

## HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

Synonymie : *Hématocèle utérine, circum-utérine, rétro-utérine, pelvienne.*

L'*hématocèle péri-utérine* est un épanchement de sang enkysté dans l'excavation pelvienne. L'hématocèle peut être *intrapéritonéale* ou *extrapéritonéale*; la première étant de beaucoup la plus fréquente, c'est elle surtout que nous aurons en vue dans notre description.

L'histoire de l'hématocèle péri-utérine est de date récente. Ruysch, le premier, décrit l'épanchement sanguin rétro-utérin; J. P. Franck, Laugier, Bourdon, Velpeau, puis Bernutz en rapportèrent quelques observations; mais ce fut seulement en 1850 que la thèse de Viguès et les leçons de Nélaton firent entrer cette affection dans le cadre nosologique. Huguier distingua l'hématocèle intra et extra-péritonéale, distinction qui fut confirmée par Nonat et Prost.

Les discussions et les recherches portèrent dès lors sur les différentes causes du processus morbide. Nélaton admettait que l'hématocèle résultait de la chute du sang dans le péritoine au moment de l'ovulation; Laugier fit intervenir de plus une altération de l'ovaire, tandis que Richet et son élève Devalz attribuaient le principal rôle à la rupture des veines du plexus utéro-ovarien. Peu après parut la thèse de Voisin et les recherches de Gallard qui démontrèrent que l'hématocèle était bien la conséquence de la ponte extra-utérine. Virchow a expliqué la formation de l'hématocèle par la rupture de petits vaisseaux développés au sein de néomembranes, constituant une véritable *pachyméningite* intrapéritonéale. Enfin, les travaux de Bernutz et Goupil, la leçon de Trousseau, l'article de Bernutz dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, les descriptions d'Aran, de Courty, de Nonat, les thèses de Provensal, Drapier, Cotelte, Lacoste, etc., et l'excellent travail de Poncet (de Lyon) forment un ensemble de documents très sérieux avec lesquels il est possible de constituer aujourd'hui l'histoire à peu près complète de cette intéressante maladie.

**ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE.** — L'hématocèle est une affection relativement rare. D'après un relevé de 74 observations dans lesquelles l'âge était indiqué, Poncet (de Lyon) donne l'âge de trente ans comme étant le plus favorable au développement de l'hématocèle

péri-utérine. Il cite cependant un cas d'hématocèle à terminaison fatale chez une jeune fille de treize ans non réglée.

Il est bien rare qu'on ne retrouve pas dans les antécédents des maladies atteintes d'hématocèle des traces d'affections antérieures des organes génitaux: le plus souvent elles ont eu des avortements ou des couches difficiles et laborieuses, des irrégularités de la menstruation, des pelvi-péritonites, etc. C'est le plus souvent à l'époque des règles qu'apparaît l'hématocèle.

Les causes occasionnelles qui jouent un rôle dans la production de la maladie sont assez nombreuses: l'une des plus fréquentes est l'impression du froid pendant la période menstruelle, soit par refroidissement brusque de tout le corps, soit par l'application d'un corps froid sur les organes génitaux (compresses mouillées, injections d'eau fraîche). Les traumatismes, le coït pendant la période menstruelle, les fatigues de toutes sortes, les courses prolongées, les cahots d'une voiture, etc., peuvent également jouer le rôle de causes accidentelles. Il en est de même des émotions morales vives.

Quant au mode pathogénique de l'hématocèle péri-utérine, qui a donné lieu à un si grand nombre de recherches, il est probable qu'il n'est pas unique; les troubles de l'ovulation sont certainement la cause la plus fréquente de l'hématocèle, mais le péritoine, l'utérus, la trompe semblent pouvoir également donner naissance à une hémorragie intrapéritonéale.

