

de leur évolution ultérieure que l'on peut reconnaître l'hématocèle. Lorsqu'une femme qui se croit enceinte ressent, vers l'époque de ses premières et surtout de ses deuxième règles absentes, une douleur violente dans le ventre, avec phénomènes généraux graves, et presque toujours hémorragie utérine et expulsion d'une caduque, il faut avant tout songer à la rupture tubaire, et l'on sera pour ainsi dire toujours dans le vrai. Les signes physiques et en particulier la tumeur rétro-utérine de l'hématocèle enkystée ne feront que confirmer une opinion qui doit être déjà fixée par un interrogatoire bien conduit.

L'hémorragie diffuse peut guérir totalement. Il en est de même de l'hématocèle enkystée. Le sang, puis les caillots se résorbent peu à peu, et il peut n'en rester aucune trace. Mais ordinairement les choses ne se passent pas aussi simplement. Il y a souvent des poussées infectieuses, l'hémorragie, arrêtée pendant un certain temps, quelques heures ou même quelques jours, peut reprendre et donner lieu à de nouveaux phénomènes généraux graves, et à l'accroissement de la tumeur pelvienne. Et ces poussées successives peuvent encore s'arrêter spontanément ou au contraire devenir de plus en plus graves.

La poche sanguine peut aussi s'infecter, soit directement par la cavité de la trompe, soit par quelque inoculation venant de l'intestin. Des phénomènes douloureux ou fébriles viennent témoigner de cette complication qui est quelquefois fort grave et le serait toujours s'il n'était en général assez facile de lutter contre elle.

Traitement. — Dans l'hématocèle diffuse, dans l'hémorragie intrapéritonéale, il est bien simple. Il faut, sans perdre un minute, aller arrêter l'hémorragie. Dès que le diagnostic est posé, ou simplement probable, il faut mettre la malade sur le plan incliné et lui ouvrir le ventre. Celui-ci est plein de caillots et de liquide sanguinolent; on enlève les caillots dans lesquels il n'est pas rare de trouver un embryon, puis on extirpe la trompe saignante et on referme, avec ou sans drainage, suivant les cas. Quand il y a beaucoup de liquide hémattique dans le péritoine, il est bon de laisser un drain. Cette opération est en général assez simple, et elle doit être aussi rapide que possible, car, dans ces hémorragies parfois formidables, les malades sont souvent exsangues, presque moribondes et hors d'état de supporter une opération de quelque durée.

Cette intervention donne tous les jours des résultats admirables et la mortalité par rupture tubaire et hémorragie diffuse, autrefois très grave et qui donnait 85 pour 100 de morts, donne aujourd'hui 85 pour 100 de guérisons.

Dans l'hématocèle enkystée, la conduite est plus délicate. Dans la forme légère, il n'y a qu'à mettre la malade au repos pour voir bien souvent la guérison survenir spontanément. Dans les cas plus sérieux, si la poche est bien limitée, si elle n'est pas le siège de poussées hémorragiques successives, si elle a fini de saigner, la *colpotomie* (v. c. m.) postérieure doit être recommandée, car elle donne tous les jours et à bien peu de frais des résultats admirables. Mais il ne faut la faire que lorsqu'on est certain que l'hémorragie est arrêtée, car le saignement d'une poche d'hématocèle ouverte dans le vagin peut entraîner des accidents graves, et nécessiter une laparotomie immédiate ou secondaire.

Mais si l'hémorragie n'est pas arrêtée ou si l'on a quelque doute sur le

diagnostic ou l'état des annexes, comme il arrive souvent dans des hématocèles anciennes, il faut ouvrir le ventre et agir directement.

Le gros danger de cette opération, c'est la blessure d'une anse intestinale. La poche artificielle qui contient les caillots est en effet constituée par des fausses membranes adhérentes aux intestins. Il ne faut pas songer à en séparer ces membranes, à énucléer cette poche hémattique qui n'est pas énucléable.

