

active à cette phase de l'hépatite interstitielle où l'élément connectif non encore organisé est susceptible de régression ou de résorption, contrairement à l'opinion soutenue par l'école allemande, peut être suivie de la disparition de l'ascite. Des faits probants ont été rapportés par Semmola, Leudet, Bouveret, Troisier. Un des premiers, Semmola, a montré que ce résultat pouvait être réalisé par le traitement ioduré à hautes doses. D'autres fois, cette terminaison favorable a été obtenue par des ponctions répétées (de Pradel, Carral, Ewald).

Enfin on a rapporté des cas de guérison par évacuation spontanée du liquide à travers la peau, dans l'intestin ou la vessie (B. Teissier).

Lorsque la terminaison doit être fatale, le ventre continue à augmenter de volume, l'hydropisie devient générale, la dyspnée s'accroît et les malades finissent par succomber dans le marasme.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'ascite est facile; nous ne reviendrons pas sur les signes caractéristiques de cette affection, mais une fois l'ascite constatée il importe de rechercher la cause qui l'a produite: c'est généralement par l'étude des conditions dans lesquelles l'ascite s'est développée et par l'examen attentif des organes que l'on arrive à cette notion si importante pour le pronostic et le traitement. Dans certains cas cette recherche doit être précédée de l'évacuation du liquide épanché.

Les *kystes de l'ovaire*, que l'on confond souvent avec l'hydropisie du péritoine, forment une saillie plus latérale et moins symétrique, une tumeur ovoïde à contours nets faisant proéminer l'abdomen au-dessus des pubis sans amener de dilatation de la base du thorax; ils sont moins fluctuants que l'ascite et peuvent se déplacer en totalité; lorsqu'on modifie la position des malades, la matité ne change ni de place ni de forme, elle est entourée dans tous les sens d'une zone de sonorité; le toucher vaginal montre que le kyste est en relation avec l'utérus; le contenu des kystes est épais et visqueux, trouble, jaunâtre; enfin les kystes ne s'accompagnent pas, habituellement, d'une altération aussi marquée de la santé générale que l'ascite.

La *péritonite chronique*, dans les cas rares où elle donne lieu à un épanchement abondant, se reconnaît à l'existence de nodosités et d'inégalités, d'empâtement diffus du péritoine, aux sym-

dépendance d'altérations alcooliques de ces veines, semblables à celles que Balzer, Duret et Hanot ont signalées dans les veines de l'estomac et du rectum chez les gens ayant abusé de l'alcool.

ptômes spéciaux à la phlegmasie (douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements, etc.). Le diagnostic est encore moins douteux lorsqu'il y a des antécédents tuberculeux.

L'ascite a pu être confondue avec la *grossesse*: la forme de l'utérus gravide, sa dureté, son inclinaison à droite, les bruits du cœur et les mouvements du fœtus, les signes fournis par le toucher, dissiperont bien vite l'erreur.

La *rétenion d'urine* est facile à distinguer de l'ascite puisque le cathétérisme suffit à faire disparaître la tumeur formée par la vessie distendue.

Les kystes qui ont leur point de départ dans le foie, le rein ou la rate se distinguent généralement par leur siège, leur fluctuation obscure et l'absence de tout déplacement. L'*œdème de la paroi abdominale*, qui coïncide le plus souvent avec un œdème semblable des jambes, du scrotum, etc., ne donne lieu qu'à une fausse fluctuation et ne s'accompagne pas de matité susceptible de déplacements.

TRAITEMENT. — L'ascite idiopathique, surtout lorsqu'elle survient chez des sujets robustes et antérieurement bien portants et qu'elle s'accompagne de symptômes aigus, doit être traitée par une légère émission sanguine, les vésicatoires répétés (Gintraç).

