A 64
11

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1923-1924 — N° 51

Les Formes appendiculaires de l'Hématocèle pelvienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PIVOTEAU

né à BOURGES (Cher) le 8 Septembre 1892

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1923

LES FORMES APPENDICULAIRES DE L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1923-1924 — N° 51

Les Formes appendiculaires de l'Hématocèle pelvienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice PIVOTEAU

né à BOURGES (Cher) le 8 Septembre 1892

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
	ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (M.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET.
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Chirurgie opératoire	VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, *président ;* COTTE, *assesseur ;*
BONNET et A. CHALIER, *agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A Monsieur le Professeur VILLARD

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Henri CRÉPIN

Médecin Directeur du Sénatorium Bellecombe

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES

AUX MIENS ET A MES AMIS

LES FORMES APPENDICULAIRES DE L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

Ce travail a pour objet l'étude des formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne, c'est-à-dire l'étude des cas où une grossesse tubaire rompue provoque une hémorragie qui se répand dans toute la cavité péritonéale et qui se traduit cliniquement par un ensemble symptomatique rappelant l'appendicite aiguë.

Il ne s'agit, en la matière, ni d'un sujet nouveau, ni d'un cas rare.

Si l'hématocèle pelvienne est connue depuis plus d'un demi-siècle, il y a bien près de 25 ans que personne n'ignore plus qu'elle revêt des formes trompeuses et qu'en particulier, elle peut simuler l'appendicite aiguë.

Dès 1902, Legueu, Polhérat, Pinard, soit à la Société de Chirurgie, soit à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mettaient la question à l'ordre du jour et présentaient plusieurs observations où une hématocèle avait été prise pour une appendicite.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées et, aussi bien en France (Aguinet, thèse, 1903 ; Fesqu, thèse, 1911), *qu'à l'étranger* (Cathomas, Gasbarini),*de nombreuses communications étaient faites à ce sujet, et l'on peut dire qu'aujourd'hui tous les traités classiques de gynécologie et d'obstétrique consacrent quelques lignes au diagnostic différentiel de l'hématocèle et de l'appendicite.*

Notre intention n'est pas de répéter ici ce que chaque auteur a dit à ce sujet, mais nous voulons nous attacher aux signes différentiels qui peuvent éveiller l'attention du chirurgien et lui permettre plus souvent — peut-être — d'éviter l'erreur ; erreur, il faut bien en convenir, de peu d'importance puisqu'elle ne retarde pas l'acte opératoire et que le seul risque qu'elle entraîne pour la malade est représenté par une cicatrice inutile dans la fosse iliaque droite.

Ce sujet a donc surtout un intérêt clinique ; de plus, l'on peut dire que c'est un sujet de tous les jours, si nombreux sont les cas où une incision de Mac Burney a été faite d'urgence, pour une hématocèle.

Ce travail peut être divisé en trois parties :

1° *D'une part, une étude clinique rapide des formes appendiculaires de l'hématocèle.*

2° *D'autre part, une étude plus approfondie des éléments permettant un diagnostic différentiel entre les deux affections.*

3° *Enfin, un court chapitre sur les différentes pathogénies qui ont été invoquées pour expliquer cet aspect trompeur des hématocèles.*

CHAPITRE II

Etude clinique

Ce sont surtout les grossesses tubaires droites qui, lors de leur rupture, peuvent simuler une appendicite aiguë.

Logiquement, il semblerait même que seules les hématocèles par rupture de la trompe droite puissent prêter à erreur ; en réalité, il n'en est pas toujours ainsi, et la rupture d'une grossesse tubaire gauche peut prêter à la même confusion. Legueu (Société de Chirurgie, 1902) publiait deux observations de ce genre ; depuis, quelques cas analogues ont été signalés et l'observation III, que nous rapportons, en est un autre exemple.

Mais il faut bien reconnaître que ce sont là des exceptions et, dans la grande majorité des cas, les formes appendiculaires de l'hématocèle relèvent de la rupture de la trompe droite.

La symptomatologie de ces formes dépend essentiellement de l'importance de la rupture tubaire.

Si celle-ci est de petite dimension, si l'hémorragie est minime, l'hématocèle, quand elle simule une appendicite, prend le masque d'une appendicite légère.

Si la rupture est, au contraire, importante, si l'hémorragie est sérieuse, l'hématocèle revêt le type de l'appendicite perforante.

Appendicite avec réaction péritonéale légère et bien localisée, appendicite avec péritonite diffuse, tels sont donc, schématiquement, les deux aspects trompeurs que peut revêtir l'hématocèle.

