

est mise en adduction forcée et en flexion à angle droit ; l'aide refoule le fémur de bas en haut, en appuyant vigoureusement sur le genou fléchi de manière à énucléer le plus possible l'extrémité supérieure du fémur dont la tête est saisie avec un davier de Farabeuf ; les chairs sont protégées à l'aide d'une compresse fendue, et on fait la section au point choisi à l'aide d'une scie droite ou d'une scie à chaîne. Après section du fémur, le chirurgien examine l'état des parties avoisinantes, enlève s'il y a lieu les fongosités et gratte la cavité cotyloïde.

5° *Drainage et suture.* — La cuisse étant en extension, on place un drain, puis les parties molles (capsule et muscles péri-articulaires) sont ramenées autour de l'extrémité supérieure du fémur et maintenues par quelques fils, ensuite la peau est suturée et le membre est immobilisé en extension jusqu'à consolidation complète. Piquand.

HANOT (MALADIE DE). — V. CIRRHOSE BILIAIRE.

HASCHISCH. — V. POISONS MÉDICAMENTEUX.

HÉBÈPHRÉNIE. — V. DÉMENCE PRÉCOCE.

HELMINTHIASE. — V. TĒNIAS, BOTRIOCÉPHALE, ASCARIDES, OXYURE.

HÉMARTHROSE. — On entend par là l'épanchement de sang dans une articulation. Quand une certaine quantité de liquide sécrété par la synoviale vient s'ajouter au sang, on a une hydrohémarthrose. Comme pratiquement il en est presque toujours ainsi, nous décrirons ensemble ces deux syndromes, très voisins.

Étiologie. — L'épanchement sanguin peut se faire sans traumatisme, spontanément en apparence : ce sont les *hémarthroses pathologiques, inflammatoires* dans certaines pachysynovites analogues aux pachyvaginalites et aux pachyméningites (on en a vu dans certaines lésions tuberculeuses), *dyscrasiques*, au cours de certaines maladies sanguines (scorbut, purpura, hémophilie), *trophiques* dans certaines affections nerveuses (certaines hémiplegies par hémorragie cérébrale).

Mais presque toujours l'hémarthrose est *traumatique*. La source de l'hémorragie est parfois dans les parties molles (plaie articulaire à trajet très oblique, ou par balle, déchirure d'un ligament au cours d'une entorse) presque toujours on doit la chercher dans une lésion osseuse. Elle succède soit à une fracture articulaire franche (fracture de la rotule, de l'olécrâne, des extrémités inférieures de l'humérus ou du fémur) et passe alors au second plan, soit à un arrachement osseux parcellaire, au cours d'une entorse (arrachement d'un ligament croisé ou de la bandelette de Maissiat au genou, etc.).

Lésions. — Au cours d'une arthrotomie pour hémarthrose, on trouve un liquide rougeâtre dans lequel nagent parfois des caillots plus foncés. Ce liquide rouge d'après certains auteurs se coagulerait dans un verre, pour d'autres il aurait perdu toute coagulabilité.

Qu'est en effet ce liquide : pour certains auteurs, du sang non encore

coagulé, pour d'autres, du sang très rapidement coagulé après écoulement dans l'article, puis en partie redissous ; peu importe d'ailleurs au point de vue pratique : redissous ou non coagulé, le sang est étendu de toute la sécrétion de la synoviale irritée.

Symptômes. — Après une douleur locale, variable suivant l'étiologie, le malade voit son articulation augmenter de volume en une heure ou deux ; cette tuméfaction progressive et rapide s'accompagne d'une douleur progressive aussi et très vive.

A l'examen, l'articulation est globuleuse et les méplats de la région ont disparu. A la palpation on sent de la rénitence, parfois de la fluctuation. Au genou le choc rotulien est difficile à obtenir à cause de la tension élevée du contenu articulaire ; quand on l'obtient, il est toujours voilé, pâteux en quelque sorte.

