

SOMMAIRE

	Pages.
Généralités.	
<i>Anatomie pathologique, étiologie et pathogène.</i>	
I. Hémorragie résultant d'une grossesse extra-utérine.	
1. Période latente. Grossesse tubaire. . . . .	462
2. Période de rupture de 3 à 20 semaines. . . . .	
A. Rupture intra-péritonéale. . . . .	463
1. Rupture complète. . . . .	
2. — incomplète. { Placenta supérieur . . . . .	464
— latéro-inférieur . . . . .	467
a. Evolut. sans accidents . . . . .	
b. Evolut. avec accidents. . . . .	468
B. Rupture extra-péritonéale . . . . .	
1. Hématocèle . . . . .	
{ Résorption . . . . .	
{ Suppuration . . . . .	
{ Rupture secondaire. . . . .	
2. Grossesse évoluant. { Mort et lithopédion. . . . .	
{ Complications, suppuration. . . . .	
II. Hémorragie d'origine non puerpérale. . . . .	472
1. Intra-péritonéale. . . . .	
{ 1. Traumatisme opératoire. . . . .	
{ 2. Varices. . . . .	
{ 3. Apoplexie ovarienne. . . . .	
2. Extra-péritonéale. . . . .	
{ 4. Reflux tubaire. . . . .	
{ 5. Pachypéritonite. . . . .	
<i>Symptômes, diagnostic et traitement.</i>	
7 cas à envisager.	
1. Grossesse extra-utérine évoluant normalement. . . . .	474
2. Kyste fœtal mort. . . . .	477
3. Hémorragie intra-péritonéale (sans hématocèle). . . . .	478
4. Hématocèle intra ou extra-péritonéale. . . . .	479
5. Rupture secondaire du kyste fœtal. . . . .	481
6. Péritonite . . . . .	482
7. Suppuration localisée . . . . .	482

## HÉMORRAGIES PÉRI-UTÉRINES

### HÉMATOCÈLE — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES

Qu'un vaisseau se rompe dans les environs de l'utérus, une hémorragie plus ou moins considérable en sera le résultat.

Si le sang s'épanche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il ne tarde pas à se coaguler formant une tumeur sanguine, *hématocèle* (αμα sang, αμα tumor), accident qui présente une grande analogie avec le thrombus qu'on peut observer au moment de l'accouchement.

Si le sang s'écoule dans le péritoine, il peut également se coaguler et former une tumeur semblable, mais le plus souvent il reste liquide, et l'hémorragie ne s'arrête qu'avec la mort de la femme ou après une intervention chirurgicale.

Ce simple aperçu nous laisse entrevoir des aspects cliniques très variés, dont nous allons suivre les détails en étudiant successivement dans deux chapitres distincts :

- 1° Les hémorragies qui résultent d'une grossesse extra-utérine, classe de beaucoup la plus importante à cause de leur plus grande fréquence;
- 2° Les hémorragies d'origine non puerpérale, se produisant sans existence de fécondation.

#### I

### HÉMORRAGIE RÉSULTANT D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE \*

Le spermatozoïde, je n'en suppose qu'un pour simplifier la description, bien qu'il y en ait des milliers, parmi lesquels un seul sera élu, le spermatozoïde déposé par le coït au niveau du col utérin, fait son ascension à travers

\* J'étudierai ici non seulement les hémorragies, qui résultent du développement extra-utérin de l'œuf, mais toute la grossesse extra-utérine, examinant à propos de chaque cas particulier la conduite à tenir.

la cavité utérine et la trompe, allant au-devant de l'ovule, qui suit une direction inverse.

La rencontre a en général lieu dans le tiers externe de la trompe (fig. 485); là se produit le mariage cellulaire de l'ovule et du spermatozoïde, c'est-à-dire la fécondation.

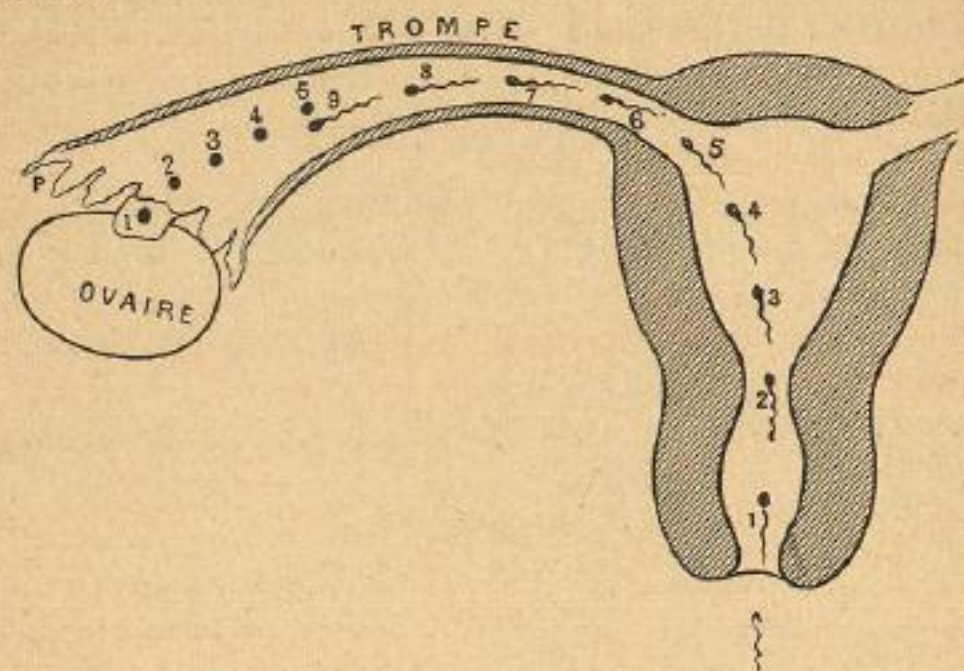


Fig. 485. — Rendez-vous de l'ovule et du spermatozoïde au tiers externe de la trompe.

L'ovule fécondé suit la voie tubaire jusqu'à la cavité utérine et se fixe :

- Soit 6, au fond de l'utérus (fig. 486);
- Soit 7, sur la paroi latérale (fig. 486);
- Soit 8, au voisinage de l'orifice interne (fig. 486).