A. — Hematocèle simulant une appendicite légère.

Dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une rupture peu importante de la trompe, quelquefois même d'une petite fissure. Dans l'observation I, que nous rapportons, la perforation était lenticulaire ; elle ne s'imposait pas à première vue et le chirurgien a dû la rechercher. Le tableau clinique est le suivant :

Le début des accidents est marqué par une douleur abdominale que les malades localisent dans la fosse iliaque droite. C'est une douleur qui revient par petites crises, sous forme de coliques, dont le point de départ est cette fosse iliaque et dont les irradiations se font vers l'ombilic, mais quelquefois aussi vers la région sous-hépatique, comme dans l'observation I. Cette douleur s'accompagne presque toujours d'un ou deux vomissements.

A l'examen, on constate que le teint n'est pas altéré, le pouls est bien frappé aux environs de 80, la température est normale ou ne dépasse guère 37°5, 37°8.

L'abdomen respire parfaitement ; il n'y a pas d'hyperesthésie, mais la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression profonde ; la contracture abdominale ne se produit que lorsqu'on déprime nettement la paroi.

A l'examen génital, souvent peu de chose : un peu de sensibilité du cul-de-sac droit et du Douglas.

Cet ensemble symptomatique s'observe chez une femme qui présente un retard de règles de quelques jours seulement ; parfois même, il n'existe aucun retard, comme dans l'observation I, mais, d'une façon presque constante, lorsque la douleur éclate, un léger suintement sanglant apparaît à la vulve.

Tel est, brièvement résumé, le tableau clinique d'une hématocèle simulant une appendicite légère.

B. — Hematocèle simulant une péritonite appendiculaire.

Tout autre est le tableau clinique, lorsque la rupture tubaire est importante et que le sang, en abondance, est répandu dans le péritoine.

Cette forme peut succéder à la précédente, au bout de 48 heures, trois jours, ou bien apparaître d'emblée.

Dans le premier cas, on se trouve en présence d'une femme qui, depuis plusieurs jours, présente des dou-

leurs attribuées à une appendicite, et dont l'état s'est brusquement aggravé.

Dans le deuxième cas, les accidents surprennent une femme en pleine santé et présentent la brusquerie classique des hématocèles.

Quoiqu'il en soit, le tableau clinique est le suivant : On se trouve en présence d'une femme qui souffre horriblement du ventre. Qu'elle se soit installée progressivement, avec point de départ iliaque, ou qu'elle ait apparu brusquement, la douleur se diffuse rapidement à tout l'abdomen, avec, peut-être, un maximum dans la fosse iliaque droite, et quand on leur demande de montrer le point douloureux, les malades désignent tout le ventre. Cette douleur s'accompagne presque toujours de vomissements bilieux.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme très pâle, défaillante par moments. Les yeux peuvent être cernés, le nez pincé ; le pouls est petit, rapide, battant à 120, 130 ou 140. La température est le plus souvent basse, au-dessous de 37° ; mais il n'est pas exceptionnel de noter une température de 38° (Obs. II). Le ventre est ballonné, douloureux dans toute son étendue ; la pression réveille une défense de la paroi, qui est maximum au niveau de la fosse iliaque droite.

L'examen génital montre que les culs-de-sac vaginaux sont douloureux et il existe, d'une façon à peu près constante, un écoulement sanguin par le vagin.

En somme, le facies de la malade, la petitesse et la rapidité du pouls contrastant avec l'hypothermie, la douleur abdominale, la défense de la paroi avec

maximum au point de Mac-Burney font penser à une péritonite appendiculaire.

Telles sont, schématiquement décrites, les deux formes appendiculaires de l'hématocèle. Mais nous nous empressons d'ajouter qu'entre ces deux types, il existe tous les intermédiaires. Cela se conçoit d'autant plus facilement que les deux formes peuvent se succéder et que, selon le moment où l'on est appelé à voir la malade, on peut penser soit à une appendicite avec péritonite localisée, soit à une appendicite avec péritonite en train de se généraliser, soit enfin à une péritonite diffuse, d'origine appendiculaire.

Nous devons ajouter de plus que, dans cette description, nous avons eu en vue uniquement les cas d'urgence et que nous avons volontairement passé sous silence les cas où une hématocèle enkystée et évoluant vers la suppuration, a pu en imposer pour une appendicite à forme pelvienne.

(BIBLIOTHÈQUE NATIONALE ROMA)

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel.

La symptomatologie nous étant connue, nous allons nous attacher à l'étude des éléments qui peuvent permettre d'établir le diagnostic différentiel. Pour cela, nous reprendrons un à un chacun des symptômes de l'hématocèle à forme appendiculaire. Nous montrerons comment une interprétation minutieuse de ces symptômes peut éveiller les soupçons en insistant surtout sur les signes qui sont vraiment particuliers à l'hématocèle.

