

ment dans les hématoèles d'origine ovarienne (kystes ménorrhagiques), on observerait également un accroissement de la tumeur (1). Toutes les causes capables de congestionner les organes du bassin, fatigues, coït, équitation, etc., détermineraient les mêmes phénomènes locaux et généraux. La tumeur, par son développement, provoque des phénomènes de *compression* du côté des organes voisins. La constipation est la règle, plus rarement on observe du catarrhe intestinal; mais la défécation est toujours fort douloureuse. De même, la vessie étant comprimée entre le pubis et l'utérus, il existe du ténésme vésical, de la rétention d'urine. La compression des uretères peut conduire à l'urémie et celle des nerfs aux névralgies lombo-abdominales, dont Marotte avait voulu faire jadis une cause de l'hématoèle. Enfin il existe fréquemment de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux externes par compression des vaisseaux pelviens.

Marche. — Durée. — Terminaison. — La marche de l'hématoèle est lente, sa durée moyenne est de trois à quatre mois. A chaque période menstruelle, elle subit un léger accroissement, provoque des troubles généraux plus ou moins accentués, puis, quand les règles ont cessé, tout rentre dans l'ordre et les malades reprennent leurs occupations habituelles.

L'hématoèle peut se terminer par *résorption* ou par *évacuation spontanée*. La résorption est, de beaucoup, le mode de terminaison le plus fréquent. Peu à peu la tumeur durcit, devient *ligneuse*, mais « c'est par retraits successifs, par saccades, que se fait la diminution de volume, et cet achèvement saccadé s'accroît à chaque période menstruelle, tandis que dans l'intervalle de deux époques la tumeur paraît rester stationnaire ». En même temps, la défécation et la miction deviennent plus faciles, les phénomènes généraux s'atténuent et la guérison est complète au bout d'un temps variable suivant le volume de la tumeur, mais généralement compris entre un et huit mois (2).

Au contraire, si la tumeur, au lieu de s'indurer, semble se ramollir, il faut redouter l'*évacuation au dehors*. Ce mode de terminaison est annoncé par l'apparition de douleurs vives et lancinantes. En même temps surviennent des phénomènes généraux : frissons, fièvre, vomissements, etc. Puis, si l'ouverture tend à se faire dans le rectum, ce qui est fréquent (15 fois sur 52) (3), on voit souvent apparaître du catarrhe intestinal (entérite glaireuse de Nonat). A ce catarrhe succède bientôt l'expulsion de matières noirâtres, graisseuses, semblables « à de la mélasse ou à de l'encre de sépia » (Poncet). Une fois la poche évacuée, plusieurs alternatives sont possibles. Ou bien elle revient sur elle-même, diminue progressivement et n'est bientôt perceptible que sous la forme d'un petit noyau induré, presque indolent; ou bien, après être restée fistuleuse un temps plus ou moins long, elle se ferme définitivement; ou bien, enfin, elle s'infecte secondairement au contact des gaz et des matières fécales et devient le point de départ d'accidents septicémiques graves. L'ouverture dans le vagin est beaucoup plus rare (7 fois sur 52). Elle peut se produire simultanément dans le vagin et le rectum. On a signalé quelques rares faits d'ouverture dans la vessie ou à la paroi abdominale (4). Quand l'hématoèle se rompt dans le

(1) E. BOECKEL, *Loc. cit.*

(2) A. VOISIN, *Hématoèle péri-utérine*. Thèse de Paris, 1878.

(3) COURTY, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 1042.

(4) OIT (*Gaz. des hôp.*, 1861, p. 55) a rapporté un cas d'ouverture simultanée à la paroi et dans la vessie.

péritoine, elle peut n'y déterminer que des phénomènes de péritonite partielle; mais, le plus souvent, il en résulte une péritonite généralisée suraiguë, rapidement mortelle. Dans quelques cas, la *suppuration* envahit d'emblée toute la poche. Cette complication est annoncée par des frissons répétés, l'élévation de la température, une recrudescence des douleurs locales qui prennent un caractère particulier d'acuité, puis l'abcès pelvien secondaire se comporte comme s'il était primitif.