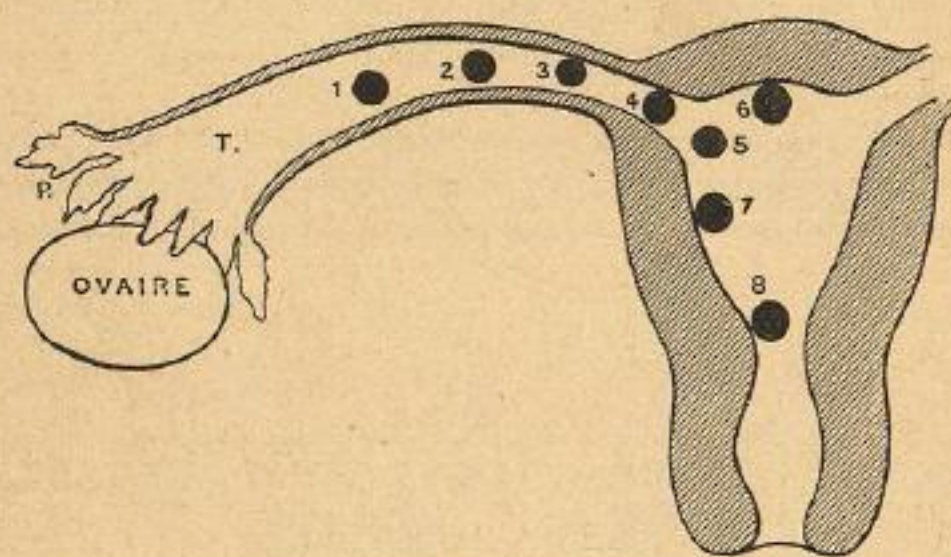


Fig. 486. — Acheminement vers l'utérus de l'ovule fécondé et fixation de cet ovule dans l'utérus.

L'insertion placentaire correspond au point d'implantation de l'ovule et se trouve en conséquence (fig. 486) :

- Polaire supérieure en 6,
- Équatoriale en 7,
- Polaire inférieure ou prævia en 8.

Mais si l'ovule fécondé est arrêté dans sa marche vers l'utérus, il se fixe dans la trompe même et s'y développe. — La grossesse extra-utérine ou ectopique se trouve ainsi constituée.

On a admis différentes variétés de grossesse extra-utérine.

1<sup>o</sup> Grossesse ovarienne, où l'ovule serait fécondé dans la vésicule de de Graaf même et s'y développerait. Son existence n'est pas prouvée; les cas, qu'on a décrits comme tels, sont probablement des cas de grossesse extra-utérine siégeant dans la partie externe de la trompe, au voisinage de l'ovaire, qui se trouve ainsi accolé à l'œuf.

2<sup>o</sup> Grossesse abdominale, où l'ovule fécondé tomberait dans le péritoine et s'y développerait; il semble actuellement prouvé que cette variété, dont l'existence est réelle, n'est jamais primitive, mais secondaire, c'est-à-dire que l'œuf ne pénètre dans le péritoine qu'après s'être préalablement accru pendant un certain temps dans la trompe.

3<sup>o</sup> La grossesse tubaire est actuellement à peu près seule admise comme variété initiale.

L'ovule fécondé peut se développer (fig. 486) :

1. Soit dans la partie externe de la trompe;
2. — — — moyenne — ;
3. — — — interne — ;
4. Soit dans la portion utérine de la trompe.

La multiplication de ces divisions est inutile, et il suffit de distinguer :

- a. La grossesse tubaire proprement dite (fig. 487);

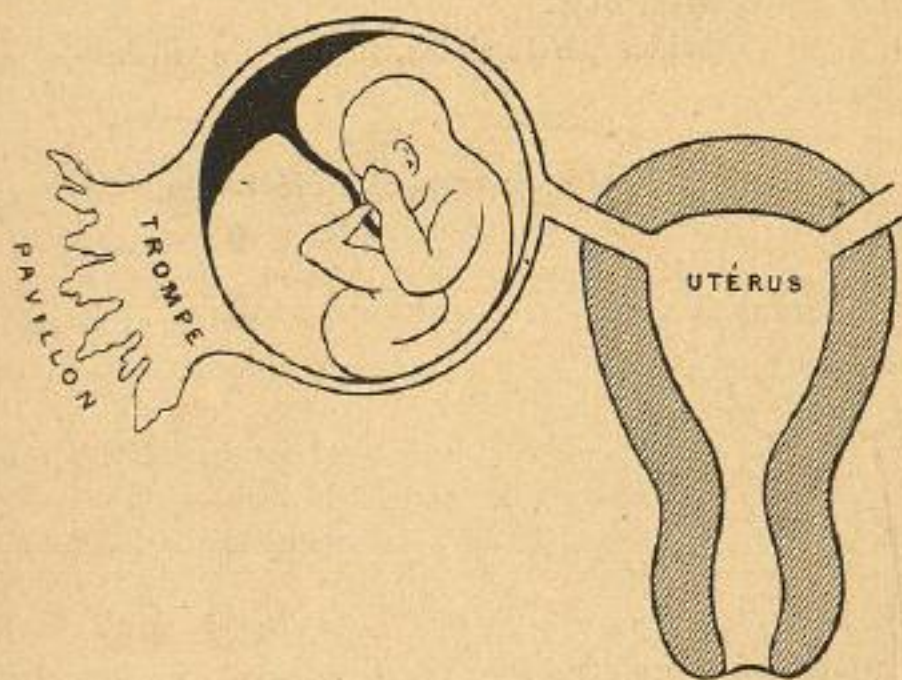


Fig. 487. — Grossesse tubaire proprement dite.

- b. La grossesse interstitielle (fig. 488).

La première variété est de beaucoup la plus fréquente et constitue la règle. C'est celle que j'aurai en vue dans la description qui va suivre, me réservant de dire quelques mots en terminant de la grossesse interstitielle.