A. — Douleur.

La douleur est le signe trompeur par excellence. Si l'on relit les différentes observations qui ont été relatées, soit par Aguinet, soit par Fesq, on remarque que la douleur a toujours son point de départ à droite,

dans le bas-ventre ou dans la fosse iliaque. Dans les observations que nous rapportons, il en est de même, mais il est un point sur lequel il faut insister : dans l'appendicite, les malades désignent très nettement la fosse iliaque, tandis que dans l'hématocèle les malades sont moins précises et désignent avec la main, non seulement la fosse iliaque, mais aussi le bas-ventre du même côté. De plus, la généralisation de la douleur, dans l'hématocèle — du moins dans les formes simulant une appendicite perforante — est plus rapide et, quelques heures après le début des accidents, si l'on demande aux malades où elles souffrent, elles ne désignent plus la fosse iliaque droite, comme au début, mais tout l'abdomen.

L'intensité de la douleur a aussi son caractère propre : la douleur de l'appendicite va en augmentant, mais elle n'atteint jamais l'acuité de la douleur de lhématocèle ; enfin, dans l'étude de l'élément douleur, il est un point qui mérite d'attirer l'attention : dans l'hématocèle, quand la douleur se manifeste sous forme d'accès, il n'est pas rare que les malades éprouvent à ce moment un malaise général et qu'elles se plaignent d'avoir un brouillard devant les yeux. Ces tendances syncopales sont assez caractéristiques et méritent d'être signalées.

La conclusion à tirer est que la douleur, dans l'hématocèle, est un élément essentiellement trompeur, parce que son siège peut être le même que dans l'appendicite. Toutefois, il faut retenir que, dans l'hématocèle, la douleur est d'apparition plus brusque, qu'elle est plus rapidement intense, qu'elle se géné-

ralise plus vite et qu'elle s'accompagne enfin de tendances syncopales et d'un malaise général qu'on ne rencontre généralement pas dans l'appendicite.

B. — Signes gastro-intestinaux.

Les vomissements n'ont aucune valeur au point de vue diagnostic et bien que Choyau ait soutenu qu'il n'y avait pas de vomissements porracés dans la rupture tubaire, il est fréquent d'observer des vomissements verdâtres au cours d'une hématocèle. Bouchereau, dans la thèse d'Aguinet, a prétendu que dans l'appendicite, la langue est saburrale et qu'elle est, au contraire, rose et humide dans l'inondation péritonéale. Il est bien évident que ce n'est pas avec ces éléments qu'on fait un diagnostic.

C. — Etat général.

Les troubles de l'état général portent sur les modifications qu'on peut observer du facies, de la température et du pouls.

1° *Facies.* — Il est évident que lorsque l'hématocèle simule une forme légère d'appendicite, le facies n'a aucune signification. Dans l'observation I, la malade avait un facies superbe, le sang épanché étant en trop petite quantité pour altérer une physionomie ordinairement très colorée.

Par contre, lorsque l'hématocèle prend l'allure d'une appendicite perforante, le facies est profondément modifié. Il peut revêtir le type péritonéal ; mais si l'on examine avec attention les paupières, les lèvres, le plancher buccal, on constate que toutes ces parties sont décolorées ; les pieds et les mains sont d'une pâleur cadavérique et les veines font des traînées bleues très apparentes sur les membres. Jamais, dans l'appendicite, on ne trouve de signes d'anémie revêtant une pareille intensité.

2° *Température.* — La température n'est pas, elle non plus, un élément de diagnostic différentiel. Classiquement, dans l'hématocèle, l'hypothermie est habituelle. Mais il n'en est pas toujours ainsi (Obs. II), et, de plus, l'hypothermie est fréquente au cours des appendicites perforantes.

3° *Pouls.* — Là encore, nous ne trouverons pas un élément susceptible d'éclairer notre diagnostic. Dans l'une comme dans l'autre affection, le pouls est petit, filiforme, rapide et c'est bien plutôt un élément de confusion qu'un élément de diagnostic. Peut-être, l'étude de la pression sanguine pourrait-elle avoir de l'intérêt, si l'on n'était, le plus souvent, dans l'impossibilité de suivre les malades et dans la nécessité de prendre une décision chirurgicale immédiate. On constaterait certainement un abaissement beaucoup plus rapide de la pression sanguine dans l'hématocèle.

D. — Troubles péritonéaux.

Beaucoup plus important est, pour le diagnostic différentiel, l'étude des troubles péritonéaux déterminés par l'hématocèle, c'est-à-dire l'étude des signes fournis par l'examen de l'abdomen.