Un certain nombre d'auteurs ont considéré l'hématocèle intrapéritonéale comme le résultat de la *rupture de fausses membranes* consécutives à une pelvi-péritonite, comme il arrive dans la vaginite, la pleurésie et la pachyméningite hémorragiques. Ferber émit le premier cette théorie qui fut surtout défendue par Virchow; Crédé, Drapier, J. Besnier ont rapporté des observations très concluantes dans lesquelles la déchirure de néomembranes vasculaires pouvait seule expliquer la formation de la tumeur. Cette théorie pathogénique trouve un solide appui dans ce fait que l'hématocèle se déclare presque toujours chez des femmes ayant eu auparavant des troubles de la menstruation: l'existence de la pelvi-péritonite a même été constatée avant l'apparition de l'épanchement sanguin (Crédé); mais les dernières recherches de Bernutz lui ont appris que ce mécanisme de l'hématocèle était loin de constituer la majorité des cas, et qu'au surplus en pareille circonstance il n'y avait pas d'hématocèle véritable, puisque le sang ne s'épanchait pas dans

la cavité péritonéale proprement dite, mais dans les loges constituées par les cloisons pseudo-membraneuses.

La *déchirure d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien*, signalée pour la première fois par Ollivier (d'Angers), a surtout été invoquée par Richet et par Devalz. Certains faits cliniques (Puech, Sæxinger, Maschka) démontrent la réalité de l'hématocèle à la suite de rupture de vaisseaux, variqueux ou non, situés dans l'épaisseur du ligament large; il est probable que dans ces cas la séreuse abdominale n'était pas absolument saine, autrement ces effusions sanguines auraient plutôt déterminé des hématocèles extra-péritonéales.

On a également admis la possibilité d'une *exhalation sanguine aiguë du péritoine* (A. Voisin), en dehors de toute inflammation de la séreuse. Mais ce sont là des cas exceptionnels, et Poncet n'a pu en réunir plus de cinq observations.

L'hématocèle peut encore résulter du *reflux du sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine*; Bernutz a fait voir que dans les cas où il existe un rétrécissement congénital ou acquis de l'hymen, du vagin et de l'utérus, le sang peut s'accumuler dans l'utérus, passer dans les trompes et de là tomber dans le péritoine. Mais c'est encore là un mécanisme rare : le spasme du col utérin admis par Bernutz et la perméabilité des *ostia uterina* sont encore à démontrer.

L'*hémorragie tubaire* peut donner lieu à l'hématocèle intra-péritonéale; Trouseau croyait ce mécanisme fréquent dans la variété d'hématocèle qu'il appelait *cataméniale*. Dans certains cas la trompe se laisse distendre et forme un véritable kyste sanguin qui peut se rompre ultérieurement et donner lieu aux symptômes de l'hématocèle enkystée ou d'un épanchement sanguin péritonéal rapidement mortel. Il est rare que l'enkystement ait le temps de se produire dans les cas où l'écoulement de sang par la trompe est déterminé par une pyrexie grave à tendance hémorragique (variole, scarlatine, purpura, etc.).

Les *hémorragies ovariennes* sont la cause la plus fréquente de l'hématocèle péri-utérine. Nélaton avait déjà fait remarquer que la rupture spontanée de la vésicule de Graaf s'accompagnait toujours d'un certain épanchement de sang, et avait admis que, dans les cas de migration anormale de l'ovule, d'adhérences de la trompe, etc., le sang pouvait tomber dans la cavité utérine, s'y enkyster et constituer l'hématocèle. Gallard, précisant encore davantage, démontra

nettement que l'hématocèle devait être considérée comme une ponte extra-utérine, avec ou sans fécondation de l'ovule; la fécondation est cependant la règle, et le plus souvent on a affaire à de véritables grossesses extra-utérines, comme semblent bien le prouver un certain nombre d'observations dans lesquelles des débris d'embryons ont été trouvés au milieu des caillots sanguins. L'hémorragie se rattache aussi, dans un certain nombre de cas, à une altération des ovaires, à l'inflammation aiguë ou chronique (Courty) et à la déchirure de kystes hématiques de l'ovaire (Denonvilliers, Voisin, Puech, Dock, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — C'est le cul-de-sac utéro-rectal qui est le siège ordinaire de l'hématocèle (hématocèle *rétro-utérine*), mais la collection sanguine peut aussi siéger entre l'utérus et la vessie (hématocèle *pré-utérine* de Chassaignac), ou même sur les côtés (hématocèle *latéro-utérine*). Il faut noter que ces deux dernières formes, rarement primitives (Puech), sont le plus souvent liées à l'hématocèle rétro-utérine.