Parfois la recherche du choc rotulien ou l'exploration un peu attentive des culs-de-sac donne une sensation de crépitation (crépitation sanguine), malheureusement trop rare, car elle emporte le diagnostic.

Marche. — L'épanchement se résorbe ordinairement assez vite, sous l'influence d'un bon traitement. Cependant il peut persister pendant assez longtemps un certain degré de distension articulaire.

On voit assez souvent après les hémarthroses des raideurs parfois rebelles dues à l'organisation d'adhérences : ces adhérences ne sont point des résidus de caillots sanguins, car normalement ces caillots sont entièrement résorbés, elles sont le résultat d'infection très atténuée. On sait en effet avec quelle facilité s'infectent toutes les collections sanguines.

Diagnostic. — (V. HYDARTHROSE).

Il faut rechercher avec soin la lésion causale et dépister derrière l'hémarthrose la fracture intra-articulaire.

Traitement. — Le traitement de l'hémarthrose se confond avec celui de l'affection causale, lorsqu'il existe une fracture importante. Dans les simples petits arrachements osseux, l'hémarthrose est traitée pour elle-même.

Plusieurs méthodes s'offrent et donnent de beaux succès.

Dans la *compression* simple, avec usage de l'eau chaude (V. Traitement de l'ENTORSE), on entoure le membre d'épaisses couches de ouate et on fait une compression sérieuse. On peut se servir également de la bande élastique.

Cette compression, avec usage de l'eau chaude sera avantageusement pratiquée à l'aide des coussins de caoutchouc d'Heitz Boyer (V. Traitement de l'HYDARTHROSE). L'auteur recommande d'ajouter, dans le cas d'hémarthrose du genou, son dispositif pour fracture de la rotule, qui permet de faire fléchir le genou, sans changer en rien la compression. De cette façon on évitera toute raideur articulaire. Par cette méthode, dans le service du professeur Reclus, quelques hémarthroses ont disparu en 5 jours et même en 48 heures.

Si l'épanchement ne diminue pas très rapidement par la compression, pour éviter une distension accentuée de la capsule, qui resterait définitive, il est bon de pratiquer la *ponction* du contenu de l'article, au niveau d'un des culs-de-sac les plus superficiels. Cette ponction devra être absolument aseptique pour ne pas être dangereuse.

L'*arthrotomie* enfin, pratiquée dans des conditions d'asepsie parfaite, per-

mettrait de faire non seulement l'évacuation du liquide intra-articulaire, mais aussi d'enlever complètement les esquilles osseuses qui pourraient être plus tard des corps étrangers. Pour être utile, cette arthrotomie (v. c. m.) doit être très aseptique, mais doit le rester uniquement. Pas de lavage articulaire antiseptique qui irriterait la synoviale et la ferait sécréter et réagir après la suture. L'assèchement aux compresses stériles suffit. Si on croit un lavage utile, on ne doit pas le faire avec autre chose qu'avec du sérum physiologique très chaud.

CHEVRIER.

HÉMATÉMÈSE. — L'hématémèse, ou *vomissement de sang* venant des voies digestives, quels qu'en soient le siège et la cause, est une hémorragie, dont il faut déterminer l'origine anatomique et étiologique afin d'en traiter d'une part les effets immédiats, d'autre part la lésion causale.

L'hématémèse se présente dans des conditions qui varient suivant la qualité et la quantité du sang vomi : flot de sang presque pur rendu subitement dans l'ulcère de l'estomac ou l'anévrisme de l'aorte, petites hématémèses noires, parfois minimes, de certains cancéreux ou cirrhotiques, tels sont les *deux types* extrêmes à côté desquels se placent les variétés moins caractéristiques d'hématémèses.