Un signe vraiment important à étudier, est la contracture. Dans l'appendicite, et cela ne fait de doute pour personne, il existe toujours une contracture localisée ou généralisée, selon la forme de l'appendicite en présence de laquelle on se trouve, contracture s'accompagnant d'hyperthésie et d'absence de respiration abdominale, du moins dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire. La contracture est vraiment un signe capital dans l'appendicite, signe net, précis, toujours facile à constater. En est-il de même dans l'hématocèle et retrouve-t-on toujours ce symptôme avec la même netteté ?

Quand on lit les observations publiées à ce sujet (Aguinet, Fesq), on s'aperçoit que la contracture a été notée très souvent.

A notre avis, la contracture n'est pas la même dans l'appendicite et dans l'hématocèle.

Si l'on examine une malade dans les toutes premières heures qui suivent la rupture tubaire, on constate, en effet, que le ventre est douloureux, mais il n'existe pas de contracture à proprement parler et c'est seulement à la pression profonde qu'on réveille la défense de la paroi abdominale. Il en était ainsi dans les observation Iet V.

Lorsqu'au contraire, on est appelé auprès d'une malade présentant une rupture tubaire remontant à plus de six heures, on constate alors une certaine défense musculaire, mais cette défense ne donne jamais l'impression de « ventre de bois » des péritonites appendiculaires : le ventre est douloureux, se défend à la pression, mais, dans l'ensemble, c'est un ventre qui n'est pas très dur, et qui, nous le répétons, ne donne pas cette impression de rigidité qu'on trouve dans l'appendicite aiguë diffuse.

A notre avis, la contracture n'est pas un élément en faveur de l'hématocèle : dans les six premières heures, elle n'existe pour ainsi dire pas. Au bout de ce temps, il est vrai, le péritoine, irrité par le sang accumulé, traduit son irritation par une défense musculaire plus ou moins intense, selon que la rupture est plus ou moins ancienne ; mais le « ventre de bois » est exceptionnel dans l'inondation péritonéale.

On a voulu trouver d'autres signes différentiels dans l'examen de l'abdomen : on a insisté en particulier sur la matité dans les flancs, qui n'existerait que dans l'hématocèle, et sur la disparition de la matité hépatique, qui n'existerait que dans les péritonites appendiculaires. Mais ce sont là des nuances souvent bien difficiles à constater.

E. — Signes génitaux.

Les signes génitaux ont une importance capitale pour le diagnostic différentiel entre les deux affections qui nous occupent.

1° *Retard de règles.* — Si on interroge les malades, on découvre souvent un retard de règles. Cela, évidemment, n'est pas constant, et beaucoup d'auteurs ont signalé en effet que les malades qu'ils avaient observées avaient eu leurs dernières règles normales. Il en était ainsi dans les observations I-IV. Toutefois, lorsque, chez une femme ordinairement bien réglée, il existe un retard, ne serait-ce que de quelques jours, il faut en tenir compte et songer à la grosseur tubaire.

2° *Ecoulement vaginal.* — Beaucoup plus important est l'écoulement vaginal qu'on observe lorsque la rupture se produit. Cet écoulement sanglant peut même exister avant la rupture, mais au moment où celle-ci se produit, il augmente, s'il existait déjà, ou fait son apparition, s'il n'avait pas été constaté jusque-là. C'est un symptôme qui a été noté dans toutes les observations que nous publions et il existait dans les quatre cinquièmes des cas rapportés à ce sujet.

Il ne s'agit jamais d'un écoulement abondant. Il est, au contraire, discret, de couleur brunâtre, ou à peine rosée et parfois d'importance si minime que les malades n'y prêtent aucune attention et n'en parlent pas au médecin. Elles croient, la plupart du temps, que leurs règles reviennent et ne voient dans cet événement rien d'anormal.

Et pourtant, à notre avis, c'est un signe fondamental et qui est tout à fait particulier à l'hématocèle.

Chaque fois que l'on observe cet écoulement chez une femme qui présente un syndrome péritonéal, il faut penser à l'hématocèle, alors même que la douleur est iliaque.

Il n'y a guère que dans les salpingites, où l'on puisse voir, au cours d'une crise, un écoulement vaginal se produire.

Cet écoulement vaginal a une origine tubaire. La plupart des auteurs ont noté son importance, et Bouchereau a particulièrement insisté sur ce sujet. (*Revue critique de Médecine et de Chirurgie*, mars 1910, p. 49.)

3° *Toucher vaginal.* — Le toucher vaginal enfin, dans quelques cas, peut être un élément de diagnostic. Certes, il ne permettra pas de constater un ramollissement du col, car la grossesse est trop récente, mais, comme l'a noté Praust, le toucher du Douglas provoque une douleur extrêmement vive (cri du Douglas), qui ne trompe pas sur la nature de la maladie.