La tumeur, de forme et de volume variables, est entourée de membranes fibreuses qui s'organisent plus tard et constituent des adhérences englobant les anses de l'intestin grêle et constituant une sorte de diaphragme pathologique entre l'abdomen et le bassin. Les parois des membranes atteignent parfois une grande épaisseur; lorsque l'épanchement s'est résorbé en partie et que la poche kystique est revenue sur elle-même, l'hématocèle peut acquérir une dureté ligneuse. Fréquemment la poche kystique est traversée par des débris et des cloisons qui constituent des loges incomplètes.

La quantité de sang épanché varie de quelques grammes à 4 kilogramme et même davantage. Tantôt le sang est fluide et rouge, tantôt brunâtre, épais et d'une consistance sirupeuse; il n'est pas rare de le trouver mélangé à un peu de sérosité sanieuse ou purulente provenant de l'irritation péritonéale.

Lorsque l'épanchement est ancien on y retrouve facilement deux parties : l'une liquide, rougeâtre; l'autre solide, constituée par des caillots plus ou moins décolorés et résistants, dans lesquels on peut retrouver des débris d'embryons (Gallard). Plus tard l'hématocèle subit les mêmes transformations régressives que les épanchements sanguins en général.

Les déplacements de l'utérus diffèrent suivant la position occupée par l'hématocèle : le plus souvent ils dépendent plutôt des adhé-

rences que de la tumeur elle-même. Les parois de l'utérus sont, en général, hypertrophiées et ramollies.

Lorsque la tumeur est volumineuse, elle peut déterminer, par compression, des lésions de voisinage, par exemple, la dilatation des urètres et l'hydronéphrose (Dumontpallier et de Sinéty), l'étranglement intestinal par brides cicatricielles (Magnin), etc.

DESCRIPTION. — L'hématocèle est le plus souvent précédée d'un ensemble de phénomènes qui n'ont d'ailleurs rien d'absolument caractéristique et qui consistent en retards ou en suspension complète des règles, en pertes abondantes et même en de véritables métrorrhagies (Nonat).

Le début a souvent une brusquerie et une gravité qui rappellent les accidents de l'hémorrhagie interne. Subitement la malade est prise d'une douleur excessivement aiguë dans l'abdomen, parfois avec une sensation de déchirement; la douleur peut être assez intense pour amener la syncope: la face et les muqueuses sont pâles et décolorées, le pouls est petit, filiforme, la température s'abaisse et la mort peut survenir avant que l'épanchement sanguin ait eu le temps de s'enkyster.

Cette forme suraiguë est relativement rare; dans quelques cas le début est lent, presque insidieux, et les symptômes ne sont pas suffisamment marqués pour que les malades se mettent au lit; le plus souvent, après un début assez brusque, on voit survenir des frissons avec élévation de température, chaleur de la peau, petitesse et concentration du pouls; la face grippée offre le même aspect que dans la péritonite et exprime la souffrance; les malades, étendues dans le décubitus dorsal, évitent tout mouvement et ne peuvent même supporter la position assise (Poncet).

La douleur, d'abord aiguë et lancinante, devient bientôt plus sourde, plus profonde; elle s'exaspère par la moindre pression et s'irradie vers le rectum, la vessie ou les reins. La compression des nerfs des plexus sacré et lombaire détermine des douleurs très vives, souvent à forme névralgique, se prolongeant dans l'aîne, la cuisse et la jambe, en suivant le trajet du sciatique ou celui du crural.