En somme, l'hématoèle rétro-utérine est une affection à marche essentiellement chronique, aboutissant le plus souvent à la guérison par retraits successifs ou par évacuation spontanée, mais pouvant déterminer la mort par septicémie, quand l'évacuation s'est faite dans le rectum, ou par péritonite, quand la rupture a lieu dans le péritoine.

Pronostic. — Pour toutes ces raisons, l'hématoèle est une maladie grave. Sans parler des cas foudroyants capables d'entraîner la mort en quelques heures, il faut toujours compter avec la suppuration de la poche ou sa rupture dans le péritoine. Cependant ces éventualités sont relativement rares; et, si l'hématoèle a un pronostic sérieux, c'est moins au point de vue de l'existence qu'à celui des troubles persistants qu'elle détermine du côté des organes pelviens. Aussi l'hématoèle est-elle justiciable assez souvent d'une intervention précoce.

Diagnostic. — Lorsque l'hématoèle débute en pleine période menstruelle avec son cortège symptomatique ordinaire, le diagnostic est en général facile. Elle ne saurait, en effet, être confondue avec la *pelvi-péritonite*, dont le début, moins soudain, s'accompagne de fièvre, de frissons, dont la douleur est moins lipothymique. De plus, dans l'hématoèle, la tumeur apparaît plus vite; elle est plus franchement postérieure, plus fluctuante au début et peut-être moins douloureuse. Les phlegmons *juxta-utérins* ou ceux du *ligament large* ont, en général, une étiologie trop spéciale et un siège trop fixe pour permettre l'erreur. Les *kystes de l'ovaire* et les *fibromes utérins* enclavés dans le petit bassin n'ont de commun avec la tumeur sanguine que les symptômes objectifs. Leur mode de production et leur marche sont essentiellement différents. Cependant, la *torsion du pédicule* d'un kyste de l'ovaire jusque-là méconnu s'accompagne d'accidents difficiles à distinguer de ceux de l'hématoèle. « Dans les deux cas, dit Bouilly (1), il se déclare une violente douleur abdominale. On observe tous les phénomènes d'une hémorragie interne, le développement d'une tumeur fluctuante et l'explosion des symptômes péritonéaux. » C'est alors qu'il faut tenir grand compte de renseignements fournis par l'exploration directe. La tumeur, dans le cas de kyste de l'ovaire, est plus abdominale, plus mobile, et l'utérus présente ses dimensions ordinaires.

L'utérus *gravide rétrofléchi* a pu en imposer pour une hématoèle, et l'on comprend que l'erreur soit possible, puisque l'hématoèle, consécutive à une grossesse tubaire, est généralement précédée par les signes d'une grossesse normale. Un bon moyen d'éviter cette méprise consiste à rechercher avec soin le corps utérin, « qui, dans l'hématoèle, est enchâssé au centre de la tumé-

(1) G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 502.

faction » (S. Pozzi). Au besoin, cet examen doit être fait sous le chloroforme. Quant à la *grossesse extra-utérine* non rompue, elle sera reconnue aux modifications de consistance et de volume de l'utérus, au siège plus latéral de la tumeur, enfin à l'absence de tout début dramatique.

Est-il possible de diagnostiquer l'origine de l'hématocèle? Dans bien des cas, cette origine ne peut être qu'entrevue (Pozzi). Cependant l'hématocèle à début dramatique reconnaît généralement pour cause la rupture d'un kyste fœtal. La présomption deviendra une certitude si la malade a présenté des signes de grossesse, si l'utérus est volumineux et le col ramolli. L'origine ovarienne ne pourra jamais être que soupçonnée; l'accroissement de tension de la tumeur à chaque période menstruelle n'a pas, quoi qu'en dise Bœckel, une valeur telle qu'elle rende l'erreur inévitable. Au contraire, si l'hématocèle débute insidieusement, sans grand fracas, c'est qu'elle reconnaît plutôt pour cause une salpingite hémorragique.