Il faut bien l'avouer, ce « cri du Douglas » ne s'impose pas toujours aussi nettement : dans lesobservations que nous rapportons, le cul-de-sac de Douglas et les culs-de-sac latéraux étaient en effet douloureux. Mais qu'y a-t-il de surprenant en présence d'une malade qui présente un ensemble de symptômes rappelant la péritonite appendiculaire ?

Enfin, l'on est toujours autorisé à penser qu'il s'agit d'une appendicite pelvienne.

F. — Examen du Sang.

Certains auteurs enfin, Gasbarrini en particulier, ont cherché, dans l'étude du sang, un élément de diagnostic différentiel. Formule d'anémie, dit-on, en cas d'hématocèle, leucocytose, en cas d'appendicite.

Pratiquement, c'est un élément sur lequel on ne peut compter, et les chirurgiens qui ont opéré une hématocèle avec le diagnostic d'appendicite peuvent-ils se reprocher de n'avoir pas fait un examen du sang. Le plus souvent, on se trouve devant un cas urgent, et la décision opératoire doit être prise sans attendre le résultat de l'examen de laboratoire.

Maintenant que nous avons discuté un à un chacun des symptômes des formes appendiculaires de l'hématocèle et que nous avons montré la valeur respective de chacun d'eux, nous pouvons résumer schématiquement la question en disant qu'avant de conclure à une appendicite, il faut toujours penser à l'hématocèle possible, surtout si la contracture abdominale n'est pas franche, s'il y a un écoulement de sang par le vagin et, à plus forte raison, s'il y a un léger retard de règles.

A notre avis, ce sont là vraiment des éléments qui peuvent faire douter d'une crise d'appendicite et provoquer une discussion de chaque symptôme pris isolément.

Etant donné que, dans un service, on opère tous les jours des appendicites, alors que l'hématocèle est une affection relativement rare, en présence d'une malade qui souffre du côté droit, on est naturellement

porté à penser à l'appendicite : on met un doigt au point de Mac-Burney et on y réveille une vive douleur. A partir de ce moment, plus de doutes ; on se contente souvent d'un examen un peu hâtif. On fait le toucher vaginal, alors qu'inconsciemment, on est bien décidé à n'y attacher aucune importance, à moins d'un résultat impressionnant.

C'est ainsi, peut-être, qu'on est amené à opérer d'urgence une héamtocèle pour une appendicite. Mais, empressons-nous de reconnaître que, bien souvent, l'erreur est inévitable. Bien des maîtres illustres s'y sont trompés et il est probable que d'ici longtemps, des chirurgiens feront encore des incisions de Mac-Burney pour des hématocèles.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Dans les nombreux cas où la confusion entre une hématocèle et une appendicite ne relève pas d'un examen rapide et où vraiment l'hématocèle mérite le nom d'*hématocèle à forme appendiculaire,* on peut se demander quelle est la pathogénie de pareils accidents et, étant donné que c'est essentiellement la douleur dans la fosse iliaque droite qui est l'élément trompeur, comment il se fait que la rupture d'une trompe, qui est située dans le bassin, peut déterminer une douleur aussi haut placée.

Différentes pathogénies ont été émises à ce sujet :

Les uns ont pensé que cette douleur dans la fosse iliaque droite était due à une situation haute de la trompe, soit qu'il s'agisse là d'une disposition d'origine gravidique : l'utérus augmentant, en effet, de volume au cours d'une grossesse tubaire, on peut concevoir que, dans ce mouvement ascensionnel, la trompe elle-même remonte vers la fosse iliaque.

D'autres ont pensé à une disposition haute, mais pathologique de la trompe. Depuis Legueu, chacun connaît le flirt appendiculo-ovarien et le retentissement d'une salpingite sur un appendice : il est relativement fréquent de trouver ,au cours d'une intervention, la trompe droite adhérente à l'appendice. Enfin, le ligament de Clodo est connu de tous et constituerait pour beaucoup le trait d'union entre l'appendice et la trompe.

Telles sont les différentes pathogénies qui ont été envisagées.

Aucune ne peut satisfaire pleinement l'esprit.

En effet, le plus souvent, l'intervention montre que la trompe rompue n'a pas subi la moindre ascension et qu'elle ne présente aucun rapport avec l'appendice.

D'ailleurs, en admettant même que la douleur iliaque, dans la rupture tubaire, soit due à une ascension de la trompe, comment expliquer que des hématocèles par rupture de la trompe gauche aient pu simuler une appendicite ? (Observation de Legueu, Obs. III.)

CHAPITRE V

Traitement.

La question qui se pose ici, au point de vue du traitement est la suivante : Quand on a commis une erreur de diagnostic et que, pour une hématocèle on a pratiqué une incision de Mac Burney, que doit-on faire ? Doit-on, par la même incision, essayer d'enlever la trompe rompue ou bien doit-on pratiquer une laparotomie sous-ombilicale.