La tumeur pelvienne est le symptôme le plus important de l'hématocèle utérine. Située à quelques centimètres de la vulve et enclavée dans le petit bassin où l'on ne peut lui imprimer aucun mouvement, cette tumeur est de forme arrondie, globuleuse, parfois un peu irrégulière, de consistance très variable, suivant son âge; molle, élastique, fluctuante au début, elle devient plus tard pâteuse

et compacte et donne la sensation d'une tumeur solide; dans les périodes avancées, la tumeur offre parfois une consistance ligneuse ou cartilagineuse. La palpation permet quelquefois de constater une crépitation sanguine ou des battements artériels; l'utérus est refoulé en avant, le col est dévié; le plus souvent (hématocèle rétro-utérine) le col est porté en avant, accolé au pubis ou légèrement dévié latéralement. Pour bien apprécier les caractères de la tumeur, il est bon de pratiquer le palper hypogastrique en même temps que le toucher vaginal.

La tumeur fait rarement une saillie très marquée au-dessus des pubis, où elle est cependant appréciable dans un grand nombre de cas. Lorsque l'épanchement dépasse 300 à 400 grammes, ce qui est la capacité moyenne du bassin (Poncet), la tumeur remonte au-dessus du détroit supérieur; dans les cas où l'épanchement est très abondant, elle s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic qu'elle peut même dépasser; la tumeur a souvent alors la forme d'un cœur de carte à jouer (Siredey).

La compression que l'hématocèle exerce sur les organes voisins détermine de la constipation avec ténésme rectal, de la dysurie avec rétention ou, au contraire, incontinence d'urine, des irradiations douloureuses, l'œdème des membres inférieurs et de la vulve. Le déplacement de l'utérus et sa compression sont souvent le point de départ de métrorrhagies abondantes.

La *marche* de l'hématocèle péri-utérine est essentiellement chronique, parfois marquée par des périodes d'aggravation coïncidant avec l'époque menstruelle: on peut alors voir la tumeur augmenter de volume et les symptômes reprendre un caractère de gravité plus ou moins accusé. L'hématocèle, dont la durée moyenne est de trois à quatre mois et peut atteindre plusieurs années, tend à la guérison qui se fait en général par résolution.

Nous avons vu des accidents du côté du cœur: dilatation des cavités droites, insuffisance tricuspide, etc., se développer concurremment avec l'hématocèle et disparaître avec elle. Nous avons insisté ailleurs sur l'intéressant mécanisme qui préside à la production de ces accidents, nous n'y reviendrons pas ici.

L'évacuation dans les organes voisins, vagin, rectum, vessie, s'observe dans un certain nombre de cas; elle n'est pas toujours favorable, car elle expose à la résorption putride et à la pyohémie; le plus souvent ce sont les complications péritonéales qui emportent les malades, mais la mort peut également survenir dans le marasme.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La *pelvi-péritonite* est l'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre l'hématocèle péritérine, les deux affections se développant souvent dans des conditions identiques et offrant un certain nombre de symptômes communs. Le début de l'hématocèle est plus souvent marqué par une tendance aux lipothymies avec abaissement de la température que celui de la pelvi-péritonite qui s'accompagne de frissons et d'une fièvre parfois intense; la douleur de l'hématocèle est plus subite et plus aiguë que celle de la pelvi-péritonite; la tumeur de l'hématocèle se forme rapidement, elle est volumineuse et les variations de consistance qu'elle subit sont presque pathognomoniques: fluctuation, consistance pâteuse, dureté et résistance ligneuse et même cartilagineuse (Nélaton); la tumeur de la pelvi-péritonite est au contraire petite, douloureuse au toucher; résistante dès le début, elle ne devient fluctuante que tardivement, à la suite de la suppuration.

La *grossesse extra-utérine* se distingue de l'hématocèle par son siège, par son évolution lente, par l'absence de troubles fonctionnels, par l'apparition ultérieure des troubles propres à la grossesse, etc. C'est également le développement lent et graduel et l'absence de symptômes aigus qui serviront à distinguer l'hématocèle des *kystes simples* et des *kystes hydatiques de l'ovaire*. La *rétroflexion de l'utérus gravide*, vers le troisième mois, donne lieu à des difficultés plus sérieuses; ce n'est que par un examen très attentif que l'on peut éviter l'erreur.