Dans les ascites qui tiennent à un obstacle mécanique à la circulation, c'est aux purgatifs drastiques et aux diurétiques qu'il faut avoir recours. Les diurétiques qui sont le plus fréquemment employés dans ce but sont les sels à base de potasse, le carbonate, l'acétate et surtout le nitrate, qui se donne à la dose de 4 à 10 grammes par jour et auquel on a rapporté un certain nombre de succès. On s'est servi également de la digitale et de la scille, soit à l'intérieur, soit en applications externes sur l'abdomen. Les purgatifs, et surtout les drastiques, trouvent leur application dans le traitement des ascites qui dépendent d'une affection cardiopulmonaire. Les sudorifiques ont aussi donné de bons résultats dans quelques cas (jaborandi, pilocarpine, bains d'air sec, acétate d'ammoniaque, poudre de Dower, etc.).

Lorsque l'ascite reconnaît pour cause un état hydrémique du sang, ou lorsque la longue durée de la maladie a amené la cachexie, outre l'indication des diurétiques, sudorifiques, etc., qui peut exister comme dans les autres formes, il faut avoir recours à une médication tonique et reconstituante et prescrire le fer, le quinquina, le sulfate de quinine, l'arsenic, l'extrait alcoolique de noix vomique (B. Teissier), etc.

Le *régime lacté* est indiqué dans les ascites qui dépendent d'une

affection du cœur ou des reins ou qui se sont développées spontanément; dans les autres formes et surtout dans l'ascite liée à la cirrhose du foie, la médication lactée échoue constamment (Jaccoud). C'est alors qu'il faut lui associer le traitement par l'iode de potassium à hautes doses. Si son usage doit être suivi de résultats avantageux, dès le huitième ou le dixième jour l'ascite diminue déjà d'une façon notoire (Semmola); dans le cas où le niveau du liquide reste stationnaire, c'est que la barrière hépatique n'est plus susceptible d'être vaincue.

Il importe encore de signaler comme traitement de l'ascite la *compression abdominale*, car ce moyen réussit parfois, alors que toutes les autres méthodes ont échoué. Velpeau, Bouillaud, Andral, Gintrac, lui ont accordé une certaine valeur, et récemment encore elle a donné plusieurs succès à S. Mackenzie. La compression est absolument contre-indiquée dans les cas où l'ascite dépend d'une gêne de la circulation porte; la compression aurait pour effet, dans ce cas, d'empêcher l'établissement de la circulation collatérale par les veines sous-cutanées abdominales.

Mais lorsque tous ces moyens ont échoué, c'est à la *paracentèse abdominale* qu'il faut avoir recours; la ponction est surtout indiquée lorsque l'abondance de l'épanchement amène des troubles respiratoires et entrave le fonctionnement normal du cœur. On pratique généralement la piqûre au milieu de la ligne qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic, en ayant soin d'éviter les veines sous-cutanées. Les ponctions répétées déterminent assez fréquemment des péritonites adhésives, des infiltrations séreuses, des érythèmes, etc., autour de la piqûre; il est bon de se servir d'un trocart de petit calibre, car une évacuation trop rapide du liquide de l'ascite peut donner lieu à des accidents et notamment à la syncope. Après avoir évacué le liquide ascitique, on pratiquera à l'aide d'ouate et d'un bandage de corps une légère compression sur l'abdomen afin de s'opposer autant que possible à la congestion des organes soustraits à la compression de l'ascite. L'application immédiate sur l'abdomen de la cuirasse collodionnée de Robert de Latour s'oppose très efficacement parfois à la reproduction rapide du liquide.

La paracentèse est le plus souvent un moyen purement palliatif, les cas de guérison auxquels elle a donné lieu sont encore restreints; aussi a-t-on songé à guérir l'ascite par des injections faites directement dans l'abdomen. C'est surtout à la teinture d'iode qu'on a eu recours et de nombreux auteurs ont vanté son efficacité (Dieulafoy, de Toulouse, Boinet, B. Teissier). B. Teissier

surtout, il y a plus de trente ans, a rapporté une série de succès obtenus grâce à cette intervention hardie, non seulement dans des cas d'ascite idiopathique, mais encore d'épanchement consécutif à la cirrhose du foie ou à des cardiopathies. Ces résultats ne sauraient nous surprendre, maintenant que nous savons que les fausses membranes de la péritonite adhésive concourent puissamment au rétablissement de la circulation porte (Kiernan, Delpeuch, voy. p. 939). Aussi nous semble-t-il que l'abandon où cette méthode est tombée depuis n'est peut-être pas justifié. De nouvelles tentatives seraient parfaitement légitimes.