La grossesse extra-utérine sera produite par toute cause susceptible d'altérer la surface de la trompe (inflammation détruisant l'épithélium à cils vibratiles) ou de diminuer son calibre

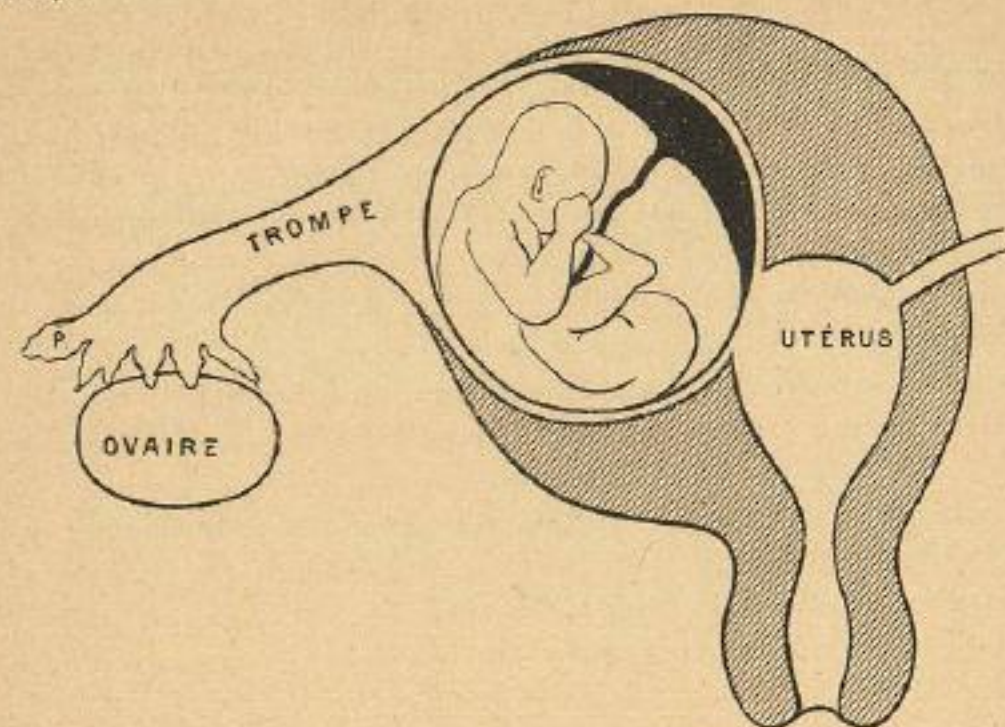


Fig. 488. — Grossesse interstitielle.

Soit par influence intra-pariétale (catarrhe dont les déchets obstruent le canal tubaire);

Soit pariétale (rétrécissement);

Soit extra-pariétale (brides péritonéales, tumeur de voisinage, malformation de la trompe).

L'œuf au début se développe sans trop de difficulté dans la trompe, qui, grâce à son hypertrophie et à son extensibilité, se prête à l'accroissement ovulaire.

La muqueuse tubaire subit des modifications analogues à celles de la muqueuse utérine sous l'influence de la grossesse normale, pour permettre l'insertion et la formation du placenta.

Le placenta peut être inséré sur la partie supérieure, latérale, antérieure ou postérieure, enfin sur la partie inférieure de la trompe; la variété d'insertion, ainsi que nous le verrons plus tard, a une importance capitale dans la marche ultérieure de la grossesse.

Pendant les premiers temps de la grossesse extra-utérine, les symptômes généraux sont analogues à ceux d'une grossesse normale : modifications de l'appétit, nausées, vomissements, syncopes. Augmentation de volume des seins, pigmentation de l'aréole; picotement des mamelons.

Localement les règles sont supprimées, toutefois, il est fréquent de voir survenir des hémorragies utérines, qui sont prises pour les règles, et qui, souvent, éloignent à tort l'idée d'une grossesse.

La femme éprouve dans le bas-ventre des douleurs plus ou moins vives, dues sans doute à la dilatation de la trompe gravide, et à un certain degré d'inflammation péritonéale qui se produit tout autour.

Douleurs et hémorragies sont les deux symptômes les plus importants.

L'examen local est rarement pratiqué pendant les premières semaines; la femme ne prête en effet que peu d'attention aux troubles récents de son système génital et ne demande pas d'assistance médicale.

Théoriquement on devrait trouver dans l'un des culs-de-sac latéraux ou dans le cul-de-sac postérieur une tumeur analogue à celle formée par un pyosalpinx, mais, je le répète, cette constatation est en pratique très rarement faite.

Après cette première période de silence relatif qui dure de trois à vingt semaines, rarement davantage, survient la rupture de la tumeur, rupture qui est :

Soit complète, c'est-à-dire atteignant les parois tubaires et les enveloppes de l'œuf; alors l'œuf est ouvert et son contenu évacué;

Soit incomplète, la paroi tubaire est seule déchirée, tandis que les enveloppes de l'œuf restent intactes permettant ainsi, si les autres conditions sont favorables, la continuation de la grossesse.

Cette rupture se fait tantôt brusquement avec fracas symptomatique, tantôt au contraire lentement et silencieusement, de telle sorte qu'elle passe à peu près inaperçue, et que la grossesse extra-utérine semble évoluer sans accidents.

Mais la trompe se rompt toujours, car, à un certain moment, elle devient incapable de suivre l'œuf dans son développement.

La rupture est :

Tantôt intra-péritonéale;

Tantôt extra-péritonéale.

Nous allons étudier en détail ces deux variétés, dont l'aspect clinique est totalement différent.

#### A. — RUPTURE INTRA-PÉRITONÉALE

La rupture intra-péritonéale peut être complète ou incomplète :

1. Rupture complète. — Le placenta étant inséré sur la paroi inférieure de la trompe ou à son voisinage, la paroi supérieure de la trompe ainsi que les membranes ovulaires cèdent à la pression du liquide amniotique et se rompent simultanément.

Le liquide amniotique et l'embryon s'échappent dans la cavité péritonéale avec une quantité variable de sang, résultant de la rupture même, quantité d'habitude peu considérable.

Le tout s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas et se trouve enkysté dans des fausses membranes inflammatoires.

La pelvi-péritonite qui en résulte se résout en général progressivement, mais peut par exception suppurer.

La marche et les symptômes sont ceux de la pelvi-péritonite ordinaire; l'origine seule est ici spéciale.

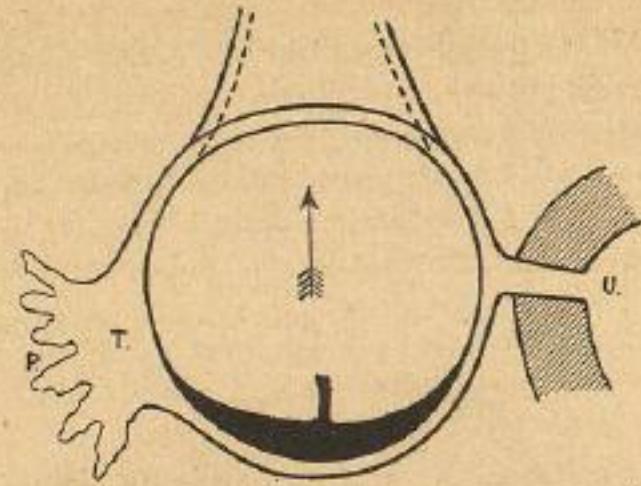


Fig. 489. — Rupture complète intra-péritonéale.  
U, utérus, T, trompe, P, pavillon. — La flèche indique le sens de la rupture

Beaucoup de pelvi-péritonites d'origine mal déterminées doivent dépendre de cette cause.