1° L'hématémèse survient souvent de façon tout inopinée, surprenant le malade en pleine santé : une sensation de lourdeur, de chaleur à l'épigastre, un malaise général, des bouffées congestives au visage ou plus souvent une pâleur immédiate, de l'angoisse, un goût de sang dans la bouche, et de suite le sang est abondamment vomi, tantôt d'un seul jet, tantôt avec efforts et quintes de toux. Le *sang est rutilant, liquide*, pur ou quelque peu mêlé d'aliments. Quand l'hémorragie s'est produite moins rapidement, le sang est en partie coagulé et les caillots rejetés, rouges ou noirs, peuvent être très volumineux. La couleur rouge du sang indique que l'hématémèse a suivi de près la gastrorrhagie, que le sang n'a pas séjourné dans l'estomac. Il est tout à fait exceptionnel (mis à part les cas de rupture d'anévrismes) que l'hématémèse soit assez abondante pour causer la mort immédiate. Par contre, les symptômes des grandes hémorragies sont fréquemment observés, surtout si l'hématémèse se répète deux ou trois fois de suite, comme il arrive souvent.

2° L'hématémèse n'est précédée et n'est accompagnée d'aucun trouble particulier : au milieu des mucosités et des aliments plus ou moins digérés que le malade a vomis, on voit surnager une poussière noirâtre que l'on a coutume de comparer à du *marc de café*, à de la *suie* délayée ; c'est un sang altéré par un contact prolongé avec le contenu de l'estomac. La quantité de sang rejeté de la sorte peut être considérable ; mais souvent elle est si minime que l'hématémèse passe inaperçue, si elle n'est recherchée. Passagères, ces hématémèses n'ont, par elles-mêmes, aucune gravité, tout en ayant une grosse importance diagnostique ; répétées, elles peuvent amener une anémie profonde.

D'une façon générale, la quantité de sang noir ou de sang rouge, liquide ou coagulé, vomi par le malade donne à chaque hématémèse son aspect particulier. Fait essentiel : hématémèses rouges, hématémèses noires, s'accompagnent presque toujours de *melæna*.

Tels sont, dans l'ensemble, les caractères de l'hématémèse

Diagnostic. — Bien qu'il paraisse assez simple d'en faire le diagnostic et s'il est des cas où la présence du sang est trop évidente pour qu'il y ait hésitation, il en est d'autres plus embarrassants où il faut savoir reconnaître la présence du sang, d'autres où il faut savoir distinguer le sang des diverses substances qui peuvent prêter à confusion (en particulier les *vomissements noirs biliaires*).

Pour affirmer la présence du sang, on se base sur les résultats fournis par l'examen microscopique, spectroscopique et chimique des matières vomies [V. INTESTINALES (HÉMORRAGIES)].

Avant de porter le diagnostic d'hématémèse, il est encore nécessaire d'éliminer quelques causes d'erreur : il suffit d'un rapide examen local, qu'il s'agisse d'hémorragies pharyngées, d'hémorragies buccales ou nasales dégluties puis rejetées ainsi qu'il arrive particulièrement chez l'enfant pendant le sommeil ; la *pituite hémorragique* (v. c. m.) survient dans des conditions et avec des caractères particuliers ; quant à l'hémoptysie (v. c. m.) elle peut être, en tant que symptôme isolé, fort difficile à distinguer de l'hématémèse, car, d'une part, l'hématémèse provoque souvent la toux et, d'autre part, l'hémoptysie peut être suivie de vomissements ou seulement de nausées autorisant le malade à dire qu'il a vomi le sang. Mais le passé pathologique du malade, les signes concomitants, gastriques dans le cas d'hématémèse, thoraciques dans le cas d'hémoptysie, donneront les éléments nécessaires au diagnostic.

Variétés étiologiques. — Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade qui a ou qui vient d'avoir une hématémèse, on songe tout de suite à attribuer ce symptôme à un *cancer* si l'hématémèse est noire, à un *ulcus* si l'hématémèse est rouge et abondante. Ce sont bien là, en effet, les deux maladies qui causent le plus souvent l'hématémèse ; mais s'il est légitime, dans la recherche du diagnostic, de rapprocher l'hématémèse rouge de l'ulcus et l'hématémèse noire du cancer, il ne faut pas oublier que cette règle générale est loin d'être absolue. L'ulcus, aussi bien que le cancer, se permet tous les types de vomissements hémorragiques.