Lejars, dans son traité de *Chirurgie d'urgence* conseille d'enlever la trompe par la même incision.

A notre avis, cela est discutable : on peut en effet essayer d'accrocher la trompe et si l'ablation de cette dernière ne nécessite par une section trop étendue des muscles larges de l'abdomen, le conseil de M. Lejars est parfaitement légitime.

Mais, dans la majorité des cas, avec une incision de Mac Burney, on a un jour insuffisant ; il faut sectionner largement les muscles de l'abdomen et malgré celà, on travaille trop souvent au fonds d'un puits

Enfin, il ne faut pas oublier qu'on peut avoir à faire à une rupture tubaire gauche.

Aussi, pensons-nous que, lorsqu'on a pratiqué une incision de Mac Burney avec dissociation musculaire, il suffit de refermer rapidement cette incision, qui ne nuit en rien à la solidité de la sangle abdominale et immédiatement pratiquer une laparatomie sous-ombilicale qui, au fond, mutile beaucoup moins la malade que ces larges incisions de la fosse iliaque, avec section étendue des muscles larges.

De plus, par la laparotomie sous-ombilicale, l'opération sera considérablement facilitée, les ligatures seront posées d'une façon plus sûre, le nettoyage de la cavité péritonéale sera plus complet et, somme toute, la durée totale de l'opération ne sera guère plus longue que si l'on avait conservé l'incision iliaque primitive.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Marie R..., âgée de 25 ans. Entre à l'hôpital le 20 octobre 1923.

Le début des accidents remonte au 30 septembre 1923.

La malade a été prise ce jour-là d'une légère douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'est accrue dans les heures qui ont suivi et s'est accompagnée d'un vomissement.

Un médecin appelé a prescrit une vessie de glace sur l'abdomen et a fait une pqiûre de morphine.

Le lendemain, 1er octobre, les accidents ont regressé, mais il persiste une douleur sourde dans la fosse iliaque.

Le 2 octobre, dans la matinée, la douleur iliaque augmente d'intensité et la malade constate qu'elle perd légèrement en rouge ; les règles normales étant survenues 3 semaines auparavant, la malade pense, qu'à cause de sa maladie, ses règles sont avancées de quelques jours.

Elle est admise ce jour-là à l'hôpital.

A ce moment, on se trouve en présence d'une femme, dont le teint est coloré, dont le pouls bat à 80, et dont la température ne dépasse pas 37°3. Douleur spontanée assez vive dans la fosse iliaque droite, quelques nausées. Depuis 48 heures, la malade n'est pas allée à la selle.

A l'examen, on constate que la palpation profonde provoque une douleur vive au niveau du point de Mac Burney, et dans la région sous-hépatique.

Il n'existe pas d'hypéresthésie et la malade ne se défend qu'à la palpation profonde.

Le reste de l'abdomen est absolument souple et indolore.

En pratiquant l'examen génital, on constate un très léger écoulement sanguin provenant de l'utérus. Le col est dur, l'utérus n'est pas augmenté de volume. Les culs-de-sac sont souples, indolores ; on ne sent aucune masse. Il n'y a pas la moindre douleur au niveau du Douglas. A droite, on arrive cependant à provoquer une légère douleur par le palper bimanuel.

Devant cette symptomatologie, on porte le diagnostic d'appendicite (forme légère) et à cause de la forme de la douleur provoquée, on pense à une variété d'appendice ascendant.

Les accidents ne remontant qu'à 48 heures, la malade est opérée d'urgence.

Opérateur : Docteur Gaillard. Anesthésie à l'éther. Incision de Mac Burney, avec dissociation musculaire. Le péritoine apparaît légèrement noir. Légère boutonnière péritonéale : un peu de sang noirâtre.

On referme l'incision iliaque et on pratique la laparatomie sous-ombilicale. Il y a peu de sang dans l'abdomen et la cavité est rapidement asséchée.

La trompe droite est nettement augmentée de volume (grosseur du pouce), mais à la première inspection, il ne semble pas qu'il y ait de rupture tubaire.

Ce n'est qu'à un examen plus complet qu'on aperçoit sur la portion infundibulaire de la trompe et sur la face postérieure de cette dernière, une toute petite rupture de la grosseur d'une lentille à peine : en ce point, on voit sourdre quelques gouttes de sang.

Ablation de la trompe, fermeture de l'abdomen sans drainage.

A l'examen de la pièce, on découvre un œuf de la grosseur d'une petite noix.

Suites opératoires bonnes. Guérison sans incident.

