

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.

diverticules; elle est traversée par une multitude de tractus fibreux plus ou moins résistants et par des débris vasculaires qui ressemblent à des bouts de ficelles enroulés sur eux-mêmes. Le sang qui remplit cette poche se comporte comme dans un hématome vulgaire. Après coagulation, la partie liquide se résorbe et des couches successives de fibrine se déposent sur les parois. Cette transformation, généralement totale, peut se limiter à des portions isolées de la tumeur, tandis que par places le sang à peine modifié est simplement un peu épaissi.

L'hématome du ligament large peut suppurer, ou s'ouvrir spontanément. C'est surtout dans le péritoine dont le sépare une paroi mince et friable qu'il a tendance à se rompre. Bien plus rarement il s'évacue au niveau d'un des prolongements nombreux qu'il pousse vers le vagin, la région fessière ou la grande échancrure sciatique. La production de ces hématomes, dit Martin⁽¹⁾, s'accompagne d'altérations dans les organes voisins; on rencontre des épanchements sanguins dans les glandes ovariennes, soit dans les follicules, soit dans le stroma. En outre, par suite de la compression exercée par la masse épanchée, il se développe de l'œdème et des thromboses, même dans les organes éloignés; l'utérus surtout subit des modifications, sa muqueuse se tuméfie et présente peu à peu toutes les altérations habituelles de l'endométrite hémorragique.

Symptômes. — Marche. — Terminaisons. — C'est généralement chez des femmes paraissant bien portantes, que l'hématocèle extrapéritonéale éclate subitement par une douleur violente, syncopale, dans le bas-ventre. Cette douleur, dit Martin, a tantôt le caractère des coliques, tantôt celui des tranchées utérines; elle procède ordinairement par accès. Si l'accident se produit pendant les règles, celles-ci se suppriment presque toujours. En somme, c'est le même début dramatique que dans l'hématocèle rétro-utérine, mais avec moins de réaction péritonéale, de même que, plus tard, ce sont les mêmes troubles de compression du côté de la vessie et du rectum. Seuls les signes physiques diffèrent. Le ventre est peu sensible, si ce n'est à une pression forte et au niveau de la région malade. L'exploration abdomino-vaginale fait reconnaître une tumeur molle, pâteuse, siégeant nettement dans le ligament large et refoulant l'utérus sans empiéter sur le cul-de-sac de Douglas. Parfois la palpation de la tumeur donne une sensation de crépitation. La coloration ecchymotique du vagin est notée dans plusieurs observations et Weissinger⁽²⁾ a même rapporté des cas d'ecchymose de la paroi abdominale.

Quand la tumeur se rompt dans le péritoine, elle provoque des phénomènes péritonitiques qui peuvent être mortels. La suppuration est annoncée par les symptômes ordinaires, fièvre, frissons, douleur plus aiguë, etc. Mais le plus souvent le sang se résorbe: alors la tumeur s'indure, diminue de volume et disparaît en un temps plus ou moins long, variant entre un et quatre mois. Le pronostic de cette affection est donc plutôt bénin. Cependant il ne faudrait pas hésiter à intervenir si les symptômes d'une hémorragie grave, et plus tard ceux d'une suppuration de la poche ou d'une complication péritonéale, mettaient en danger les jours de la malade.

⁽¹⁾ A. MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. 1889, p. 498.

⁽²⁾ A. WEISSINGER, *Med. Age*, 1886, n° 21.

Diagnostic. — L'hématocèle extrapéritonéale sera distinguée du *phlegmon du ligament large* par la soudaineté du début, l'absence de phénomènes fébriles et les conditions particulières dans lesquelles elle se produit. On différenciera l'hématocèle rétro-utérine par son siège spécial en arrière de l'utérus, la réaction péritonéale plus accusée, la sensibilité plus grande de la tumeur. L'hématome ancien peut simuler un *fibrome* développé dans le ligament large, un *kyste inclus*, voire une *salpingo-ovarite*. Les signes particuliers de ces diverses affections, les commémoratifs surtout, auront un grand poids dans l'édification du diagnostic différentiel. Mais bien souvent l'erreur est inévitable tant les signes physiques ont d'analogies.

Traitement. — Le plus ordinairement l'*expectation* suffit. Les moyens indiqués, à propos de l'hématocèle rétro-utérine, pour limiter la progression de l'épanchement (repos absolu, glace intus et extra, etc.), ne devront jamais être négligés. Plus tard, les révulsifs de tout ordre trouveront leur application, pour hâter la résorption de la tumeur. Dans un petit nombre de cas, la gravité des accidents rend nécessaire l'intervention, qui toujours doit se borner à évacuer la poche. La *laparotomie sous-péritonéale* et l'*incision vaginale* me semblent constituer les deux opérations de choix. Malgré les succès que la *laparotomie transpéritonéale*, avec nettoyage du foyer et suture de la poche au-dessus d'un drain en croix sortant par le vagin, a donnés à Martin (9 succès sur 10 opérations⁽¹⁾), je ne crois pas qu'il y ait jamais lieu de préférer cette intervention grave à l'incision simple, et notamment à l'incision par voie vaginale. Enfin, dans certains cas, il faudra recourir à l'*hystérectomie vaginale*.

CHAPITRE III

TUMEURS DE L'OVAIRE

L'ovaire est le siège de néoplasmes variés. Considérés au point de vue clinique, les uns offrent les caractères des tumeurs bénignes, les autres, après une période silencieuse plus ou moins longue, prennent brusquement les allures de la malignité. Il en est enfin qui, dès leur début, sont de véritables cancers. Sans doute, il serait intéressant d'adopter une classification basée sur ces trois principales modalités cliniques et de décrire successivement les *tumeurs bénignes*, les *tumeurs mixtes* et les *tumeurs malignes* de l'ovaire; malheureusement, la clinique et l'histologie ne sont pas encore en harmonie parfaite, et ce mode d'exposition conduirait à des redites. Ainsi, tel néoplasme classé dans la série épithéliale n'en reste pas moins, au point de vue clinique, une tumeur bénigne pendant toute la durée de son évolution. Inversement, une tumeur histologiquement bénigne peut subir telle ou telle dégénérescence qui la transforme en tumeur maligne. Force est donc de renoncer aux données cliniques pour grouper les

⁽¹⁾ A. MARTIN, *Loc. cit.*, p. 505.