Traitement. — Une intervention active n'est légitimée que par l'apparition d'accidents pouvant compromettre l'existence. Au début, on luttera contre l'hémorragie par l'immobilité absolue, l'application de glace sur le ventre et dans le vagin, l'opium, l'ergotine; en même temps, on soutiendra les forces de la malade avec des boissons alcooliques, du champagne, etc. Une fois l'épanchement enkysté, on cherchera à en provoquer la résorption par l'application de sangsues sur le ventre, sur le col utérin ou sur la partie de la tumeur saillante dans le vagin. Les applications sur le ventre de vésicatoires volants, de teinture d'iode, de pommades mercurielles, les injections vaginales à 50 degrés, les grandes irrigations rectales à 48 degrés, trouveront encore ici leur application. La rétention d'urine sera combattue par un cathétérisme soigneusement aseptique. A la constipation on opposera les moyens habituels, purgatifs légers, lavements glycélinés, etc.

On interviendra chirurgicalement dans quatre cas : au début, si l'hémorragie devient menaçante pour la vie; une fois la maladie constituée, si la tumeur semble s'accroître du fait d'hémorragies successives; si l'intensité des phénomènes péritonéaux fait craindre une péritonite généralisée; enfin si la fièvre, les frissons ne laissent plus de doute sur la suppuration de la tumeur sanguine.

Au début, si l'hémorragie devient menaçante pour la vie, la seule opération qui permette à la fois de l'enrayer et d'en supprimer la cause, c'est la laparotomie. Dès 1872, Keller formulait cette règle et, comme le dit Pozzi, chaque fois qu'une hémorragie menace la vie d'un malade, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure.

L'abstention a cependant ses partisans et les arguments qu'ils invoquent ne sont pas sans portée. Des hommes de la valeur de Barnes, Coë, Goyder, Byford, Neumann, Fehling ne craignent pas de soutenir que les femmes reviennent assez souvent de leur ictus initial pour qu'on ait le droit d'attendre. Condamin et son maître Laroyenne considèrent la laparotomie d'urgence comme une opération détestable. Ces affirmations si catégoriques sont en contradiction non plus seulement avec les statistiques premières de Lawson Tait qui donnaient 40 guérisons sur 42 laparotomies faites dans de telles conditions, mais avec la série vraiment imposante des faits qui se sont publiés depuis. C'est ainsi que les sta-

listiques si consciencieusement relevées par Binaud⁽¹⁾, Choyau⁽²⁾ et Cestan⁽³⁾, donnent pour l'expectation 86 pour 100 de mortalité et pour l'intervention 85 pour 100 de guérisons. Tout dernièrement Strauch⁽⁴⁾ (de Moscou), dans un intéressant travail qu'il a bien voulu m'adresser, vient de publier l'analyse de 79 opérations pour grossesses ectopiques toutes terminées par la guérison. On y relève 49 cas d'inondation péritonéale opérés d'urgence et à domicile. J'ajoute qu'à cette heure la statistique de notre collègue de Moscou est plus importante encore. Il en est à sa 91^e opération et toujours sans aucun décès. Comment ne pas s'incliner devant l'éloquence de pareils chiffres! Sans doute il est des hémorragies qui, malgré leur incontestable abondance, sont susceptibles de s'enkyster. Nous savons aussi que les renseignements numériques, donnés par Cestan sur la gravité particulière de la laparotomie dans les tout premiers jours et sur l'amélioration de son pronostic quand la date s'éloigne davantage de la période cataclysmique, semblent confirmer les idées de ceux qui conseillent d'attendre pour intervenir que le shock soit dissipé. Mais, quel que soit l'intérêt de ces nuances, un seul point mérite d'être retenu en pratique : en présence d'une hémorragie mettant en danger la vie d'un malade l'intervention doit être précoce et radicale.

Il va de soi que, malgré l'opinion inverse de quelques rares chirurgiens, il ne saurait être question d'intervention par voie vaginale sous peine de s'exposer à d'incontestables périls. La seule opération qui permette une hémostase rapide et sûre c'est la laparotomie. Sa technique est la suivante. Dès l'ouverture du ventre et sans s'occuper du sang qui s'écoule, on doit immédiatement se porter sur les annexes qui saignent, les découvrir, les pédiculiser et les enlever. Comme il n'est ici question que de grossesses ectopiques jeunes, la nécessité d'extirper tout le kyste fœtal doit être considérée comme la règle. Une fois ce kyste fœtal enlevé et l'hémostase bien assurée par des ligatures appropriées, on procède à la toilette du péritoine (ablation du sang liquide et des caillots), puis on suture la plaie abdominale. La toilette du péritoine doit être aussi complète que possible et je ne crois pas qu'il faille de parti pris laisser une certaine quantité de sang qui se puisse résorber au bénéfice de la malade⁽⁵⁾.