Presque fatalement, si l'on veut tenter de l'isoler, on verra se déchirer les parois de quelque anse grêle. Il ne faut dans ces conditions jamais tirer sur l'intestin. Il faut chercher un des points accessible de la poche, qui apparaît en général noirâtre à cause du sang qu'elle contient. Puis, la poche reconnue, l'ouvrir et la débarrasser des caillots qui l'encombrent.

Parfois les fausses membranes sont si épaisses et la physionomie de la région si modifiée, qu'il est impossible de reconnaître les annexes malades. On s'efforcera de le faire, cependant, en se repérant sur l'utérus. Et parfois on sera conduit, soit par nécessité technique, et pour arrêter un suintement sanguin grave, soit par suite de l'existence de lésions annexielles du côté opposé, à pratiquer l'*hystérectomie*. On sera parfois obligé de tamponner cette poche, de tous côtés saignante et déchirée.

En résumé, les hématocèles diffuses devront être traitées sur l'heure par la laparotomie.

Les hématocèles enkystées anciennes sans poussées hémorragiques remplissant le cul-de-sac de Douglas sont justiciables de la colpotomie.

Les hématocèles récentes mal enkystées, avec poussées successives et hémorragie probable, doivent être traitées par la laparotomie, qui seule permet de voir ce qu'il faut faire, tout ce qu'il faut faire, et de l'exécuter facilement.

Les hématocèles enkystées, compliquées de suppuration, seront ouvertes et drainées par *colpotomie*.

J.-L. FAURE.

HÉMATOCÈLE VAGINALE. — *Pachyvaginalite.* — L'expression d'« hématocèle vaginale » devrait théoriquement servir à désigner tout épanchement sanguin de la cavité vaginale, qu'il fût d'ordre traumatique ou d'ordre pathologique. L'usage a fait dévier l'« hématocèle » de sa signification première. En fait, les épanchements traumatiques ne sont pas localisés à la seule tunique séreuse, ils infiltrèrent toutes les enveloppes du testicule, ce sont plutôt des hématomes des bourses; leur étude rentre dans la catégorie des contusions du scrotum.

On réserve le nom d'hématocèle aux épanchements sanguins pathologiques liés à des altérations de la vaginale; ils sont fonction de pachyvaginalite. Comme ils ne sont souvent qu'un stade tardif dans l'évolution de cette pachyvaginalite, il est logique et surtout clinique de désigner, par extension, sous le terme impropre d'hématocèle, toute pachyvaginalite avec épanchement.

Entre l'hydrocèle ou vaginalite chronique et l'hématocèle ou pachyvaginalite il n'existe qu'une différence de degré ou plutôt une différence d'âge. On peut dire que toute vaginalite séreuse tend naturellement à passer à l'état de pachyvaginalite. Cependant l'âge de la vaginalite n'est pas tout; certaines hydrocèles se transforment rapidement en pachyvaginalites, alors que d'autres conservent presque indéfiniment leur paroi souple et leur liquide citrin; certaines hématocèles semblent pour ainsi dire apparaître d'emblée; peut-être la nature

de l'infection vaginale, tuberculose, syphilis, joue-t-elle là un rôle encore mal connu ? A l'heure actuelle le rôle des chocs répétés, des efforts violents, est le seul qu'on puisse invoquer avec quelque certitude pour expliquer l'accroissement de l'hématocèle, sinon son apparition.

Le contenu de l'hématocèle est tantôt du sang, caillots gelée de groseille, tantôt un liquide sanguinolent brunâtre, tantôt un liquide plus clair, se rapprochant de la teinte du liquide de l'hydrocèle et dans lequel miroitent souvent des paillettes de cholestérine.

