pation. — Il y a des auteurs qui prétendent avoir senti dans l'hématome la crépitation de caillots sanguins récents; quant à moi, je n'ai jamais observé cette crépitation d'une façon assez certaine pour en faire un symptôme.

D'autres manifestations seront le résultat de l'étendue de l'épanchement et du travail de régression. Au cours de la résorption, la tumeur s'épaissira et se durcira pour s'atrophier et disparaître. Cette disparition dépend du volume de l'hématome et demande de un à trois ou quatre mois et plus.

Si la poche se rompt librement dans la cavité abdominale, l'état devient plus grave. Il se produit un nouveau collapsus qui peut devenir mortel; ou bien des alternatives debien et de mal sont suivies d'une convalescence très lente, à moins qu'il ne survienne des accidents péritonéaux sérieux. La rupture sans perforation de la séreuse, la suppuration et la fonte de la tumeur déterminent les symptômes propres à ces processus morbides.

Le ***diagnostic différentiel*** devra établir tout d'abord s'il s'agit d'une ***extravasation*** ou d'une ***exsudation***. Les exsudats se produisent habituellement d'une façon graduelle; ils sont précédés d'un état de maladie antérieur plus ou moins long; leur formation s'accompagne de frissons, d'augmentation de la température et de vives souffrances. Au contraire les ***extravasats*** se produisent subitement à la suite d'un traumatisme, et surtout en connexion avec la menstruation. L'exsudation est très fréquemment en rapport avec la grossesse et les couches, ce qui n'est pas du tout le cas de l'extravasation. Si les anamnestiques révèlent l'apparition soudaine du mal; si à la première exploration on constate une déviation particulière de la matrice, l'intégrité du cul-de-sac de Douglas et l'état apyrétique de la malade, on pourra diagnostiquer avec certitude l'existence d'un hématome. L'ère des difficultés ne commence que lorsque les commémoratifs font défaut et qu'on n'observe le mal qu'un certain temps déjà après son apparition. Dans ces cas il faudra tout d'abord rechercher si l'épanchement est intra ou extra-péritonéal. Dans les cas récents, il paraît que les changements de position imprimés à la femme donnent la clef du problème. Dans l'hématocèle, si elle est récente et non complètement enkystée, la tumeur disparaît derrière l'utérus, tandis

qu'elle reste immobile lorsqu'il s'agit d'un hématome. L'hématome extra-péritonéal n'est sensible à la pression qu'au début; l'hématocèle l'est toujours, grâce à la participation du péritoine au processus morbide. L'hématome est nettement limité à sa partie supérieure; l'hématocèle ne l'est qu'en cas d'adhérences pelviennes étendues. Le premier est presque toujours situé latéralement à la matrice; à sa partie inférieure, en raison même de son extension aux interstices du ligament large dans la cavité pelvienne sous-péritonéale, il présente des inégalités, des bosselures; quant à l'hématocèle, elle refoule le cul-de-sac vaginal postérieur en lui donnant la forme de la petite extrémité d'un œuf. Elle siège d'ailleurs directement derrière l'utérus, tandis que les hématomes sont presque toujours situés sur les côtés. Dans la marche ultérieure de l'hématome, les symptômes fébriles font absolument défaut, si la résorption se fait d'une façon typique. Certes la fièvre n'accompagne pas toujours les épanchements intrapéritonéaux de liquide sanguin; mais elle ne manque presque jamais dans les cas d'épanchements intrapéritonéaux d'autre nature et dans les exsudats périmétriques. Enfin les épanchements péri et paramétriques demeurent douloureux à la pression; au contraire les hématomes sont à peine sensibles.

Lorsque l'hématome est ancien et que la résorption ne s'est pas effectuée encore, on pourra facilement le confondre avec des ***tumeurs tubaires***, des ***myômes sous-péritonéaux*** ou des ***kystes intraligamenteux***. Cependant, malgré l'absence de commémoratifs, on trouvera toujours ou un trait d'union pédiculiforme entre la tumeur et l'utérus, un reste de trompe ou des traces d'une implantation spéciale dans le ligament large, qui permettront d'édifier le diagnostic différentiel. Malgré cela, je concède que l'erreur est facile dans ces cas, et la distinction possible seulement alors qu'on aura observé pendant quelque temps l'évolution de la tumeur.