Le *pronostic* est toujours grave; la mort peut survenir à toutes les périodes de la maladie; d'autre part, même dans les cas de guérison, l'hématocèle rétro-utérine laisse souvent à sa suite des adhérences ovariennes, des déviations utérines, etc., qui peuvent avoir les conséquences les plus sérieuses pour le fonctionnement de l'appareil génital.

TRAITEMENT. — Au début, l'indication principale est d'arrêter l'hémorragie interne; à cet effet, on prescrira le repos absolu dans le décubitus dorsal, des applications froides ou glacées sur l'abdomen; quand l'hémorragie est arrêtée on doit tenter d'enrayer la marche de la péritonite concomitante par des moyens appropriés: émissions sanguines, sangsues, vessie de glace sur l'abdomen, etc.; enfin, dans la dernière période, on s'efforcera de hâter la résorption de l'épanchement sanguin et des exsudats inflammatoires par les vésicatoires répétés et les applications de teinture d'iode, en même

temps qu'on prescrira un régime tonique et fortifiant; on aura soin de maintenir quelque temps les malades au lit pour éviter les rechutes.

Les résultats fournis par ce traitement médical sont très satisfaisants et ont fait depuis longtemps renoncer à l'emploi des moyens chirurgicaux qui exposent à la suppuration de la poche et, comme conséquence, aux péritonites et à la résorption purulente. La ponction aspiratrice avec un trocart capillaire (Laroyenne, Cotelte) pourrait seule être autorisée dans les hématocèles volumineuses et anciennes.

BOURDON. Mém. sur les tumeurs fluctuantes du bassin (Rev. médicale, 1841). — BERNUTZ. Arch. gén. de méd., 1848. — VIGUËS. Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne, th. de Paris, 1850. — NÉLATON. Gaz. des hôp., 1851-1852. — PROST. De l'hématocèle rétro-utérine, th. de Paris, 1855. — CESTAN, ROBERT. Thèses de Paris, 1855. — PUECH. De l'hématocèle utérine. Montpellier, 1858. — DEVALZ. Du varicocèle ovarien, etc., th. de Paris, 1858. — A. VOISIN. De l'hématocèle péri-utérine, th. de Paris, 1858, 2<sup>e</sup> édit., 1860. — BERNUTZ et GOUPIL. Clin. méd. des malad. des femmes, 1860. — FERBER. Archiv der Heilkunde, 1862. — PUECH. Des atresies des voies génitales, 1863. — TROUSSEAU. Clinique médicale. — VIRCHOW. Pathologie des tumeurs. — GALLARD. Bull. de la Soc. anat., 1854 et 1855; Gaz. hebdomadaire, 1858; Arch. gén. de méd., 1860; Leçons cliniques des maladies des femmes, 1873. — BERNUTZ. Art. Hématocèle utérine, in Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., 1873. — DRAPIER. Thèse de Paris, 1876. — W. DOCK. De l'hémat. rétro-utérine dans ses rapports avec les maladies des ovaires. Inaug. Diss., Zurich, 1876. — GAILLARD THOMAS. A practical treatise on the diseases of the women. Philad., 1876, traduit en français par Lutaud. — COTELLE. Th. de Paris, 1877. — J. BESNIER. De la pachy-péritonite hémorragique (Arch. de gynéc., 1877). — VACHER. Hématocèle péri-utérine à répétition (Lyon médical, 1878). — PONCET (de Lyon). De l'hématocèle péri-utérine, th. d'agrég., 1878. — CLAY. The Lancet, 1879. — BERNUTZ. Hématocèle utérine symptomatique de pachypéritonite hémorragique (Arch. de toxicologie, 1880). — RODET. Th. de Paris, 1880.

#### MALADIES DU SYSTÈME LOCOMOTEUR

##### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le système locomoteur comprend les *muscles*, les *os* et les *articulations*. Les altérations des muscles, des os et des articulations sont généralement secondaires, consécutives à des maladies étudiées dans d'autres parties de cet ouvrage, et sur lesquelles nous n'aurons pas à revenir, ce qui enlève beaucoup de son importance à ce chapitre.

La solidarité étroite qui existe entre les *muscles* et les *nerfs* tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique et qui a fait considérer ces deux éléments comme constituant un système