OBSERVATION II

Malade âgée de 30 ans. Une grossesse normale en 1919. Entre à l'hôpital le 20 décembre 1920. Elle souffrait depuis jours du côté droit et présente un retard de règles de 8 jours.

Dans la matinée du 20 décembre, la douleur iliaque a brusquement augmenté.

A l'examen :

Douleur diffuse dans tout l'abdomen avec maximum au point de Mac Burney. Ventre légèrement ballonné. Défense de toute la paroi abdominale avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Depuis le matin, léger écoulement sanguin par le vagin. Peu de sensibilité des culs-de-sac vaginaux.

Malade légèrement pâle. Pouls bien frappé à 100. Température : 38°4.

Diagnostic : Appendicite perforante.

Opération : Huit heures environ après le début des accidents. Opérateur : Docteur Monod.

Incision de Mac Burney. Sang dans l'abdomen. Laparotomie médiane sous-ombilicale qui fait découvrir une petite grossesse tubaire droite rompue. Le péritoine contient une grosse quantité de sang et de nombreux caillots. La castration unilatérale est pratiquée.

Du côté gauche, le péritoine est rouge, très vascularisé, la trompe est congestionnée.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Guérison sans incidents.

OBSERVATION III

Malade âgée de 18 ans. Retard de règles de 15 jours. Entre à l'hôpital le 15 août 1922.

Depuis la veille, elle souffre de quelques coliques. Elle a eu un vomissement. Le jour même est apparu un léger écoulement vaginal rosé, qui fait croire à la malade à un début de règles.

Le 15 août, apparition d'une douleur assez brutale qui siège d'abord dans la région ombilicale mais qui, rapidement, diffuse dans tout l'abdomen.

Le ventre est douloureux, avec maximum de la douleur dans la fossè iliaque droite.

L'examen génital montre que le Douglas et le cul-de-sac latéral gauche sont sensibles.

Assez bon état général. Pouls à 105. Température, 37°5.

Diagnostic: Péritonite appendiculaire par perforation de l'appendice.

Opération : Docteur Saupault.

Incision de Mac Burney : Présence de sang rouge qui s'écoule hors du péritoine.

Laparotomie sous-ombilicale.

Trompe gauche rompue. Caillots dans le Douglas. Sang liquide dans le reste de la cavité.

Castration unilatérale. Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incident.

OBSERVATION IV

Pauline J..., 29 ans.

Entrée à l'hôpital le 31 août 1922.

Souffre du côté droit; pas de modifications des règles. Pas de température. Excellent état général.

Diagnostic: Salpingite.

Le 3 septembre au matin, la malade est prise d'une douleur abdominale extrêmement violente, qu'elle localise d'abord à la région épigastrique.

Nausées. Un vomissement bilieux.

Sensibilité abdominale très marquée, mais pas de ventre de bois au début.

Température pas modifiée. Pouls à 120, facies pâle.

Au bout de deux heures, la douleur semble se calmer. Son maximum se localise dans la fosse iliaque droite. A ce moment la défense abdominale commence à apparaître. Elle va en augmentant dans les heures qui suivent. Elle est très nette dans la fosse iliaque droite.

Un léger écoulement sanguin se produit par le vagin.

Opération: 6 heures après le début des accidents. Docteur Berger.

Incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe en abondance un sang noirâtre non coagulé.

L'exploration chirurgicale permet de reconnaitre une grossesse tubaire droite rompue.

Fermeture de la première incision et laparotomie médiane sous-ombilicale. Celle-ci fait découvrir une tumeur annexielle gravidique du volume d'une mandarine, non adhérente, siégeant près de la corne droite.

Ablation de la trompe. Hémostase au catgut n° 2.

Toilette du ventre.

La malade avait perdu un litre et demi de sang.

Fermeture sans drainage.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION V

P... Marcelle, âgée de 23 ans. Pas de grossesse. Bien réglée ordinairement.

Entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre du côté droit.

La douleur siège un peu au-dessous du point de Mac-Burney et par le toucher, on arrive à sentir, au bout du doigt, une masse qu'on limite mal et qui est douloureuse.

Pas de température.

On pense, soit à une salpingite, soit à une appendicite à forme pelvienne.

La malade est suivie pendant huit jours, sans que la symptomatologie se modifie, la douleur à droite restant le seul signe.

Le huitième jour, la douleur augmente brusquement d'intensité ; au moindre mouvement, la malade se plaint de vertiges.

Un vomissement se produit.

La douleur devient très intense ; elle occupe non seulement le bas-ventre, mais elle gagne rapidement tout l'abdomen. La malade ne peut plus désigner quel est le point le plus douloureux.

Le facies est jaunâtre, le pouls est à 120, petit.

La température est de 36°8.