**2. Rupture incomplète.** — La rupture incomplète donne des résultats absolument opposés suivant le siège de l'insertion placentaire.

*Premier cas.* — Le placenta est inséré sur la paroi supérieure à l'endroit même où a lieu la rupture de la paroi tubaire (fig. 490).

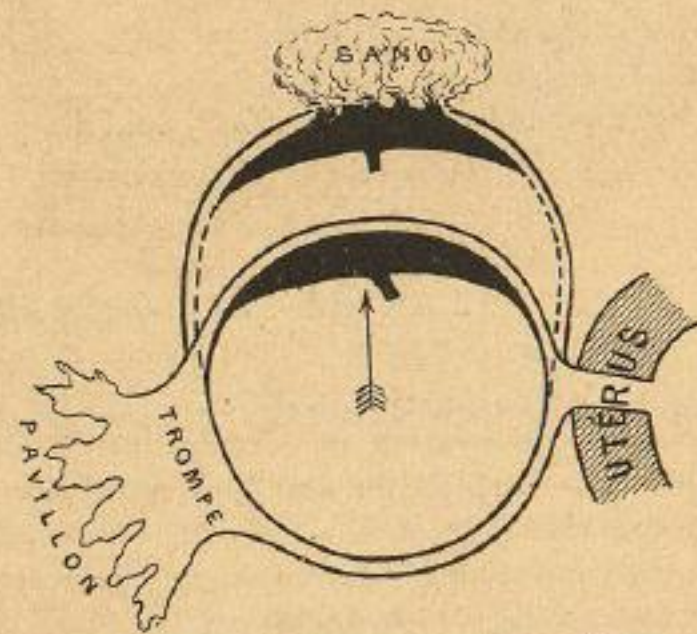


Fig. 490. — Rupture incomplète, avec insertion supérieure du placenta.

Par le fait même de la grande vascularité des tissus à ce niveau, il se produit une hémorragie abondante qui envahit la cavité péritonéale. Si la source du sang ne se tarit pas spontanément ou sous l'influence

d'une intervention chirurgicale, l'hémorragie devient assez promptement mortelle; d'après *Lawson-Tait*, il en serait toujours ainsi en pareil cas.

Mais on admet en général qu'une hémostase spontanée peut se faire au niveau de la rupture et que le sang épanché dans la cavité péritonéale se coagulant, forme une tumeur solide, une *hématocèle*.

Bien que *Lawson-Tait* nie la possibilité de cette coagulation, car le sang doit rester liquide dans le péritoine sain, les cas de ce genre, quoique plus rares qu'on ne l'admettait autrefois, semblent cependant exister.

La coagulation se produit soit par le fait de la réaction inflammatoire du péritoine, soit parce que cette séreuse était préalablement altérée par une inflammation antérieure.

D'ailleurs les chirurgiens qui ont pratiqué la laparotomie en cas d'hémor-

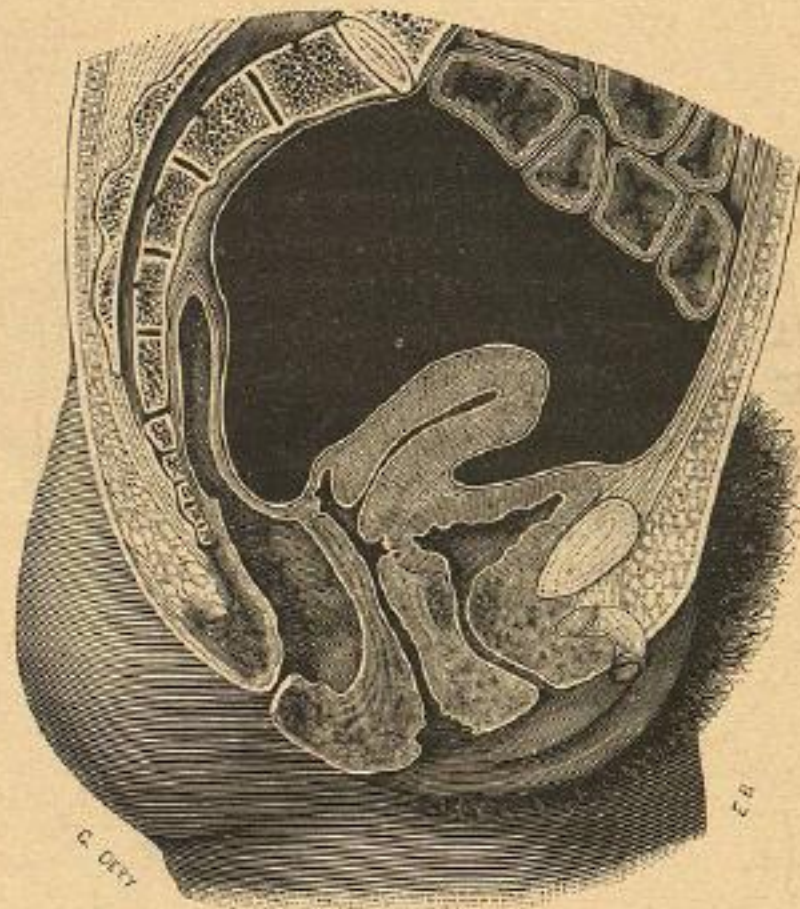


Fig. 491. — Hématocèle intra-péritonéale.

ragie intra-péritonéale ont souvent rencontré des caillots de sang, preuve que la coagulation est possible; l'existence de l'hématocèle intra-péritonéale ne saurait donc être niée.

Quand une rupture semblable se produit, la femme éprouve en général une violente douleur dans le ventre, bientôt suivie de tendance au refroidissement, lipothymies, syncopes, gonflement abdominal, mort imminente, et mort réelle quand l'hémorragie ne s'arrête pas.

Si au contraire l'hémorragie s'arrête, et si la tumeur sanguine peut se constituer, l'utérus est englobé dans un volumineux caillot sanguin (fig. 491), dont la dureté va croissant.

L'utérus est immobile; les culs-de-sac antérieur et postérieur, comblés par une tumeur dure, donnent un peu la sensation de plâtre qu'on aurait coulé dans le péritoine pelvien.