La poche une fois vide est irrégulière, tomenteuse, tapissée de néo-membranes, infiltrée de plaques hémorragiques ; son aspect ne rappelle plus en rien la paroi lisse de la cavité vaginale, c'est que celle-ci a disparu sous l'apposition successive de lames de fibrine ; ainsi son épaisseur peu à peu s'accroît. L'organisation de chaque lame suit de peu son apparition, des vaisseaux l'infiltrent, venus de

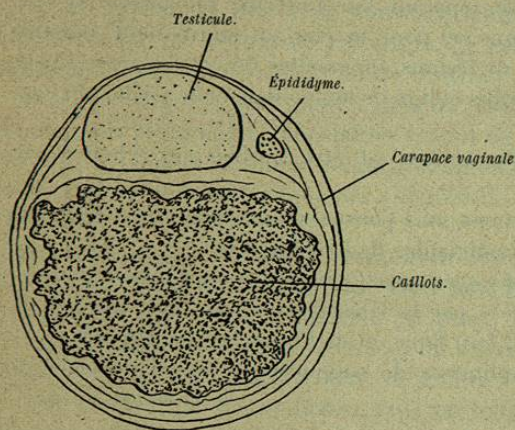


Fig. 116. — Coupe transversale d'une hématocèle.

la paroi, vaisseaux fragiles, prêts à se rompre, prêts à accroître la quantité de sang contenu dans la cavité et à fournir pour la construction d'un nouvel étage de la paroi une nouvelle provision de fibrine ; dans certaines hématocèles très vieilles, la paroi infiltrée de sels calcaires forme une véritable carapace.

Au niveau des culs-de-sac de la vaginale, les deux feuillets tendent à s'accoler ; le cul-de-sac sous-épididymaire se comble, l'épididyme finit par être englobé sous un bloc de

tissus pathologiques, le testicule s'aplatit et s'atrophie à son tour, il s'incruste dans la paroi, finit par faire corps avec celle-ci, ne forme plus aucun relief à la surface de la poche, si bien qu'il devient très difficilement reconnaissable.

Ainsi l'hématocèle aboutit à la suppression fonctionnelle du testicule.

Symptômes. — Pas de douleurs, quelques tiraillements, c'est simplement une gêne mécanique. Quelques sujets porteurs d'une hydrocèle qu'ils connaissent, s'inquiètent de la dureté progressive de leur tumeur, ou de son accroissement brusque par poussées.

Les signes physiques diffèrent suivant que la poche, souple encore, permet de déceler la fluctuation du liquide sous-jacent, ou qu'au contraire la poche indurée forme une coque résistante, donnant tout à fait l'apparence d'une tumeur solide.

Dans le premier cas, l'hématocèle ne diffère de l'hydrocèle vulgaire que par son absence de transparence. Pyriforme à grosse extrémité inférieure, elle offre une surface tout à fait lisse, englobant le testicule, dont seule la sensibilité spéciale à la pression permet de déceler l'existence à la partie postérieure et inférieur de la poche ; l'épididyme n'est pas appréciable ; la fluctuation est en

général moins « éclatante » que dans les poches minces d'hydrocèle et l'on conçoit tous les intermédiaires entre cette fluctuation nette encore et l'absence totale de fluctuation propre aux hématocèles à coque rigide.

Dans cette deuxième éventualité, l'aspect clinique est celui d'une tumeur solide. A mesure, nous l'avons vu, que les parois de l'hématocèle s'épaississent, la forme primitive de la cavité vaginale se modifie ; il s'ensuit qu'elle perd peu à peu son aspect pyriforme pour devenir assez régulièrement ovoïde. Les téguments sont normaux et mobiles à sa surface. A elle seule, cette tumeur solide remplit tout le scrotum, on ne distingue ni épидидyme, ni testicule, on n'obtient même pas, dans bien des cas, de sensibilité spéciale permettant de soupçonner la situation de ce dernier ; les éléments du cordon viennent se perdre insensiblement à la partie postéro-supérieure de la tumeur. La surface de celle-ci est lisse. La consistance est dure, sans élasticité, elle est partout égale ; pas de transparence, bien entendu.