L'abdomen est légèrement ballonné, très douloureux. L'hypéresthésie augmente d'heure en heure. La défense abdominale, nulle au début,, devient manifeste, mais dans son ensemble, le ventre ne donne pas une impression de dureté. La défense est surtout marquée dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessous du point de Mac Burney.

Du côté de l'appareil génital, on découvre un petit écoulement vaginal apparu la veille de la reprise de la douleur.

Le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac droit sont très sensibles. Ces troubles génitaux attirent l'attention et, par l'interrogatoire, on apprend que la malade avait un retard de trois semaines.

Un diagnostic ferme n'est pas posé : on pense, soit à une appendicite pelvienne, avec péritonite généralisée secondaire, soit à une hématocèle.

Opération : Docteur Gaillard.

Dans le doute, on fait une petite boutonnière au-dessous de l'ombilic.

Un flot de sang s'écoule.

Laparatomie : Elle fait découvrir une grossesse tubaire droite, de la valeur d'un œuf de poule.

Castration unilatérale : Il existe une très grosse quantité de sang dans l'abdomen.

La malade a une syncope et on est obligé de fermer rapidement la paroi, après avoir placé un drain dans le Douglas.

Sérum intraveineux.

Guérison en trois semaines.

CONCLUSIONS

La rupture d'une grossesse tubaire peut donner lieu à un ensemble symptomatique simulant l'appendicite aiguë. Nous donnerons en ce cas le nom de « formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne ».

Etude clinique.

Deux formes principales :

1° Hématocèles simulant une appendicite légère avec réaction péritonéale localisée ;

2° Hématocèles simulant une appendicite perforante avec réaction péritonéale généralisée.

La première forme relève d'une rupture minime de la trompe avec petit épanchement sanguin dans l'abdomen.

La deuxième forme relève d'une rupture tubaire importante avec grosse hémorragie.

Ces deux formes peuvent se succéder.

Entre elles, il existe des types de transition.

Diagnostic différentiel.

Quelques signes seulement ont une valeur au point de vue du diagnostic différentiel. Ce sont :

1° *Signe d'anémie ;*

2° *Contracture.*

Selon nous, la contracture n'existe pas pendant les six premières heures. Au bout de ce temps, la défense péritonéale apparaît, mais jamais la contracture n'est aussi marquée que dans une péritonite d'origine appendiculaire.

3° *Signes génitaux :*

Ecoulement par le vagin d'un liquide rosé ou brunâtre. C'est là un signe très fréquent.

Plus rarement : retard des règles.

Les autres signes sont plutôt des éléments de confusion.

Pathogénie.

Elle reste obscure.

La douleur iliaque serait due à une ascension de la trompe d'origines congénitale, gavidique, pathologique.

Ces hypothèses n'expliquent pas les cas où la rupture de la trompe droite simule l'appendicite.

Traitement.

Quand on a fait une incision de Mac Burny pour une hématocèle, faut-il conserver la voie iliaque ou faire une laparotomie sous-ombilicale ?

Nous n'hésitons pas à adopter cette seconde technique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
VILLARD

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 8 Décembre 1923.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

AGUINET. — *Thèse Paris*, 1903.
ALBERTIN et DESGOUTTES. — Lyon Chirurgical, mars 1909.
CATHOMAS. — *Beiträge für Klinische Chirurgie*, 1909.
CAZIN. — *Paris Chirurgical*, février 1910.
CHOYAU. — *Thèse Paris*, 1896.
FESQ. — *Thèse Paris*, 1911-12.
GASLARRINI. — *La Reforma Medica*, 24 janvier 1910.
GUILLAUME. — *Thèse Paris*, 1911.
LAUNAY et SÉGUINOT. — *Revue de Chirurgie*, avril 1911.
LEGUEU. — *Société de Chirurgie*, 1902.
— *Société d'Ostétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, octobre 1902.
— *La Gynécologie*, mars 1911.
PINARD. — *Société d'Ostétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 20 octobre 1902.
POLHERAT. — *Société de Chirurgie*, 1902.
PROUST. — *Gazette des Hôpitaux*, 1912.
VIGNARD et ARNAULT. — *Lyon Chirurgical*, 1910.

Manuels consultés :

Traité, de LE DENTU et DELBET.
Gynécologie, FORGUE et MASSABUAU.
Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, J.-H. FAURE et SIREDEY.
Traité médico-chirurgical de Gynécologie, LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU.
Manuel de l'Accoucheur, DEMELIN et DEVRAIGNE.
Chirurgie d'urgence, LEJARS.

BIBLIOTECA MEDICA ROMA
1200

TABLE DES MATIERES

Introduction et Historique 7
Etude clinique. 9
Diagnostic différentiel 15
Pathogénie 25
Traitement 27
Observations 29
Conclusions 37
Bibliographie 39