L'hématémèse noire du cancer de l'estomac est souvent peu considérable, parfois minime ; mais elle peut se répéter avec une fréquence inquiétante. Il en est généralement ainsi parce que l'hémorragie a pour point de départ de petits vaisseaux qui saignent peu, mais souvent. Que l'ulcération cancéreuse ouvre une artériole importante et l'hématémèse rouge pourra se produire, analogue à celle que l'on a coutume d'attribuer à l'ulcus. Alors, plus que jamais, il est nécessaire, pour établir un diagnostic, de se fonder sur les signes propres au cancer (anorexie, amaigrissement, vomissements répétés, hypochlorhydrie, teinte jaune paille, tumeur gastrique, etc.).

C'est d'ailleurs à l'aide de ces mêmes symptômes que l'on peut différencier l'hématémèse noire cancéreuse des hématémèses noires observées parfois dans le cours de la *gastrite chronique* (*gastrite alcoolique* surtout). Le *cancer du duodénum (parapylorique)* reste d'un diagnostic fort embarrassant. Les *érosions hémorragiques* (emboliques ou thrombotiques) qui parsèment souvent l'estomac dans l'*asystolie*, la *tuberculose*, la *cirrhose du foie* et d'une façon générale dans toutes les *cachexies*, donnent lieu également à des hématémèses noires, d'abondance très variable ; mais ces hématémèses ne repré-

sentent d'habitude qu'un épisode dans le cours d'une maladie déjà reconnue.

La plupart des autres causes d'hématémèse, provoquant de préférence des vomissements de sang rouge, nous les grouperons autour de l'hématémèse rouge de l'ulcus.

L'hématémèse rouge de l'ulcère de l'estomac, parfois annoncée par une exacerbation des douleurs, apparaît en général 3 à 4 heures après le repas. Ce vomissement de sang, qui souvent vient confirmer ou imposer le diagnostic d'ulcus seulement soupçonné jusque-là, peut être unique; mais il n'est pas rare de le voir se répéter 2 ou 3 fois dans les 24 heures, pour ne plus se reproduire de sitôt. Le pronostic des hématémèses de l'ulcère, bien que toujours grave, varie avec l'importance de l'hémorragie et l'état général du malade: le retour rapide à la santé (6 à 7 semaines) est presque la règle et il est tout à fait exceptionnel qu'une première hématémèse d'ulcus soit immédiatement mortelle.

L'ulcère du duodénum donne lieu parfois à des hématémèses de même caractère; mais ici le melæna est plus important encore que dans l'ulcus gastrique. Le siège de la douleur à droite de la ligne médiane, l'existence d'un syndrome de Reichmann peuvent aider à localiser l'ulcère.

Parmi les causes plus rares d'hématémèses, nous ne ferons que signaler les autres lésions inflammatoires et ulcéreuses de la paroi de l'estomac (*exulceratio simplex*, *ulcère syphilitique*, *ulcérations tuberculeuses*, *ulcérations typhiques*) et de l'œsophage (*cancer de l'œsophage*). Les ulcérations produites par l'ingestion de substances caustiques provoquent tantôt une hématémèse immédiate, tantôt une hématémèse correspondant à la chute des escarres.

Les anévrismes miliaires des artérioles de la muqueuse gastrique, les varices des veines de l'estomac et de l'œsophage si fréquentes dans les cirrhoses ont pu déterminer quelquefois des hématémèses foudroyantes. Ces hématémèses sont la règle quand un gros anévrisme de l'aorte s'ouvre dans la cavité gastrique.