Par la palpation abdominale, on sent la même tumeur remontant plus ou moins haut au-dessus de la symphyse pubienne, et refoulant en haut les anses intestinales qui, par leur agglutination, forment la paroi supérieure de l'épanchement.

A l'affaiblissement du début succède, même en l'absence de suppuration, un certain degré de fièvre.

La vessie est comprimée et la miction rendue difficile; il en est de même de la défécation sous l'influence de la compression rectale.

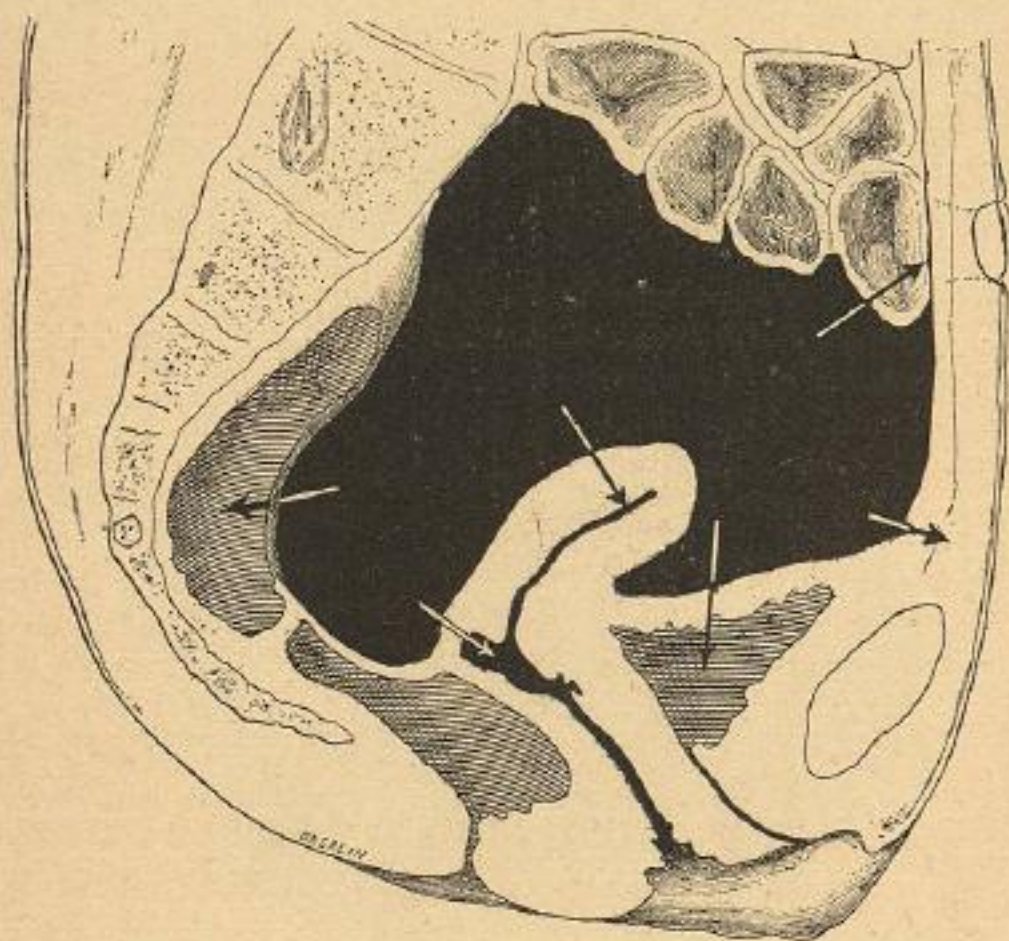


Fig. 492. — Flèches indiquant les différentes voies, par lesquelles peut se faire la rupture de l'hématocœle intra-péritonéale suppurée.

La terminaison a lieu — soit par *résorption graduelle*, la tumeur s'indure de plus en plus en se recroquevillant sur elle-même (cette résorption met plusieurs semaines à se faire); soit par *suppuration*, la fièvre devient plus vive, le pus se mélange au sang et la collection purulo-sanguine ainsi formée, à laquelle le contenu de l'œuf secondairement rompu vient se mêler, se fait jour par des voies diverses, schématiquement indiquées par la figure 492, c'est-à-dire soit par le rectum, soit par le vagin, soit par l'utérus, soit par la vessie, soit enfin par la paroi abdominale, latéralement au voisinage du pli de l'aîne ou sur la ligne médiane au niveau de la symphyse pubienne ou de l'ombilic.

*Second cas.* — Le placenta est inséré sur la paroi inférieure ou sur les parois latérales de la trompe.

L'ampliation de l'œuf se faisant dans la direction de la paroi supérieure, cette paroi s'amincira de plus en plus, et cédant enfin à la pression incessante et progressive du contenu ovulaire, elle finira par se rompre, comme la paroi d'un ballon qu'on veut distendre d'une trop grande quantité d'air.

Mais les enveloppes de l'œuf plus extensibles restent intactes et font hernie à travers l'ouverture tubaire.

A partir de ce moment, l'œuf implanté dans la trompe continue son développement dans la cavité péritonéale, de même que la plante qui a germé en terre se développe dans l'air, après avoir percé l'écorce terrestre.

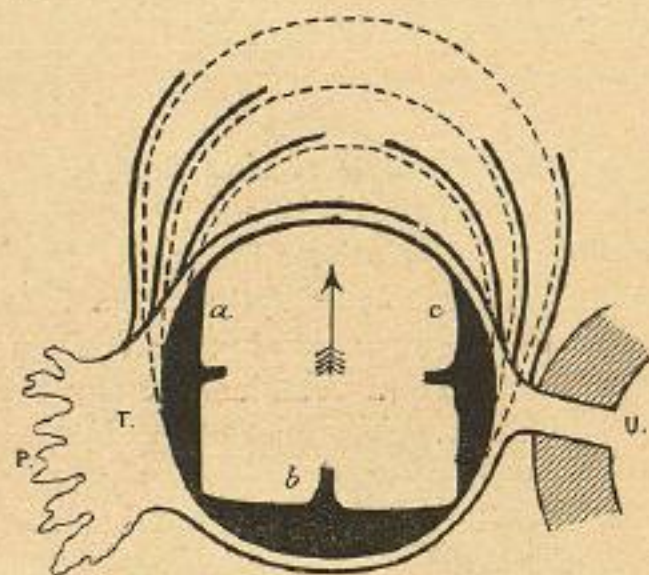


Fig. 493. — Rupture incomplète avec insertion inférieure ou latérale du placenta. U, utérus. T, trompe. P, pavillon.