Dans les cas d'hématocèle enkystée j'estime que l'intervention de choix est l'incision vaginale. C'est l'opinion de Zweifel⁽⁶⁾, de Güsserow⁽⁷⁾, de Fritsch⁽⁸⁾, de Kelly⁽⁹⁾, de W.-D. Haggard⁽¹⁰⁾, à l'étranger, de Bouilly, de Schwartz, de Routier, de Ricard, de Tuffier, de Picqué en France⁽¹¹⁾; avec eux je suis un partisan convaincu de l'incision vaginale. Au contraire la laparotomie compte

(1) W. BINAUD, *De l'hématocèle pelvienne extrapéritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire*. Thèse de Paris, 1892.

(2) CHOYAU, *Contribution à l'étude de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire*. Thèse de Paris, 1896.

(3) CESTAN, *Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pelvienne*. Thèse de Paris, 1894.

(4) STRAUCH, *Analyse de 79 opérations pour grossesse extra-utérine*. Extrait du *Vratch*, n° 18.

(5) F. HENROTIN (de Chicago), *Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatment*, *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, 1896, vol. XXI, p. 209.

(6) ZWEIFEL, *Arch. für Gyn.*, 1889, Bd. XLI, Heft 1.

(7) GÜSSEROW, *Arch. für Gyn.*, 1887, Bd. XXXIX, Heft 1.

(8) FRITSCH, *Traité des maladies des femmes*. Trad. de I. Stas, 1898, p. 466.

(9) H. KELLY, *Operative Gynecology*. New-York, 1898, vol. II, p. 455.

(10) W. HAGGARD, *The Amer. Gyn. and Obst. Journal*. New-York, 1898, vol. XIII, p. 55.

(11) Voy. la *Discussion de la Société de chirurgie*. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, t. XXII, pp. 86 et suiv.

parmi ses défenseurs Lawson Tait, Säger (1), Dührssen (2), Rossier (3), Fehling (4), Taylor (5), Muret (6), Henrotay (7) et Giglio (8) à l'étranger, Terrier, Reynier et Chaput (9) en France.

Je dois ajouter qu'à l'étranger comme en France quelques-uns des champions de l'une et l'autre méthode font parfois montre d'une telle intransigeance qu'à première vue il paraît assez délicat de savoir où est la vérité. Je crois néanmoins qu'en mettant à cette discussion un peu moins de passion et surtout en faisant une large part aux concessions réciproques, que les variétés cliniques imposent tôt ou tard aux formules irréductibles, il n'est pas trop malaisé d'y voir clair et d'arriver à mieux s'entendre.

Il y a d'abord toute la série de faits, dont l'une ou l'autre opération se réclame pour affirmer sa valeur et devant lesquels colpotomistes et laparotomistes doivent s'incliner. Je veux dire par là que si les succès relatés par Terrier, Reynier et Chaput, par exemple, sont tout à fait remarquables, les guérisons publiées par les partisans de la colpotomie ne le sont pas moins. Et il en résulte peu d'éclaircissements pour le point litigieux. Par bonheur, à côté des statistiques il y a leur interprétation, il y a les insuccès publiés ou non mais possibles avec l'une ou l'autre opération. Il y a surtout les enseignements directs que chacun de nous puise dans sa pratique personnelle. Et, quand on se place à ces divers points de vue, il devient assez simple d'en dégager les termes d'une entente plus commune. Le simple rappel des arguments contradictoires que les colpotomistes opposent aux laparotomistes suffit à le démontrer.