Une place spéciale doit être réservée aux affections hépatiques. Elles sont presque toutes susceptibles de provoquer des hématémèses. Chaque fois que la circulation porte est entravée, qu'il y a hypertension portale, l'hématémèse est un accident à craindre; sa pathogénie est variable (varices, érosions, congestions). Au premier plan: les cirrhoses alcooliques (hypertrophique et atrophique), affections dans le cours desquelles l'hématémèse se produit souvent dès la période préascitique et parfois très abondante, les tumeurs du foie, la pyléphlébite, etc.

Diverses maladies générales hémorragipares (infectieuses ou toxiques) peuvent se compliquer d'hématémèse (*scorbut*, *purpura*, *variolo hémorragique*, *ictère grave*, *endocardite infectieuse*, *peste*, *fièvre jaune*, etc., *intoxication phosphorée* et *arsenicale*). Dans ces cas, l'hématémèse, incident important au point de vue du pronostic, est d'un diagnostic étiologique facile.

Le diagnostic étiologique paraît encore aisé quand l'hématémèse survient après un traumatisme stomacal. Il s'impose effectivement en bien des cas: mais il arrive que le traumatisme provoque une hématémèse ou même des hématémèses de nature hystérique, dont le diagnostic peut être fort délicat. La légèreté du traumatisme en cause, la persistance fréquente de ces hématémèses

en dépit de tout traitement, l'atteinte minime de l'état général malgré leur abondance et surtout l'existence de stigmates hystériques permettront de porter un diagnostic ferme. Ce sont là, en effet, les caractères habituels des hématémèses hystériques, quelle qu'ait été la nature de l'émotion qui a déterminé leur apparition. On a parfois attribué à l'hystérie les hématémèses supplémentaires de certaines femmes et les hématémèses que l'on observe de temps à autre chez les tabétiques sujets aux crises gastriques.

En somme, à côté du cancer et de l'ulcère, se placent en seconde ligne deux causes fort importantes d'hématémèses: les maladies du foie (en particulier les cirrhoses alcooliques) et l'hystérie.

Traitement. — Le traitement est presque toujours médical; en de rares occasions il est chirurgical.

Le **Traitement médical** comprend deux indications fondamentales: le repos et l'usage de moyens hémostatiques. En cas de grave hématémèse, il est nécessaire de mettre le malade au repos le plus absolu, immobilisé au lit dans le décubitus dorsal. Un sac de glace sur l'épigastre contribuera, outre son rôle hémostatique, à maintenir le malade au repos; boules d'eau chaude aux pieds. L'alimentation doit être complètement suspendue, de manière à immobiliser dans la mesure du possible l'estomac lui-même. On ne permet que quelques rares cuillerées d'eau ou de solution de chlorure de calcium et quelques petits morceaux de glace à avaler sans les sucer. Cette suppression complète de toute alimentation doit durer deux jours. On a recours ensuite aux lavements alimentaires, aux injections de petites quantités de sérum artificiel qu'on peut d'ailleurs utiliser en même temps que les lavements. L'usage des lavements alimentaires doit être prolongé le plus longtemps possible et l'on ne fera reprendre l'alimentation buccale (alimentation liquide) que 6 à 15 jours (Mathieu) après l'hématémèse; le plus tard sera le mieux.

Les injections de morphine ou l'extrait thébaïque en pilules de 1 centigr. prises toutes les heures (de manière à atteindre la dose de 10 à 12 centigr.) et le laudanum dans les lavements alimentaires contribueront aussi à immobiliser le tube digestif, tout en donnant au malade un calme général absolument nécessaire.

À côté de ces prescriptions essentielles qui constituent la base du traitement de l'hématémèse, il est bon d'utiliser quelques moyens hémostatiques (outre la glace et l'opium): 2 ou 3 fois par jour, grands lavements d'eau bouillie à 50°, ergotine en potion ou ergotinine en injections, chlorure de calcium (2 à 3 gr. en solution); au besoin on pourrait encore employer le perchlorure de fer ou l'eau de Rabel en potion.

