour constituer une hématocèle. Le fait est sans doute exceptionnel, mais les observations rapportées par Rollin mettent son existence hors de doute.

L'hématocèle est une affection relativement rare. Elle appartient à la période sexuelle active de la femme. Son maximum de fréquence s'observe de vingt à trente-cinq ans, et il ne semble pas, comme le prétend Bernutz, que cette fréquence tende à reparaitre vers quarante ans (2). Bernutz aurait observé une hématocèle chez une jeune fille de treize ans non réglée (3). L'hémorragie se produit généralement sous l'influence de certaines causes déterminantes, telles qu'un traumatisme abdominal, un excès de coït, un refroidissement, surtout au moment des règles. Quelques maladies infectieuses, la variole, la fièvre typhoïde, l'ictère grave peuvent déterminer des *hémorragies intra-pelviennes*, mais il se produit, dans ces cas, des hémorragies diffuses qui n'ont en général aucune relation avec l'hématocèle proprement dite.

Anatomie pathologique. — La tumeur formée par l'hématocèle siège ordinairement dans le cul-de-sac postérieur entre l'utérus et le rectum; quelquefois on la rencontre entre la vessie et l'utérus ou sur les côtés de la matrice (4). Dans le cas le plus ordinaire (hématocèle rétro-utérine), l'utérus est refoulé contre la symphyse et le rectum aplati sur la concavité sacrée par une tumeur dont le volume varie entre celui du poing et une tête d'adulte. Le contenu de cette tumeur est séparée de la grande cavité péritonéale par une cloison, mince par places, épaisse en certains points, présentant à l'ouverture du ventre une coloration brun noirâtre. Cette cloison, véritable diaphragme pathologique, est faite de fausses membranes qui agglutinent ensemble les anses intestinales et les franges épiploïques et au sein desquelles sont enfouies les annexes adhérentes et très altérées. Le plus souvent, le sang est contenu à la fois dans la poche

(1) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 917.

(2) A. PONCET, art. HÉMATOCÈLE du *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 4^e série, t. XII, p. 767.

(3) BERNUTZ, *Ibid.*, p. 767 (cité par Poncet).

(4) ROLLIN, *Gaz. des hôp.*, 1855.

d'enkystement et dans la cavité d'une trompe largement dilatée et rompue dans une étendue variable. Bref, « il s'agit d'une véritable *hémato-salpingite* rompue et quelquefois même d'une hémato-salpingite bilatérale (1) ». L'épanchement est, en général, constitué par du sang coagulé ou semi-liquide, de consistance sirupeuse, de couleur noirâtre et assez comparable à du raisiné. Beaucoup plus rarement, il est tout à fait liquide. Sa quantité varie avec le volume de la poche et peut atteindre 1500 grammes ou plus encore. La présence d'un fœtus n'est pas aussi rare que le prétendent certains auteurs. Sur 59 observations relevées par Binaud, la présence de débris fœtaux a été notée 58 fois, celle du placenta 8 fois; dans 15 cas, le diagnostic a été fait par la constatation des villosités choriales. Lorsque la trompe est rompue, c'est généralement au niveau du tiers externe que siège la rupture. Celle-ci est unique, plus rarement multiple. Fréquemment la trompe malade contient en un de ses points un caillot dur, volumineux, très adhérent aux parois tubaires (2). Parfois ce caillot renferme à son centre une fente allongée, à parois lisses, vestige de la cavité amniotique (Pilliet) (3). Dans d'autres cas observés à une période plus avancée, cette fente elle-même a disparu, les villosités deviennent de plus en plus difficiles à trouver, elles peuvent même manquer et l'origine du caillot ne se laisse plus soupçonner que par deux lésions histologiques : dénudation de la muqueuse à son niveau et présence de cellules migratrices (Pilliet).

Quand l'hématocèle est ancienne, les parois qui la limitent s'épaississent par le dépôt successif de couches stratifiées de fibrine. En même temps le sang se résorbe ou subit des modifications de consistance et de couleur variables, suivant l'âge de l'épanchement. Il peut arriver que l'hématocèle suppure; elle présente alors des lésions anatomiques analogues à celles de la pelvi-péritonite, et parfois, sans les commémoratifs, il serait bien difficile de dire si l'abcès pelvien qu'on a sous les yeux est oui ou non une ancienne hématocèle.

On rencontre aussi des *lésions de voisinage* utiles à bien connaître. Les taches brunâtres ou les bourgeons remplis de débris pigmentaires que Ferber (4) a décrits sur le péritoine, à côté des lésions habituelles de la péritonite, sont à noter ici. Mais, parmi ces lésions de voisinage, il faut avant tout ranger les graves désordres viscéraux que les grosses hématocèles sont susceptibles de provoquer par compression. Dumontpallier (5) a observé un cas dans lequel les uretères comprimés avaient subi une ectasie considérable. Peu à peu les lésions avaient gagné les reins et déterminé des phénomènes urémiques mortels. De même l'intestin peut être rétréci par des brides cicatricielles telles qu'elles provoquent des accidents d'étranglement interne (6).