Le ***pronostic*** est, en règle générale, absolument favorable, car, dans la grande majorité des cas, l'existence des hématomes est à peine reconnue. Les malades, une fois remises des premiers accidents, hésitent à recourir à l'assistance médicale, soit par indolence soit par pudeur; la convalescence, quoique lente, les dis-

pense du reste de réclamer ultérieurement les secours de l'art. Mais dans les cas graves que nous sommes à même d'observer, un traitement convenable vient généralement à bout du mal ; les morts subites sont rares et sont déterminées ou par l'exagération de la perte sanguine ou par la rupture de la poche dans la cavité abdominale ; le plus souvent ces derniers accidents produisent des phénomènes graves qui nécessitent l'intervention du praticien.

Le ***traitement*** consistera dans l'expectation pure et simple. On a vu des femmes se remettre de symptômes graves de collapsus, à l'aide de reconstituants, dès que l'épanchement sanguin s'arrête et lorsque des complications ultérieures ne viennent pas troubler la marche du travail de résorption. Il faudra toujours être très patient dans l'emploi d'un traitement destiné à hâter ce travail.

Dans un petit nombre de cas cependant, malgré un traitement approprié, les accidents augmentent de telle sorte et produisent un tel retentissement sur la santé générale, qu'ils nécessitent une intervention plus énergique. Cette intervention consiste la plupart du temps dans ***l'évacuation du contenu de l'hématome,*** soit par le vagin, soit par l'abdomen après laparatomie. L'évacuation par le vagin semble dès l'abord plus simple ; mais si l'on songe aux difficultés que l'on rencontre, dans ce cas, pour le décollement des lambeaux de tissu et des caillots sanguins, voués à la décomposition, qui recouvrent les parois de la poche ; si l'on tient compte de la facilité avec laquelle on s'expose aux hémorragies consécutives à la rupture de l'enveloppe séreuse et aux fusées purulentes dans les interstices déjà déchirés du ligament large, on hésitera à donner la préférence à la voie vaginale. Le procédé abdominal met à découvert le domaine entier de l'hématome, permet d'en traiter les parois suivant les circonstances et assure, de par l'ablation même d'une portion de la poche, une guérison plus rapide. Si la femme est bien préparée, la laparatomie n'offre que peu de danger. On peut, au besoin, en attirant l'intestin au dehors, découvrir complètement la poche sanguine, l'inciser à l'endroit que l'on juge le plus favorable et la vider, faire l'abrasion des parois, et surveiller toute hémorragie incidente ; veiller en outre, avec le secours du drainage vaginal, à l'évacuation des sécrétions à venir et clore enfin la poche à l'aide de la suture. Ce procédé, employé dans dix cas différents, ne m'a donné que des succès dans les neuf derniers cas.

BIBLIOTECA

Quoi qu'il en soit, l'intervention demeurera toujours l'exception dans le traitement de l'hématome extra-péritonéal (1).

3 — Néoplasmes du ligament large

Les plus fréquents parmi les ***néoplasmes du ligament large sont les tumeurs kystiques,*** dont l'origine n'est pas toujours facile à déterminer. Certaines d'entre elles prennent certainement naissance dans les canaux du parovarium (2) tapissés d'épithélium vibratile ; d'autres se développent dans les restes des corps de Wolff, dont on trouve la partie sexuelle sous forme d'étroits petits conduits, situés entre le parovarium et l'utérus (3).

Ces tumeurs sont généralement de petites dimensions ; elles présentent des parois minces, un contenu aqueux, transparent, qui ne contient que peu ou point d'albumine. Les kystes sont revêtus d'épithélium cylindrique, garni quelquefois de cils vibratiles. Ils peuvent atteindre la grosseur des tumeurs ovariques, mais le plus souvent leur volume est plus restreint. En se développant entre les feuillets du ligament large, ils refoulent naturellement les organes avoisinants et font remonter surtout très fortement les trompes de Fallope. Ils présentent cette particularité qu'aussitôt vidés, ils guérissent parfaitement (4).