Bien entendu, je laisserai dans l'ombre les arguments ou mieux les sentiments dont le professeur Terrier s'est inspiré pour déclarer « qu'il y aura toujours des chirurgiens qui n'aimeront pas *et pour cause* à ouvrir le péritoine par la voie hypogastrique ». Ce *et pour cause* est tout ce qu'il y a de plus suggestif et le professeur Terrier possède, à la vérité, tous les droits de réserver sa confiance chirurgicale à de très rares élus. Mais il nous concèdera bien, j'espère, que, parmi les défenseurs de la colpotomie, il y en a quelques-uns, si peu nombreux qu'ils puissent être, qui ne laparotomisent pas trop mal, et, en tout cas, je ne crois pas que ces impressions toutes personnelles puissent jamais peser d'un grand poids dans la discussion pas plus du reste pour les laparotomistes que pour les partisans de la voie vaginale, lesquels auraient peut-être eux aussi quelques motifs de s'abandonner en sens inverse à des suspicions très similaires. Arrivons donc aux vrais arguments. Les laparotomistes reprochent à l'incision vaginale : a) d'exposer à l'infection consécutive de la poche; b) d'empêcher toute action directe sur la source même de l'écoulement sanguin et d'exposer ainsi les opérées à l'éventualité d'une hémorragie nouvelle; c) de ne pas permettre l'évacuation complète des caillots; d) de laisser enfin dans la cavité pelvienne des lésions annexielles qu'il est impossible de bien reconnaître et qui peuvent tôt ou tard exiger une autre intervention. Ils ajoutent qu'avec la *laparotomie*

(1) SÄGER, *Centr. für Gyn.*, 1895, n° 25.

(2) DÜHRSSSEN, *Arch. für Gyn.*, 1897, Bd LIV, Heft 2.

(3) ROSSIER, *Centr. für Gyn.*, 1897, p. 816.

(4) FEHLING, *Zeits. für Geb. und Gyn.*, Bd. XXXVIII, Heft. 1.

(5) W. TAYLOR, *The Brit. Gyn. Journal*, 1898, p. 75 et 219.

(6) MURET (de Lausanne), *Revue de gyn. et de chir. abdom.* 1898, n° 2, p. 195.

(7) HENROTAY (d'Anvers), *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897.

(8) G. GIGLIO, *Ann. di Ost. e Gin.*, 1898, p. 377 et 463.

(9) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, t. XXII, pp. 44 et suiv.

aucun de ces inconvénients n'est à redouter et que dans tous les cas elle donne avec la sécurité d'une *asepsie parfaite* et la satisfaction d'une *toilette pelvienne complète* la précieuse possibilité d'enlever les annexes quand leurs altérations l'exigent.

Des quatre reproches faits à l'incision vaginale, il en est d'abord un qui pouvait être exact autrefois, mais qui porte à faux aujourd'hui, c'est le premier; grâce aux perfectionnements actuels de notre pratique, il est, en effet, toujours facile d'assurer l'asepsie d'une poche d'hématocèle aussi bien quand elle est incisée par le vagin que lorsqu'elle est ouverte par le ventre. Restent les trois autres; sans doute l'impossibilité de découvrir la source même d'une hémorragie constitue toujours une cause d'infériorité indiscutable et dans l'hématocèle en particulier, lorsqu'on a lieu de croire que la déchirure tubaire saigne encore, li serait à coup sûr fort imprudent de vouloir toujours se contenter de la colpotomie. A défendre pratique semblable on propagerait une doctrine tout aussi mauvaise et, qui plus est, beaucoup plus dangereuse que celle des laparotomistes quand même. Par hématicèles à colpotomiser, il faut entendre seulement les hématicèles qui manifestement ne saignent plus. Elles ne sont que le reliquat d'une hémorragie annexielle tarie, et, dès lors, l'impossibilité de découvrir la source de l'hémorragie nous importe peu. D'autant que, si malgré nos prévisions le sang venait à couler, il serait toujours temps, soit de terminer par une hystérectomie vaginale, soit de pratiquer la laparotomie, soit même d'enlever simplement par la brèche vaginale les annexes coupables.

Le *nettoyage incomplet de la poche hématique* n'est pas un argument plus sérieux, puisque des faits nombreux l'ont prouvé : peu importe que la poche ne contienne que des caillots ou qu'elle renferme fœtus et placenta; dans la majorité des cas, l'évacuation pure et simple de ce qui veut bien s'écouler avec abandon volontaire de ce qui ne sort pas facilement suffit à la guérison.