Nous venons d'assister à la transformation de la grossesse tubaire en grossesse abdominale, ou mieux *tubo-abdominale*.

Les enveloppes ovulaires se trouvent au contact des anses intestinales, qui, s'enflammant à ce voisinage, fournissent à l'œuf un rempart de fausses membranes et lui constituent une enveloppe protectrice.

Cette péritonite péri-ovulaire est une des sources principales des douleurs éprouvées par les femmes atteintes de grossesse ectopique.

Après cette rupture incomplète, la grossesse extra-utérine évolue :

- a. Tantôt sans accidents;
- b. Tantôt avec accidents.

a. *Evolution sans accidents.* — Symptômes généraux de la grossesse.

Localement sur le côté droit ou gauche, ou en arrière de l'utérus, le kyste fœtal est perceptible par la palpation abdominale et le toucher vaginal.

Par la palpation deux signes de certitude comme dans la grossesse normale :

- Ballotement.
- Palpation des mouvements fœtaux.

Par l'auscultation également deux signes de certitude :

Audition des mouvements fœtaux.

Bruits du cœur fœtal.

Par le toucher on peut, quand le fœtus est facilement accessible, percevoir le ballotement comme dans une grossesse utérine.

Vers le terme de la grossesse avant ou après la mort de l'enfant surviennent des contractions utérines douloureuses avec expulsion de caduque et de sang.

Ce *pseudo* ou *faux travail* dure de quelques heures à quelques jours.

Les douleurs calmées, la période de rétention commence.

Si l'enfant n'a pas succombé avant le terme normal de la grossesse, la mort ne se fait guère attendre après la fin du neuvième mois.

A partir de ce moment il se macère, se momifie, parfois subit une véritable infiltration de sels calcaires qui le transforme en lithopœdion (*λίθος* pierre, *παιδίον* enfant).

La période de rétention de ce fœtus ainsi modifiée peut durer longtemps, jusqu'à cinquante-sept ans (Kuchenmeister).

Les caractères du kyste fœtal ainsi modifié diffèrent beaucoup de ceux observés pendant la vie de l'enfant; ce kyste arrive à former une masse solide, présentant une certaine analogie avec un kyste multiloculaire de l'ovaire, et dans lequel la palpation combinée ou non avec le toucher ne révèle plus aucune partie fœtale.

b. *Evolution avec accidents*. — Les accidents qui peuvent survenir sont :

1° *La rupture secondaire du kyste fœtal*, secondaire parce qu'elle se fait un temps variable, après la première rupture tubaire, qui avait permis la transformation de la grossesse tubaire en tubo-abdominale.

Le fœtus et le liquide amniotique passent dans la cavité péritonéale.

S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, une hémorragie interne ou une péritonite amènent la mort de la malade.

Des phénomènes de péritonite grave, voire même mortels peuvent aussi se déclarer à une période quelconque sans rupture du kyste.

2° *La suppuration du kyste fœtal*. — Cette suppuration se produit après la mort de l'enfant, après une ponction exploratrice ou sans cause appréciable.

L'abcès grandit, devient volumineux, englobe le fœtus et ses annexes dont il amène la dissociation, et se fait jour au dehors par diverses voies, analogues à celles étudiées pour l'hématocèle suppurée (voir p. 466) entraînant au dehors les débris du fœtus.

Dans quelques cas la rupture a lieu dans le péritoine; il en résulte une péritonite promptement mortelle.

## B. — RUPTURE EXTRA-PÉRITONÉALE

La rupture extra-péritonéale survient de trois à vingt semaines, à la même époque que l'intra-péritonéale.

Le mécanisme est analogue dans les deux cas, le siège diffère seul.

Dans l'intra-péritonéale l'ouverture du kyste établit une communication directe avec la séreuse de l'abdomen; dans l'extra-péritonéale la communication est créée avec le tissu cellulaire du ligament large; cavité séreuse dans le premier cas, cavité cellulaire dans le second.

On entrevoit déjà les divergences cliniques, qui vont se produire dans ces deux catégories de cas.

La rupture extra-péritonéale se termine : 1° soit par une *hématocèle*; 2° soit, quand l'œuf est resté intact, par la *continuation de la grossesse ectopique*.

1. **Hématocèle extra-péritonéale**. — Le sang, en pénétrant dans le ligament large, remplit et distend toute la trame cellulaire, comme il le ferait au contact d'une éponge.

Toutefois, grâce à la pression sanguine produite par la rupture vasculaire, ce n'est pas une simple imbibition de ce tissu cellulaire, mais une véritable distension, de telle sorte que le sang, après avoir gonflé tout le ligament large correspondant au côté rompu, envahit inférieurement le tissu cellulaire qui double l'aponévrose pelvienne, et se répand par son intermédiaire

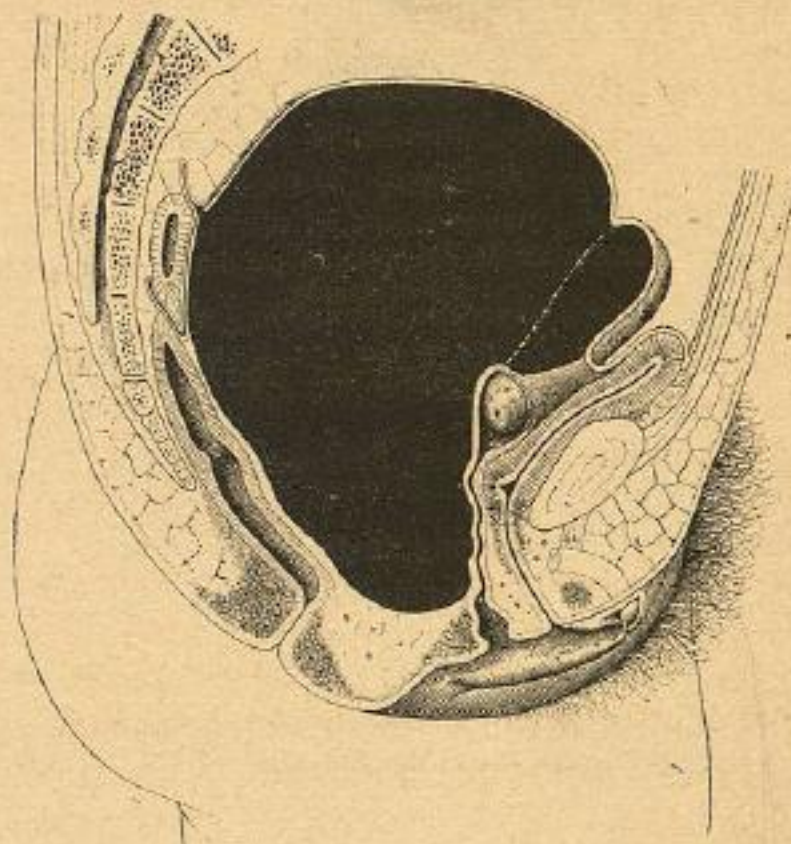


Fig. 494. — Hématocèle extra-péritonéale.