La marche lente de l'hématocèle est coupée d'augmentations brusques de volume, parfois douloureuses ; elles répondent à la production d'hémorragies nouvelles, peuvent être spontanées, mais sont liées surtout à l'existence de menus traumatismes.

La rupture de l'hématocèle est rare ; sa suppuration, beaucoup moins ; elle peut survenir au cours d'une infection générale ; autrefois elle suivait volontiers une ponction insuffisamment aseptique. Chez certains vieillards, la suppuration prend le type gangreneux, il s'ensuit un phlegmon gangreneux du scrotum souvent mortel.

En dehors de toutes complications, l'hématocèle aboutit normalement à l'atrophie du testicule ; son pronostic fonctionnel est donc grave.

Diagnostic. — L'hématocèle à coque rigide, tumeur non transparente, non fluctuante, ne rappelle en rien une tumeur liquide ; elle est, en fait, une tumeur solide des bourses. Arrondie, ovoïde, elle simule les « gros testicules » néoplasiques ou syphilitiques, à un point tel que leur différenciation ne repose que sur des nuances.

La consistance de l'hématocèle lui est assez spéciale, elle résiste par sa coque, le gros testicule résiste par sa masse ; l'hématocèle présente une consistance partout égale, tandis que les gros testicules syphilitiques peuvent être irréguliers, incrustés de grains de plomb ; de même les gros testicules néoplasiques peuvent présenter par points des bosselures plus molles. On connaît cependant des hématocèles « diverticulaires » dont les diverticules plus mous peuvent être pris pour des bourgeons néoplasiques.

On ne peut rien conclure de l'indolence de la tumeur : elle existe dans l'hématocèle comme dans la syphilis. Il en est de même des augmentations brusques de volume ; on les rencontre dans les néoplasmes comme dans l'hématocèle.

Le pincement de la vaginale est au contraire un signe d'une réelle valeur. Les gros testicules sont en effet entourés par une vaginale souvent normale qu'on peut pincer à leur surface ; dans l'hématocèle, au contraire, le feuillet séreux est transformé en carapace ; impossible de le pincer ; mais que de gros testicules sur lesquels la vaginale adhérente est impossible à pincer !

J'attache une particulière importance au pincement de l'épididyme, les gros

testicules quels qu'ils soient sont surmontés par l'épididyme, la tête de l'épididyme tout au moins est très longtemps respectée; en la cherchant au pôle supérieur de la tumeur, on arrive à la pincer entre les doigts; au contraire dans les hématocèles il est toujours impossible de pincer l'épididyme, englobé qu'il est dans la vaginale.

Il n'empêche que malgré ces quelques artifices d'inégale valeur, le diagnostic des hématocèles *tumeurs solides* reste extrêmement délicat.

Il n'en va pas de même des hématocèles encore fluctuantes: leur absence de transparence les sépare des hydrocèles et de la plupart des tumeurs fluctuantes des bourses. Cependant, certains néoplasmes testiculaires particulièrement mous et gorgés de sang peuvent être fluctuants et prêter à confusion: le pincement de l'épididyme et de la vaginale pourront, là encore, éviter l'erreur.

De même quelques néoplasmes, recouverts par une légère lame d'hydrocèle, paraissent fluctuants, tout en restant opaques, mais on arrive, en déprimant la couche liquide, à sentir la tumeur testiculaire sous-jacente.

Quant aux lipomes du cordon qui peuvent englober le testicule et donner l'impression de la fluctuation, ils sont plus irréguliers que l'hématocèle et beaucoup plus rares d'ailleurs.

La ponction exploratrice n'est d'aucun secours pour le diagnostic, elle peut être nuisible, elle doit être rejetée.