La *difficulté d'exploration avec abandon systématique des annexes* serait en somme l'accusation la plus grave. Mais, d'une part, nous pouvons répondre que si l'incision vaginale reste à coup sûr très inférieure à la laparotomie au point de vue de l'exploration elle permet cependant de recueillir des renseignements suffisants. D'autre part, nous ne voyons pas du tout que l'abandon systématique des annexes soit un argument sans réplique. Car, s'il est exact que cet abandon puisse conduire parfois à une intervention ultérieure, il n'en reste pas moins acquis que, le plus souvent, les lésions annexielles sont, comme l'observe Labadie-Lagrave et Legueu, assez légères pour guérir spontanément, et, dans ces cas, « l'incision vaginale a tous les avantages de l'opération d'attente qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir ». Pour s'édifier à ce propos, il suffit de parcourir les faits publiés. Nous en possédons, Pinard et moi, plusieurs dans lesquels l'incision vaginale nous a donné non seulement la guérison opératoire mais aussi la cure définitive avec disparition authentique des reliquats anatomo-pathologiques dont on exagère la fréquence et la valeur au profit de la laparotomie. Bouilly a pu suivre des opérées datant de quatre ou cinq ans; aucune n'a présenté le moindre accident éloigné et l'examen local démontre une intégrité telle des culs-de-sac qu'il est impossible de soupçonner les graves lésions dont ils ont été naguère le siège.

A supposer du reste que l'incision vaginale soit pratiquée sur une femme dont les annexes réclament l'ablation, le toucher fait par l'incision est, quoi

qu'on en ait dit, suffisant pour le reconnaître. Rien n'est alors plus simple que de remplir l'indication en pratiquant séance tenante l'hystérectomie vaginale. On peut même n'enlever que l'une des annexes sans toucher à l'utérus. Je l'ai fait moi-même par exception : Routien et Bouilly ont cité des cas analogues et chacun sait les beaux succès que cette manière de faire a donnés aux chirurgiens lyonnais, notamment à Condamin et à Goullioud. Je me suis déjà expliqué sur ces ablations annexielles par voie vaginale sans hystérectomie, opérations d'exception, dangereuses à trop vulgariser. Mais elles n'en sont pas moins une preuve que l'avenir de la colpotomie n'a rien à redouter de cette double et dernière accusation : *imperfection de l'exploration, abandon systématique des annexes*. Et franchement si, tenant compte de toutes les remarques précédentes, on veut bien se souvenir, en outre, de la simplicité et surtout de la bénignité particulière de la colpotomie, il paraît difficile de ne pas reconnaître les avantages de cette opération dans le traitement de l'hématocèle.

C'est généralement dans le cul-de-sac de Douglas que la tumeur est le plus accessible. L'incision vaginale doit être faite suivant les règles que j'ai résumées aux chapitres des salpingo-ovarites et de la pelvi-péritonite. Une fois ouverte, la tumeur sera vidée doucement avec une grande curette mousse, puis désinfectée et bourrée de lanières de gaze iodoformée. Grâce à des lavages fréquents, la guérison survient ordinairement en deux ou trois semaines. Quelques cas particuliers peuvent parfois conduire à choisir une autre voie d'évacuation. Tel est, par exemple, ce fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelviennne que Lejars⁽¹⁾ a traité avec succès par *incision ischio-rectale*. Pour des raisons topographiques analogues, quand la poche bombe fortement non plus vers le bas mais au-dessus du ligament de Fallope, il peut être par exception avantageux de recourir à la *laparotomie sous-péritonéale* conseillée par Pozzi, à la condition cependant de pratiquer une contre-ouverture dans le vagin pour assurer le drainage au point déclive. Au cas où le décollement de la séreuse ne conduirait pas jusque sur la poche, Pozzi propose de tamponner le fond de la plaie avec de la gaze iodoformée, et, au bout de vingt-quatre heures, quand les adhérences se sont établies entre la poche et la séreuse, d'en pratiquer l'incision. Mais je crois, pour ma part, que cette manière de faire est imparfaite, voire périlleuse, et qu'en pareilles circonstances il est plus sûr de réaliser l'évacuation par voie vaginale; d'autant que, en procédant ainsi, il est possible, après évacuation de la poche, d'en pratiquer l'exploration interne et d'arriver à des notions assez précises sur l'état des annexes. Or, quand celles-ci sont malades des deux côtés et notamment quand il y a suppuration simultanée de la poche hématique, il est, à mon avis, nettement indiqué de compléter l'intervention par une hystérectomie, et cette considération met bien en valeur toutes les ressources de la voie vaginale dans le traitement chirurgical de l'hématocèle.