Le sang épanché dans le tissu cellulaire pelvien soulève le péritoine et repousse l'utérus en avant et latéralement

vers la vessie, vers le trou obturateur, en arrière vers le rectum et l'échancrure sciatique

Enfin, passant sous le vagin et décollant en arrière du vagin et de l'utérus le péritoine dans une étendue variable, le sang peut envahir le ligament large

du côté opposé, de telle sorte qu'unilatérale en principe, l'hématocèle devient bilatérale par son développement, mais avec prédominance du côté originel.

Sur une coupe antéro-postérieure du bassin, on trouve une accumulation de sang ayant soulevé le péritoine et rejeté l'utérus en avant et latéralement (fig. 494).

On voit à cet égard la différence avec l'hématocèle intra-péritonéale (fig. 491) où l'utérus est coiffé par le caillot sanguin comme d'un bonnet phrygien, tandis qu'ici l'utérus est chassé de sa position normale, mais conserve tout son fond libre.

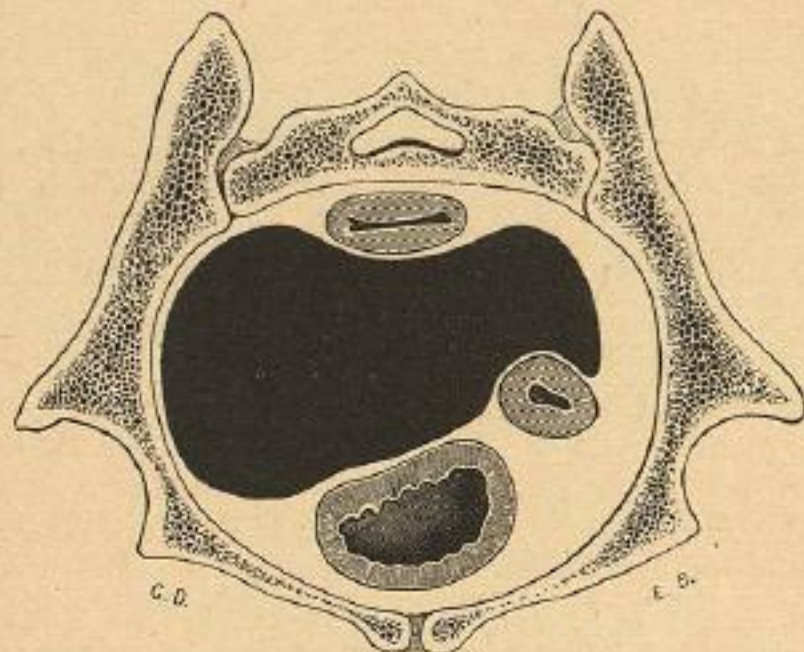


Fig. 495. — Coupe horizontale de l'excavation pelvienne en cas d'hématocèle extra-péritonéale.

Sur une coupe transverso-horizontale, on trouve la tumeur disposée ainsi que l'indique la figure 495.

Le rectum est comprimé en arrière, l'utérus est chassé en avant et latéralement.

Le déplacement de l'utérus est donc un des signes différentiels de l'hématocèle extra-péritonéale et de l'intra-péritonéale, car, dans cette dernière, il conserve sa situation à peu près normale.

Les symptômes de l'hématocèle extra-péritonéale présentent une analogie assez marquée avec ceux de l'intra-péritonéale.

Mêmes douleurs vives au début, mêmes symptômes d'hémorragie interne, mais relativement très atténués.

Au toucher, une tumeur volumineuse dure, immobile, enserrant l'utérus comme une énorme virgule, dont la partie renflée correspond au ligament large primitivement atteint, et la partie terminale au ligament large du côté opposé.

L'utérus est chassé vers l'arc antérieur du pelvis, le fond aplati contre la paroi abdominale; on le sent facilement en combinant la palpation à l'exploration vaginale.

Par le rectum, la tumeur est facilement et largement accessible. Fièvre modérée, due sans doute à un certain degré de réaction inflammatoire tout autour de la tumeur.

Même marche que pour l'hématocèle intra-péritonéale, tantôt et générale-

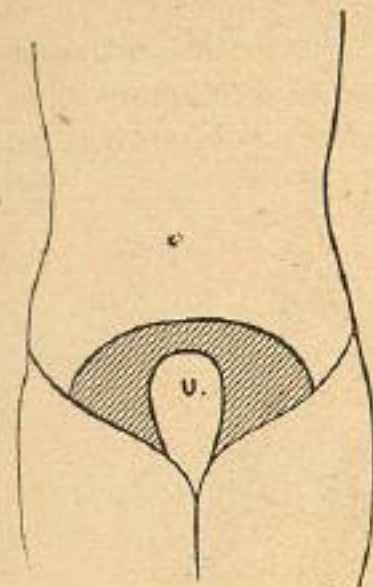


Fig. 496. — Hématocèle intra-péritonéale (U, utérus médian).

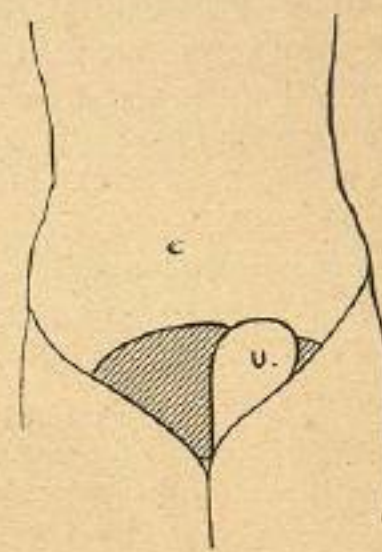


Fig. 497. — Hématocèle extra-péritonéale (U, utérus latéral).

ment avec résolution graduelle, tantôt par suppuration avec possibilité d'ouverture variable (voir fig. 492).