Traitement. — Il existe un traitement préventif de l'hématocèle, c'est le traitement précoce de l'hydrocèle qui presque toujours la précède (V. HYDROCÈLE). Toute hématocèle, dès qu'elle est diagnostiquée, relève du traitement chirurgical au bistouri. Même pour les hématocèles à paroi encore souple la ponction avec injection modificatrice est une méthode insuffisante.

Il arrive que, malgré tout, le diagnostic soit hésitant entre une hématocèle, une syphilis du testicule et un cancer; on n'a pas le droit de traîner les choses en longueur et d'attendre la marche des événements. Si après six jours de traitement mercuriel intensif la tumeur n'a pas nettement diminué de volume, le chirurgien doit intervenir, le premier acte de son intervention étant une incision exploratrice.

On n'entreprendra jamais l'opération d'une hématocèle avant d'avoir obtenu du patient l'autorisation de sacrifier le testicule, s'il est nécessaire.

L'opération de choix est la *résection de la vaginale*, à condition qu'elle soit possible.

Elle est facile quand la vaginale est encore souple, quand le testicule, l'épididyme, les éléments du cordon sont encore reconnaissables. Elle est délicate quand ces divers organes sont enfouis dans les fausses membranes d'une vaginale très épaisse. Elle peut devenir dangereuse par la section involontaire d'un de ces organes. Aussi importe-t-il d'inciser prudemment sur la tumeur, surtout si l'on n'est pas arrivé avant l'opération à déceler au moins à peu près la situation du testicule. Une fois dans la cavité, on cherche à s'orienter; si le testicule et l'épididyme sont encore reconnaissables, on n'a plus qu'à réséquer la poche au ras de ces deux organes, sans chercher à reconstituer au testicule une séreuse nouvelle, et en assurant par un surjet l'hémostase de la tranche vaginale.

Si les fausses membranes sont à ce point épaissies ou calcifiées qu'aucun élé-

ment normal ne soit plus reconnaissable, on peut essayer de les enlever par clivage en pratiquant une véritable *décortication*; une fois découvert le testicule point de repère, on réséquera les deux valves de la vaginale comme précédemment; cependant, l'état du testicule ainsi conservé est à ce point précaire que beaucoup de chirurgiens préfèrent en pareil cas, pratiquer immédiatement la castration.

Bien des fois, enfin, malgré son désir de conserver au malade un testicule au moins moral, le chirurgien sera conduit à pratiquer la castration quand même, si l'on peut appeler castration l'ablation complète d'une poche dans laquelle, même pièces en main, on n'arrive à reconnaître qu'avec peine ce qui reste du testicule.

MAURICE CHEVASSU.

HÉMATOCOLPOS. — L'hématocolpos désigne l'accumulation du sang menstruel dans le vagin par imperforation de l'hymen ou atrésie de la portion inférieure du canal vulvo-vaginal. La rétention sanguine dans l'utérus porte le nom d'*hématomètre*; celle des trompes, le nom d'*hématosalpinx*.

Le vagin, distendu, refoule et déplace les organes voisins. On a vu, dans certains cas, la tumeur remonter jusqu'à l'ombilic.

Les parois vaginales s'amincissent par places et peuvent même se rompre. D'autres fois, elles s'hypertrophient.

Dans les cas de vagin double, l'hématocolpos occupe l'un des canaux ou les deux à la fois.

Si l'atrésie correspond à la moitié inférieure du vagin, c'est la moitié supérieure qui est le siège de l'hématocolpos auquel le col de l'utérus et l'utérus lui-même participent à la longue.

Abandonné à lui-même, l'hématocolpos n'a aucune tendance à la résorption. Il peut s'ouvrir au dehors par rupture de l'hymen ou de la paroi qui cloisonne le vagin. D'autres fois, la rupture se fait dans les grandes lèvres, d'où la formation d'un thrombus. Enfin, la collection peut s'infecter et suppurer.

Ces complications, la rupture et l'infection, sont loin d'être aussi graves pour l'hématocolpos que pour l'hématomètre et surtout pour l'hématosalpinx.