Symptômes. — L'hématocèle rétro-utérine, dans sa forme commune, a pour caractère principal son début brusque et alarmant. Bernutz (7) le qualifiait de *dramatique* et Barnes le dit *cataclysmique*. Mais, si foudroyante que soit l'éclo-

(1) BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 494.

(2) ORTHMANN, *Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten. Zeits. für Geb. und Gyn.*, 1891, t. XX.

(3) Cité par W. Binaud, *Loc. cit.*, p. 26.

(4) FERBER, cité par Beigel, t. II, p. 117.

(5) DUMONTPALLIER et DE SINÉTY, *Ann. de gyn.*, janvier 1878.

(6) A. MAGNIN, *Lyon médical*, 19 septembre 1875. — PRENGRUEBER et VICENTE, *Semaine méd.*, 1886, n° 1.

(7) BERNUTZ, art. HÉMATOCÈLE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVII, p. 518.

sion du mal, il faut savoir qu'elle est presque toujours précédée de troubles génitaux variables. Dans beaucoup de cas, il s'agit de femmes chez lesquelles la suspension des règles, des troubles gastriques et des phénomènes congestifs du côté des seins ont fait croire à une grossesse. Puis survient une métrorrhagie abondante avec expulsion d'une caduque, et c'est au milieu de ce cortège symptomatique que l'hématocèle se constitue. D'autres fois, ce sont des troubles moins caractéristiques de la menstruation, de la leucorrhée, des douleurs localisées dans la région des annexes, avec leurs irradiations classiques qui précèdent l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, lorsque survient l'hématocèle, la malade, après une sensation de craquement, de déchirement dans les reins, est prise subitement d'une douleur pelvienne intense qui peut aller jusqu'à la syncope. Le facies est décoloré, les extrémités refroidies, le pouls filiforme; la température s'abaisse, et, si l'épanchement ne s'enkyste pas rapidement, la mort peut survenir en quelques heures. Ces cas foudroyants sont heureusement rares; le plus souvent la malade revient à elle, accusant dans le bas-ventre des douleurs qui rappellent tantôt les coliques intestinales violentes (Courty), tantôt les douleurs expulsives de l'accouchement (Poncet). Ces douleurs s'irradient vers le rectum, surtout vers les reins. Le moindre mouvement les exaspère. En même temps le ventre se ballonne, la température s'élève et peut atteindre 59 degrés; le pouls bat 120 à 140 pulsations par minute. La malade est prise de frissons, de vomissements. Le visage exprime l'anxiété et parfois l'agitation est extrême. Ces phénomènes aigus ne persistent guère au delà de quarante-huit heures. Peu à peu ils s'amendent; la douleur perd de son acuité, devient plus sourde; les vomissements cessent, l'état général s'améliore. L'épanchement est enkysté. En quelques circonstances, le début n'a plus le caractère alarmant. Il est en quelque sorte insidieux et s'accuse uniquement par de la douleur locale, du ballonnement et une grande faiblesse. L'épanchement, dans ces cas, se fait lentement, par suintement, jusqu'au jour où des poussées de péritonite plastique viennent le circonscrire.

L'hématocèle une fois constituée, le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur arrondie et globuleuse qui bombe fortement dans le fond du vagin et remplit le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, repoussé en haut et en avant, est comme aplati contre la face postérieure du pubis. La consistance de la tumeur rétro-utérine est plus souvent élastique (1) que nettement fluctuante; puis, à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection, elle devient pâteuse, dure, même ligneuse. Cette consistance n'est d'ailleurs pas la même dans tous les points de la tumeur. A côté de zones franchement fluctuantes, il en est de résistantes comme du cartilage. L'exploration abdomino-vaginale permet seule de rechercher ces modifications et de provoquer parfois de la crépitation. La tumeur est limitée supérieurement par une ligne convexe fréquemment déjetée d'un côté, le droit surtout (Poncet). Lorsque l'épanchement dépasse 400 grammes, c'est-à-dire la capacité de la cavité pelvienne (2), le sang remonte de chaque côté vers les fosses iliaques et la tumeur prend la forme d'un cœur de carte à jouer.

A chaque époque menstruelle, les douleurs deviennent plus vives, il survient un peu de malaise, un léger mouvement fébrile; dans certains cas, et notam-

(1) OLSHAUSEN, *Arch. für Gyn.*, t. I, p. 29.

(2) PONCET, *Loc. cit.*, p. 772.