Si l'hématémèse est assez violente pour mettre en danger la vie du malade, tout de suite ligature des membres et prescriptions sus-indiquées.

Lors de petites hématémèses rouges, il est toujours sage d'instituer un régime très sévère.

Contre les hématémèses noires les mêmes prescriptions pourront être utilisées, mais ces hématémèses seront surtout justiciables du traitement de leur cause même.

Le **Traitement chirurgical** ne peut être appliqué qu'aux hémorragies de l'ulcus gastrique et de l'exulceratio simplex; l'opération est indiquée en cas d'hémorragies répétées, abondantes et ne cédant pas au traitement médical

(hémotase directe sur l'ulcère). Dans les hémorragies chroniques et dans les hémorragies graves qui, après avoir cédé au traitement médical, reviennent dès que l'on modifie le régime alimentaire du malade, la gastro-entérostomie est, s'il s'agit d'un ulcère de la région pylorique, l'opération qui s'impose.

Traitement de la cause. — [V. ESTOMAC (CANCER, ULCÈRE)]. A. BAUER.

HÉMATIDROSE. — V. SUDORAUX (TROUBLES).

HÉMATOCÈLE PELVIENNE. — On désignait jadis sous le nom d'*hémato-cèle péri-utérine, rétro-utérine, hématocèle pelvienne*, une affection caractérisée par l'accumulation et l'enkystement d'une certaine quantité de sang dans l'intérieur du bassin, et en particulier dans le Douglas. Nous savons aujourd'hui que ce sang provient pour ainsi dire toujours de la même cause, la rupture ou l'interruption d'une grossesse tubaire. Il est donc nécessaire d'étendre un peu ce terme d'hématocèle et de décrire sous ce nom les hémorragies intra-péritonéales consécutives à la rupture d'une grossesse ectopique ou à l'avortement tubaire, que ces hémorragies soient *diffuses* ou qu'elles soient *enkystées*. L'enkystement qui permet aux caillots sanguins de constituer dans le bassin une véritable tumeur est, en réalité, un phénomène secondaire. L'accident principal c'est l'hémorragie.

Lorsque la trompe distendue par un œuf qui s'accroît de jour en jour s'est rompue, ou lorsque, par suite du décollement de l'œuf, il se produit un avortement tubaire (V. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE), le sang coule dans le ventre. Suivant l'importance des vaisseaux déchirés, l'hémorragie est plus ou moins abondante. Elle peut même devenir rapidement mortelle. Lorsqu'elle est copieuse, au point d'atteindre deux, trois, quatre litres et davantage, elle se répand dans le péritoine, remontant plus ou moins haut, quelquefois jusque dans la région épigastrique, et se dédouble en liquide séro-sanguinolent, qui est en partie résorbé, et en caillots dont les masses abondantes remplissent le bassin et s'infiltrant dans les anses intestinales. L'embryon plus ou moins volumineux est souvent retrouvé dans les caillots, car ces grandes hémorragies restent *diffuses*.

Au contraire, lorsque l'hémorragie est moins abondante, le sang se collecte dans le cul-de-sac de Douglas et la réaction péritonéale détermine la production de fausses membranes qui isolent les caillots et constituent ainsi au fond du bassin une poche remplie de sang plus ou moins altéré, mais le plus souvent de caillots épais et noirâtres. La déclivité naturelle fait que cette collection sanguine siège presque toujours dans le Douglas. C'est l'*hématocèle rétro-utérine* (fig. 115). Mais quelquefois, en particulier à la suite de l'oblitération du Douglas par les adhérences, elle peut siéger en avant de l'utérus et donner lieu à une *hématocèle ante-utérine*. Les débris embryonnaires peuvent également, bien que moins fréquemment, être retrouvés dans l'hématocèle enkystée.