Le **traitement**, en cas d'atrésie ou d'imperforation de l'hymen, consiste dans l'*incision* de cette membrane, incision qui sera petite, de façon à ce que l'évacuation se fasse lentement et que les parois aient le temps de revenir sur elles-mêmes.

Si l'hématocolpos est partiel par suite d'atrésie de la moitié inférieure du vagin, le traitement de choix consiste à créer un vagin artificiel, ce qui assure en même temps l'évacuation du sang. Plus tard, on cherchera à assurer la continuité du vagin avec la poche et à prévenir la rétraction cicatricielle.

KENDIRDJY.

HÉMATIMÈTRE, HÉMATIMÉTRIE. — V. SANG (EXAMEN).

HÉMATOME. — V. TUMEURS EN GÉNÉRAL, ORBITE, OREILLE, etc. V. aussi NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE).

HÉMATOMÈTRE. — C'est l'accumulation du sang dans la cavité utérine à la suite de l'oblitération congénitale ou acquise de l'orifice du col. Lorsqu'il s'agit

d'une oblitération congénitale, l'accumulation commence à la puberté. Au moment des premières règles, il y a des douleurs plus ou moins vives, mais aucun écoulement sanguin. Il en est de même aux règles suivantes. Les douleurs vont s'accroissant et peuvent prendre un caractère permanent. En même temps se constitue une tumeur utérine, dont le volume devient considérable, et qui pourra ultérieurement s'infecter ou se rompre en entraînant des accidents graves. Un examen local très attentif, qui fera reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus et l'oblitération du col, permettra de faire le diagnostic.

Il n'y a qu'un *traitement*. C'est la création ou le rétablissement de l'orifice cervical par une incision appropriée. [V. UTÉRUS (ATRESIE DU COL).] J.-L. FAURE.

HÉMATOMYÉLIE. — L'hématomyélie est l'hémorragie de la moelle. Le sang s'épanche le plus souvent au niveau du segment postérieur médullaire, substance grise postérieure, cordons blancs postérieurs. Il a une grande tendance, à fuser jusqu'au canal épendymaire (J. Lépine).

L'hématomyélie est à opposer à l'hématorachis. Dans l'hématorachis, en effet, l'épanchement sanguin n'est pas intra-médullaire : il reste immédiatement extra-médullaire, se cantonnant au sac arachnoïdo-pié-mérien, aux feuillets dure-mériens, à l'espace épidual.

Étiologie. — Selon que le raptus hémorragique se produit au cours d'une maladie confirmée de la moelle ou en tissu médullaire apparemment sain (au moins cliniquement), on dit que l'hématomyélie est *secondaire* ou *primitive*.

L'hématomyélie *secondaire* a été signalée dans l'évolution des différentes variétés de myélites ; myélites aiguës, chroniques, méningo-myélites de nature diverse ; notons également la part de la syringomyélie (Brissaud) dans la genèse de cette affection.

Les hématomyélies *primitives* peuvent être soit *spontanées*, soit *traumatiques*. Les *spontanées* sont évidemment précédées d'une friabilité particulière des vaisseaux spinaux, mais friabilité tout histologique, non décelable cliniquement, et c'est au cours d'un état médullaire, en apparence parfait, que la maladie se déclare. Les causes occasionnelles sont un effort brusque, le coït, un excès de marche, une quinte de toux violente, etc.) Les *traumatiques* sont dues à une action directe, coup, chute, fracture, luxation, ou à une action indirecte, élongation de la moelle, élongation des racines, surtout chez les nouveau-nés, par manœuvres externes au moment de l'accouchement, application de forceps, flexions exagérées de la tête, tractions vives sur les membres, principalement sur les membres supérieurs.