## 2. Continuation de la grossesse ectopique. — Le placenta étant inséré

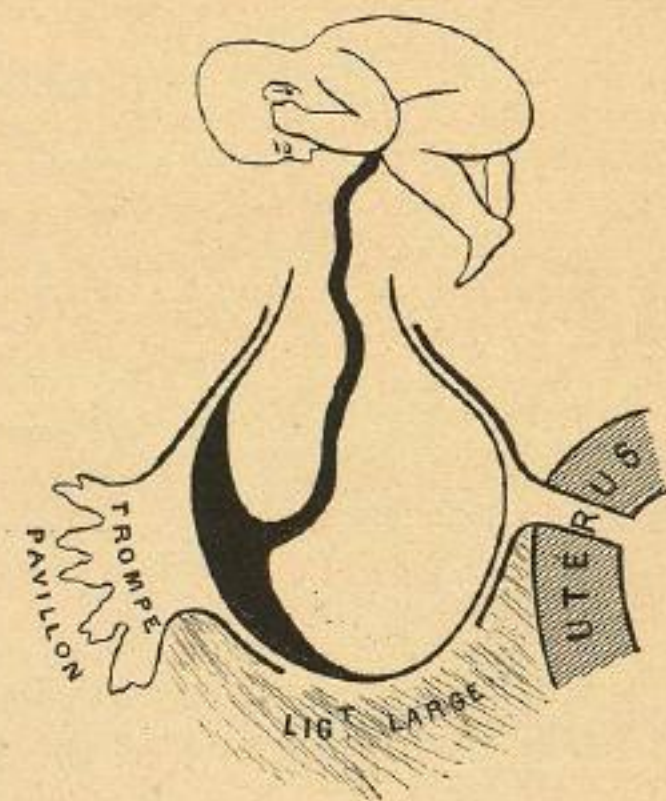


Fig. 498. — Rupture secondaire d'une grossesse ectopique intra-péritonéo-pelvienne, sur la paroi latérale ou supérieure de la trompe, et l'œuf étant resté intact,

la grossesse continue son cours après la rupture de la trompe au niveau du ligament large.

L'œuf fait à travers la rupture tubaire une hernie progressive dans le tissu cellulaire pelvien, se créant, par refoulement, un emplacement qui croît régulièrement.

La cavité du tissu cellulaire est telle que la grossesse peut ainsi évoluer jusqu'à son terme normal (grossesse ectopique intra-péritonéo-pelviennne).

La marche et les symptômes sont analogues à ceux qui ont été étudiés dans la rupture incomplète intra-péritonéale.

Quand un accident survient, fait plus rare que dans la variété précédente, c'est (fig. 498) la rupture *secondaire* de l'œuf dans le péritoine au niveau de la paroi tubaire, ou d'un autre point voisin du péritoine.

Le fœtus et le liquide amniotique s'échappent alors dans le péritoine, donnant lieu aux accidents déjà étudiés.

La terminaison par macération, lithopédisation, suppuration, s'observent également ici.

## II

### HÉMORRAGIE D'ORIGINE NON PUERPÉRALE

Les hémorragies péri-utérines, qui se font en dehors de la puerpéralité, c'est-à-dire de la grossesse extra-utérine, sont relativement rares, soit pour donner un chiffre approximatif, une sur vingt.

De même que les puerpérales, elles peuvent être soit extra-péritonéales dans le tissu cellulaire pelvien, soit intra-péritonéales et, dans ce dernier cas, quand elles ne causent pas la mort par leur abondance même, elles deviennent l'origine d'une hématoécèle intra-péritonéale.

Les différentes causes susceptibles d'amener ces hémorragies sont les suivantes :

**1. Traumatisme opératoire.** — A la suite d'une opération sur les annexes de l'utérus, pratiquée soit par l'abdomen, soit par le vagin, un vaisseau peut avoir été déchiré, ou une ligature avoir cédé, de telle sorte que le sang s'épanche suivant le siège du vaisseau en question, tantôt dans le péritoine (hémorragie ou hématoécèle intra-péritonéale), tantôt dans le tissu cellulaire du ligament large (hématoécèle extra-péritonéale).

Ces hématoécèles sont loin d'être rares : *Lawson-Tait*, par exemple, dit en avoir observé au moins une cinquantaine dans sa pratique personnelle.

Les symptômes sont analogues à ceux mentionnés dans les hémorragies d'origine puerpérale, avec la notion de l'opération en plus. Inutile d'y revenir ici.

**2. Varices.** — Les varices du ligament large, dont l'origine habituelle est le développement d'une grossesse physiologique, peuvent se rompre soit très

exceptionnellement à la surface du péritoine (hémorragie intra-péritonéale), soit dans le tissu cellulaire (hémorragie extra-péritonéale).

Elles sont donc susceptibles de devenir la cause des deux variétés d'hématoécèles déjà étudiées.

**3. Apoplexie ovarienne.** — L'ovaire normal ou pathologique (ovarite, dégénérescence sclérokystique), pourrait, au moment des règles, devenir la source d'un écoulement sanguin assez abondant pour constituer une hématoécèle intra-péritonéale.

Cette origine n'est pas prouvée d'une façon indiscutable.

**4. Reflux tubaire.** — Quand le sang des règles, qui a pour origine l'ovaire, la trompe et l'utérus, trouve au niveau des trompes ou de l'utérus un obstacle à sa sortie, le reflux de ce liquide peut se faire dans le péritoine, et causer une hématoécèle intra-péritonéale.

Cette théorie, très en faveur il y a quelques années, ne doit être acceptée qu'avec une certaine réserve.

**5. Pachy-péritonite.** — De même qu'une pachy-méningite arrive à causer une hémorragie méningée, de même, d'après *Dolbeau* et *Virchow*, la fausse membrane résultant d'une péritonite localisée (pachy-péritonite) pourrait être la source d'hémorragie péritonéale, et, par conséquent, d'hématoécèle.

Cette pathogénie, qui semble exacte, n'est justifiée que pour un nombre restreint de cas.

### SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

#### DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DES HÉMORRAGIES PÉRI-UTÉRINES

Sept cas différents peuvent se présenter en clinique, très dissemblables comme diagnostic et comme conduite à tenir :

*Premier cas.* — Grossesse extra-utérine évoluant normalement.

*Deuxième cas.* — Kyste fœtal mort.

*Troisième cas.* — Hémorragie intra-péritonéale (sans hématoécèle, c'est-à-dire sans coagulation du sang).

*Quatrième cas.* — Hématoécèle intra ou extra-péritonéale.

*Cinquième cas.* — Rupture secondaire du kyste fœtal.

*Sixième cas.* — Péritonite.

*Septième cas.* — Suppuration localisée.

Examinons successivement chacun de ces différents cas :