Dans quelques cas très rares, la rupture tubaire peut se faire entre les deux feuillettes du ligament large qui constituent à la trompe un véritable méso. Le sang coule alors hors du péritoine, dans le tissu cellulaire du ligament large. C'est l'*hématocèle extra-péritonéale* qui peut infiltrer tous les espaces cellulaires du bassin.

Symptôme et diagnostic. — Rien n'est plus brutal, ni plus caracté-

ristique que le début d'une hématocèle diffuse. La rupture a presque toujours lieu dans les trois premiers mois, au moment de la première et surtout de la seconde poussée congestive qui tient lieu de règles absentes. La malade, en pleine santé, est prise d'une douleur violente qui siège dans le bas-ventre avec prédominance ordinaire dans un des côtés. Cette douleur peut être assez forte pour arracher des cris et provoquer une syncope.

Dans les cas les plus graves, les signes d'une hémorragie interne se manifestent (pâleur, petitesse du pouls, sueurs froides, etc.), et la malade peut être emportée en quelques heures d'une façon presque foudroyante, c'est l'*hématocèle catachysmique*.

Mais souvent après les phénomènes graves qui marquent la rupture tubaire, l'état semble s'améliorer et la malade reprend connaissance. Si l'on n'intervient pas et que l'hémorragie continue avec une certaine lenteur, la situation s'aggrave de nouveau peu à peu et la malade peut succomber en deux ou trois jours. Mais plus souvent peut-être, lorsque la rupture n'intéresse pas de gros vaisseaux, l'hémorragie s'arrête spontanément et c'est alors qu'on assiste à l'enkystement des caillots et à la production d'une tumeur intra-pelvienne, qui constitue l'hématocèle proprement dite.

Dans l'*hématocèle diffuse* les signes physiques sont à peu près nuls. Parfois, lorsque l'épanchement sanguin est considérable, on constate une matité dans les fosses iliaques. Mais le toucher vaginal ne donne rien, le liquide qui remplit le bassin fuyant sans résistance devant le doigt qui déprime les culs-de-sac vaginaux. Cependant le toucher permet d'apprécier les dimensions et la consistance de l'utérus, qui est augmenté de volume et dont le col est légèrement ramolli comme au début d'une grossesse normale.

C'est dans l'*hématocèle enkystée* que les signes objectifs ont beaucoup d'importance. On constate une tumeur presque toujours rétro-utérine, remplissant le cul-de-sac pelvien et remontant plus ou moins haut dans le bassin, quelquefois jusqu'à l'ombilic, de consistance variable, tendue et résistante ou quelque peu pâteuse, souvent assez douloureuse. L'utérus, comme dans la forme diffuse, est gros, et en général repoussé en avant, contre la symphyse. Il est parfois très difficile à isoler de la tumeur et fait absolument corps avec elle.

Tous ces signes physiques n'ont rien de caractéristique et c'est seulement par l'étude attentive des commémoratifs, du mode de début des accidents et

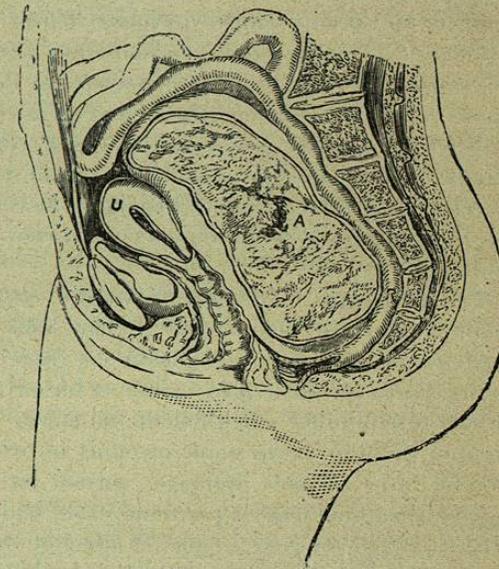


Fig. 115. — Hématocèle rétro-utérine.