(1) F. LEJARS, *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1895, t. XLIV, p. 449.

II

HÉMATOCÈLE EXTRAPÉRITONÉALE

Cette affection à laquelle Huguier donnait le nom de *pseudo-hématocèle*, et Bernutz⁽¹⁾ celui d'*hématocèle sous-péritonéo-pelviennne*, existe incontestablement en dehors de l'état puerpéral, bien que l'opinion contraire ait longtemps prévalu.

Étiologie. — L'hématocèle extrapéritonéale reconnaît pour cause la rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien, mais, pour que cette rupture ait lieu, il est indispensable que le plexus soit variqueux. Aussi toutes les affections susceptibles d'engendrer le varicocèle tubo-ovarien prédisposent-elles à l'hématome des ligaments larges. Au premier rang se trouve la grossesse, puis viennent toutes les causes capables de produire une congestion prolongée de l'appareil utéro-ovarien, telles que les tumeurs fibreuses de l'utérus, l'arrêt d'involution utérine, la constipation habituelle, etc. C'est généralement à l'occasion d'une fatigue, d'une chute, d'un excès de coït, au cours d'une période menstruelle que l'hémorragie se produit. D'après Kühn⁽²⁾, le maximum de fréquence de l'hématocèle extrapéritonéale a lieu surtout de trente à quarante-cinq ans. Rare chez les nullipares, on ne l'observerait pas chez les vierges. Byrne⁽³⁾ croit que cette forme d'hématocèle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, et qu'elle est le point de départ de bien des phlegmons du ligament large. La chose est possible; mais, par contre, il est certainement excessif de penser, avec Beigel⁽⁴⁾, que la majorité des hématocèles, considérées comme intrapéritonéales, sont en réalité des hématomes du ligament large. S. Keith⁽⁵⁾ et Pozzi ont signalé l'apparition d'*hématocèles extrapéritonéales* après l'opération de salpingotomie « par suite d'un raptus congestif, au moment qui correspond à la première période menstruelle »⁽⁶⁾.

Anatomie pathologique. — Les hématomes de petit volume peuvent siéger dans les parties supérieures du ligament large ou à sa base. Le plus souvent, quand l'épanchement atteint le volume du poing, le ligament tout entier est dédoublé. En cas d'hémorragie très abondante, il peut même arriver que le sang se répande dans le tissu cellulaire du petit bassin, et gagne les fosses iliaques. Quand l'épanchement se fait simultanément dans les deux ligaments larges, les deux tumeurs restent ordinairement isolées, mais elles peuvent confluer derrière l'utérus en décollant le péritoine qui recouvre sa face postérieure, et se rencontrer « au loin, le long du rachis, en formant des collections sanguines dans les fosses iliaques » (A. Martin). Plus rarement les deux tumeurs se rejoignent en avant de l'utérus⁽⁷⁾. La poche a une surface inégale, présente de nombreux

(1) BERNUTZ, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXII, p. 556.

(2) KÜHN, *Loc. cit.*

(3) BYRNE, *Soc. obst. de New-York*, 2 oct. 1888. *Ann. de gyn.*, janv. 1889, p. 45.

(4) BEIGEL, *Arch. für Gyn.*, 1877, Bd XI, p. 577.

(5) S. KEITH, *Edinb. med. Journal*, 1887, p. 811.

(6) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 929. — DE LA NIÈCE, *Contribution à l'étude de l'hématocèle post-opératoire*. Thèse de Paris, 1895.

(7) BRAUN, *Wiener med. Woch.*, 1872, p. 22. — F. BERLIN, *Amer. Journal of obst.*, 1889, p. 489.