BOULLAUD. Dict. de méd. et de ch. pr., 1823. — MONDIÈRE. Recherches sur la guérison spontanée de l'ascite et de l'anasarque (l'Expérience, t. VII). — TARRAL. Journal hebdomadaire, 1830. — B. TEISSIER. Gaz. méd. de Lyon, 1853. — PHILIPPEAUX. De la valeur des injections iodées dans les hydropisies ascites et de la méthode employée par M. TEISSIER pour en assurer l'inocuité (Bull. de thérap., 1853). — F. GANNAT. De l'hydropisie (Mém. de la Soc. de biol., 1857). — GOUZY, th. de Paris, 1861. — H. GINTRAC. Art. *Ascite*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr., 1865. — WASSE, th. de Montpellier, 1867. — BESNIER. Art. *Ascite*, in Dict. encyc. des sc. méd., 1867. — JACCOUD. Clinique médicale, 1867-1869. — STEVEKING. The Lancet, 1870. — I. STRAUS. Art. *Hydropisie*, in Nouv. Dict. de méd. et ch. pr., 1873. — LEUDET. Curabilité de l'ascite, in Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, 1874. — BROCHIN. Sur les hydropisies (Gaz. des hôp., 1874). — WINKEL, Deuts. Archiv. f. klin. Med., 1876. — S. MACKENZIE. The treatment of ascites by abdominal compression (Brit. med. Journ., 1878). — VAN GELDER. De l'ascite congénitale, th. de Paris, 1878. — JOUCLA. Revue médicale de Toulouse, 1878. — RACLE. Diagnostic médical, 6<sup>e</sup> édit., revue et augmentée par FERNET et STRAUS, 1878. — C. BROUSSE. Mécanisme de l'ascite et des hydropisies dans les maladies du cœur, th. de Paris, 1878. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Clin. thérapeutiq. — SEMMOLA. Bulletin de thérap., 1879. — L. BOUVERET. Ascite curable des alcooliques (Lyon méd., 1881). — DEBOVE. Recherches sur les épanchements chyloformes des cavités séreuses (Union médicale, 1881). — Madame PERRÉE. Épanchements chyloformes des cavités séreuses, th., Paris, 1881. — VEIL. Pathologie des ascites chyloformes, th., Paris, 1882. — BESSIVARD. Ascite hémorragique, th. de Paris, 1882. — BIAT. Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, th. de Paris, 1884. — M. LETULLE. Note sur un cas d'épanchement chyloforme du péritoine (Rev. de méd., 1884). — Du même. Nouvelle obs. d'épanchement chyloforme de l'abdomen chez un enfant (Rev. de méd., 1885). — LUTON. Du pseudo-tympanisme dans l'ascite (Un. méd. du Nord-Est, 1884). — E. DRUMMOND. De l'importance de la paracentèse précoce dans le traitement de l'ascite (The Practitioner, 1885). — TACKE. De l'ascite (Deutsche med. Woch., 1885). — R. TRIPIER. Sur le diagn. de l'ascite au moyen du toucher vaginal (Lyon méd., 1886). — P. CHÉRON. Sur l'ascite (Union méd., 1886). — TROISIÈRE. Discussion à la Soc. méd. des hôp., 1886. — STRAUS. Sur un cas d'ascite chyleuse (Arch. de phys., 1886). — FRANÇON. Étude sur les hépatites chroniques alco. et leur curabilité, th. de Lyon, 1888. — BAUMEL. Maladies du tube digestif et de ses annexes, 1889.

## HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

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

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

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

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

ÉTILOGIE. PATHOGENIE. — L'hématocèle est une affection relativement rare. D'après un relevé de soixante-quatorze observations dans lesquelles l'âge était indiqué, Poncet (de Lyon) donne l'âge de trente ans comme étant le plus favorable au développement de l'hématocèle péri-utérine. Il cite cependant un cas d'hématocèle à

terminaison fatale chez une jeune fille de treize ans non réglée.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les hémorragies ovariennes sont la cause la plus fréquente de l'hématocèle péri-utérine. Nélaton avait déjà fait remarquer que la rupture spontanée de la vésicule de Graaf s'accompagnait toujours d'un certain épanchement de sang, et avait admis que, dans les cas de migration anormale de l'ovule, d'adhérences de la trompe, etc., le sang pouvait tomber dans la cavité utérine, s'y enkyster et constituer l'hématocèle. Gallard, précisant encore davantage, démontra nettement que l'hématocèle devait être considérée comme une ponte extra-utérine, avec ou sans fécondation de l'ovule; la fécondation est cependant la règle, et le plus souvent on a affaire à de véritables grossesses extra-utérines,

comme semblent bien le prouver un certain nombre d'observations dans lesquelles des débris d'embryons ont été trouvés au milieu des caillots sanguins. L'hémorragie se rattache aussi, dans un certain nombre de cas, à une altération des ovaires, à l'inflammation aiguë ou chronique (Courty) et à la déchirure de kystes hématisés de l'ovaire (Denouvilliers, Voisin, Puech, Dock, etc.).

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

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

La quantité de sang épanché varie de quelques grammes à 1 kilogramme et même davantage. Tantôt le sang est fluide et rouge, tantôt brunâtre, épais et d'une consistance sirupeuse; il n'est pas rare de le trouver mélangé à un peu de sérosité sanieuse ou purulente provenant de l'irritation péritonéale.

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

Les déplacements de l'utérus diffèrent suivant la position occupée par l'hématocèle: le plus souvent ils dépendent plutôt des adhérences que de la tumeur elle-même. Les parois de l'utérus sont, en général, hypertrophiées et ramollies.

Lorsque la tumeur est volumineuse, elle peut déterminer, par compression, des lésions de voisinage, par exemple, la dilatation

des uretères et l'hydronéphrose (Dumontpallier et de Sinéty), l'étranglement intestinal par brides cicatricielles (Magnin), ou par compression (Prengreuber et Vicente).

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

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

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

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

La tumeur pelvienne est le symptôme le plus important de l'hématocèle utérine. Située à quelques centimètres de la vulve et enclavée dans le petit bassin où l'on ne peut lui imprimer aucun mouvement, cette tumeur est de forme arrondie, globuleuse, parfois un peu irrégulière, de consistance très variable, suivant son âge; molle, élastique, fluctuante au début, elle devient plus tard pâteuse et compacte et donne la sensation d'une tumeur solide; dans les périodes avancées, la tumeur offre parfois une consistance ligneuse ou cartilagineuse. La palpation permet quelquefois de constater une crépitation sanguine ou des battements

artériels; l'utérus est refoulé en avant, le col est dévié; le plus souvent (hématocèle rétro-utérine) le col est porté en avant, accolé au pubis ou légèrement dévié latéralement. Pour bien apprécier les caractères de la tumeur, il est bon de pratiquer le palper hypogastrique en même temps que le toucher vaginal.

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

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

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

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

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

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La *pelvi-péritonite* est l'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre l'hématocèle péri-utérine, les deux affections se développant souvent dans des conditions identiques et offrant un certain nombre de symptômes

communs. Le début de l'hématocèle est plus souvent marqué par une tendance aux lipothymies avec abaissement de la température que celui de la pelvi-péritonite qui s'accompagne de frissons et d'une fièvre parfois intense; la douleur de l'hématocèle est plus subite et plus aiguë que celle de la pelvi-péritonite; la tumeur de l'hématocèle se forme rapidement, elle est volumineuse et les variations de consistance qu'elle subit sont presque pathognomoniques: fluctuation, consistance pâteuse, dureté et résistance ligneuse et même cartilagineuse (Nélaton); la tumeur de la pelvi-péritonite est au contraire petite, douloureuse au toucher; résistante dès le début, elle ne devient fluctuante que tardivement, à la suite de la suppuration.