On rencontre également dans le ligament large des tumeurs solides décrites sous le nom de ***myômes*** (5) ou de fibromyômes. Ces tumeurs n'ont aucun rapport avec l'utérus ; elles se développent entre les feuillets du ligament large, s'accroissent du côté

(1) Un autre procédé a été indiqué par Zweifel, *Arch. f. Gyn.* XXII. V. Gusserow, *Arch.* XXIX, p. 389.

(2) Fischel, *Arch. f. Gyn.* XVI.

(3) Waldeyer, *Eierstock u. Ei*, 1869, p. 142.

(4) Spencer Wells, *Diseases of the Ovaries*, 1872, p. 30 ; Schatz, *Arch. f. Gyn.*, IX. — Gusserow, *ibidem*, X, et Duplay, *Arch. génér.* 1882, II, p. 236.

(5) Virchow, *Tumeurs*, III, p. 221. — Saenger, *Arch. f. Gyn.* XVI.

de la cavité abdominale, où elles font saillie; ou bien elles se dirigent du côté du vagin, longent ce conduit et pénètrent ainsi jusqu'au niveau de la vulve, où alors on les opère (1). Dans certains cas très rares, elles se sont insinuées à travers la grande échancrure ischiatique.

Je ne possède pas de documents personnels relatifs à ces sortes de tumeurs solides du ligament large.

Il n'est pas très rare d'observer des ***kystes hydatiques*** (2) du plancher pelvien avec évacuation ***d'échinocoques***. Ces kystes peuvent avoir une influence très fâcheuse sur le bassin, surtout au moment de l'accouchement. Il est des cas où ils se vident par le rectum, la vessie ou le vagin ; la guérison spontanée est cependant très rare. Quoi qu'il en soit, s'ils sont accessibles, ils devront être enlevés.

(1) Stern, thèse de Berlin, 1876. — Schrœder, *Handb.* VII, p. 486.

(2) Schatz, *Beitr. der mecklenb. Aertzte zur Echinococcenkrankh.*, 1885 et Schrœder, *Handb.* VII, p. 487. — Düvelius, *Ges. f. Geb. u. Gyn.* Avril 1886 (observation de l'auteur).

VIII — Maladies du péritoine pelvien

1 — Périmétrite

Les phlegmasies des segments de séreuse qui tapissent les organes du petit bassin dépendent essentiellement des affections de ces organes eux-mêmes ; elles se rencontrent également dans le tableau symptomatique de la péritonite généralisée d'autre origine ; cependant, dans ces cas, ce sont les altérations du côté de l'appareil génital qui constituent le plus souvent le fait primitif. Ces affections sont généralement en rapport avec l'accouchement et la puerpéralité ; la septicémie puerpérale surtout donne naissance très souvent à ces péritonites circonscrites. Enfin la grossesse extra-utérine, dans toutes ses phases d'évolution, est encore une cause assez fréquente et grave d'inflammation péritonéale. Tandis que la périmétrite est un facteur étiologique très ordinaire de la grossesse extra-utérine, les poussées secondaires sont une des complications les plus sérieuses de l'évolution ultérieure de cette grossesse.

A part la périmétrite liée à la conception, nous observons encore ***l'inflammation du péritoine pelvien*** en connexion avec l'endométrite et la métrite aiguës ou chroniques, du moins dans les formes de ces affections qui ont de la tendance, soit à la période aiguë soit à la période chronique, à s'étendre au voisinage. Nous avons affaire alors à des ***processus catarrhaux considérés comme non infectieux;*** ils sont créés assez souvent par un traumatisme résultant soit de la masturbation soit d'une intervention gynécologique. L'infection gonorrhéique est une cause fréquente de périmétrite (1). Tous les états pathologiques qui s'accompa-

(1) Nöggerath, *loc. cit.* — Bumm, *Le microorganisme de l'inflammation gonorrhéique des muqueuses*, 1885.