Une cause plus singulière d'hématomyélie est celle que crée, pour ainsi dire, expérimentalement la *décompression*. Tous les appareils, en effet (scaphandres, caissons, caisses à plongeurs), dans lesquels le sujet est soumis à une pression atmosphérique considérable, sont susceptibles d'occasionner de graves accidents nerveux, au cours d'une décompression trop brusque (P. Bert, Lépine, Boinet). Ces hématomyélies sont dues soit à l'ischémie et au ramollissement médullaire par embolie gazeuse, soit au dégagement *in situ* de gaz dissous dans les vaisseaux spinaux eux-mêmes, soit encore au refoulement brusque et très abondant

du sang abdominal vers la moelle, sous l'influence de la distension gazeuse intestinale.

Lésions. — La substance grise, plus vascularisée que la substance blanche, est le lieu de prédilection des hémorragies médullaires. En règle générale, la substance grise est détruite au niveau de la colonne de Clarke (cornes postérieures) et de la commissure grise postérieure. De telles hémorragies se développent surtout en hauteur, se présentant sous la forme tubulaire fusiforme, et sont réparties parfois comme en une série de districts séparés et allongés verticalement.

Quand les lésions ont le temps d'évoluer, le ramollissement blanc fera suite au ramollissement rouge, puis se succèdent l'état lacunaire jaunâtre avec hématoïdine, enfin l'état lacunaire kystique avec ses conséquences : dégénérescence ascendante (cordons postérieurs, faisceaux cérébelleux, etc.) et descendante (faisceaux pyramidaux).

Cet ancien foyer hémorragique médullaire peut-il encore, en tant que cause constante d'irritation pour la névroglie, susciter, provoquer un processus de gliose ? Cette question n'a reçu aucune sanction définitive. Cependant Brissaud tient cette hypothèse pour vraisemblable, il s'agirait même dans ce cas de *gliose légitime*, de vraie syringomyélie se déclarant ultérieurement. Pour d'autres auteurs, un processus de *fausse gliose* serait à invoquer.

Symptômes. — Le début de l'hématomyélie *secondaire* passe souvent inaperçu au milieu des autres signes de myélite, méningo-myélite, etc., dont l'hémorragie médullaire, en général, légère, n'est qu'un épisode.

L'hématomyélie *primitive*, traumatique ou par décompression, a un début instantané ou à peu près instantané. La paraplégie est brusque et associée à une anesthésie correspondante (V. MOELLE, COMPRESSIONS), pour le tableau clinique de ces paraplégies.

Évolution. — La terminaison fatale dépend de l'abondance de l'hémorragie et de sa localisation à la moelle cervicale, près de la région bulbaire. Dans les autres cas, l'amélioration est le plus souvent la règle. A la paraplégie flaccide du début (shok inhibitoire) fait place un certain état spasmodique (dégénérescence pyramidale) et le sujet recouvre en partie la liberté relative de ses membres inférieurs. La guérison peut chez certains sujets même être complète.

Formes. — L'hématomyélie *centrale* (Minor) se traduit par des symptômes moteurs peu accusés et par des signes sensitifs importants et durables. La dissociation sensitive syringomyélique y est à peu près constante.

Les hématomyélies avec *syndrome de Brown-Sequard* [V. MOELLE (COMPRESSIONS)], sont limitées à une moitié de la moelle.

Les hématomyélies *lombaire* et *cervicale* sont les plus fréquentes. Celles-ci s'accompagnent fréquemment de troubles oculo-pupillaires (myosis, exophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale) dus à la destruction des cellules d'origine du sympathique cervical. Également les muscles des mains s'*atrophient* rapidement (atrophie du type Aran-Duchenne).

Traitement. — Il faut à tout prix immobiliser le malade, lui éviter le moindre mouvement, heurt ou secousse, tout ce qui peut en un mot être l'occasion d'une hémorragie nouvelle. « Je crois que l'emploi de la gouttière de Bonnet, est, en présence de pareils accidents, le procédé de choix » (Brissaud).