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

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

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

Il y a quelques années seulement les résultats fournis par ce traitement médical étaient considérés comme très satisfaisants; aussi avait-on depuis longtemps renoncé à l'emploi des moyens

chirurgicaux qui exposent à la suppuration de la poche, et comme conséquence aux péritonites et à la résorption purulente. C'est à peine si l'on autorisait la ponction aspiratrice, dans les cas d'hématocèle volumineuse et ancienne (Laroyenne, Cotelle). Aujourd'hui les progrès de l'antisepsie ont permis de sortir de cette réserve. Bien des chirurgiens, ceux de l'École de Lyon en particulier, estiment que l'hématocèle, si souvent liée d'ailleurs à l'évolution d'une pelvi-péritonite, est justiciable (comme ces épanchements latents masqués dans les masses dures péri-utérines et décrits par Laroyenne et Blanc) de l'ouverture avec le trocart, ou de l'incision vaginale et du lavage antiseptique. Cette pratique est couramment appliquée à la Charité de Lyon; et l'on emploie pour le lavage, afin de ne pas rompre les enveloppes de la poche souvent minces, une sonde à double courant servant à pousser une injection, qui arrive sous faible pression, d'un réservoir élevé seulement de 2 mètres (Laroyenne).

BOURDON. Mém. sur les tumeurs fluctuantes du bassin (Rev. méd., 1841). — BERNUTZ. Arch. gén. de méd., 1848. — NÉLATON. Gaz. des hôp., 1851-1852. — PROST. De l'hématocèle rétro-utérine, th. de Paris, 1855. — PUECH. De l'hématocèle utérine. Montpellier, 1858. — DEVALZ. Du varicocèle ovarien, etc., th. de Paris, 1858. — VIGUÈS. Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne, th. de Paris, 1859. — A. VOISIN. De l'hématocèle péri-utérine, th. de Paris, 1858, 2<sup>e</sup> édit., 1860. — BERNUTZ et GOUPIL. Clin. méd. des mal. des femmes, 1860. — PUECH. Des atrésies des voies génitales, 1863. — TROUSSEAU. Clinique médicale. — VIRCHOW. Pathologie des tumeurs. — GALLARD. Leçons cliniques des maladies des femmes, 1873. — BERNUTZ. Art. *Hématocèle utérine*, in Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., 1873. — DRAPIER, th. de Paris, 1876. — W. DOCK. De l'hémat. rétro-utérine dans ses rapports avec les maladies des ovaires. Inaug. Diss., Zurich, 1876. — GALLARD THOMAS. A practical treatise on the diseases of the women. Philad., 1876, trad. en français par Lutaud. — COTELLE, th. de Paris, 1877. — J. BESNIER. De la pachy-péritonite hémorragique (Arch. de gynec., 1877). — PONCET (de Lyon). De l'hématocèle péri-utérine, th. d'agrég., 1878. — BERNUTZ. Hématocèle utérine symptomatique de pachy-péritonite hémorragique (Arch. de tocologie, 1880). — RODET, th. de Paris, 1880. — POZZI. Hématocèle péri-utérine, incision iliaque et guérison (Rev. de chir., 1886). — Du même. De la laparotomie sous-péritonéale, en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des hématocèles pelviennes (Arch. de tocologie, 1886). — PENGREUBER et VICENTE. Complications et traitement de l'hématocèle rétro-utérine (Sem. méd., 1886). — A. PONCET. Art. *Hématocèle rétro-utérine* (Dict. encyclop. des sc. méd., 1886). — EMMET. La pratique des maladies des femmes. Paris, 1887. — BLANC. Inflam. péri-utérine chr. avec épanch. latent, th. de Lyon, 1887).

FIN DU TOME SECOND ET DERNIER

Table des matières.