

neuse peut s'atrophier ou se transformer en une poche purulente; la trompe est souvent dilatée, son orifice oblitéré. Ces lésions des annexes nous semblent être souvent le point de départ des lésions péritonéales. L'utérus est dévié en version ou en flexion, hypertrophié ou atrophié; quelquefois il a subi la dégénérescence graisseuse dans ses couches musculaires externes.

Les collections liquides retenues entre les adhérences peuvent, dans certains cas, acquérir des dimensions considérables et simuler une hématocele.

Dans certaines pelvi-péritonites puerpérales, J. [Lucas-Championnière et autres ont trouvé les lymphatiques utérins sous-séreux enflammés et gorgés de pus.

**Symptômes.** — On doit distinguer une forme *aiguë* et une forme *chronique*.

Dans la forme aiguë, le début peut être brusque, marqué par un frisson violent, de la fièvre, des nausées, des vomissements et une vive douleur à l'épigastre.

La face est anxieuse, grippée, le pouls petit; quelquefois il existe des phénomènes véritablement typhoïdes.

Le ventre est tendu, météorisé, très douloureux; la douleur s'exaspère par la pression de l'abdomen, le toucher vaginal; elle a son maximum vers les parties inférieures du ventre; le rectum peut être le siège d'épreintes douloureuses avec expulsion de mucus; la vessie se laisse distendre et il peut y avoir rétention d'urine.

Quelquefois on observe une métrorrhagie, ou bien les règles se suppriment; dans tous les cas, on voit se produire une abondante sécrétion de liquide muco-purulent.

Au toucher, le soulèvement de l'utérus provoque de la douleur; le doigt sent l'organe dévié latéralement ou projeté en avant et immobilisé au milieu d'une masse plus saillante en arrière et s'avancant en général dans un des culs-de-sac latéraux. La tumeur rétro-utérine est séparée de l'utérus par un sillon quelquefois difficile à parcourir; elle est lisse ou irrégulière, sans limites précises, et fait dans le cul-de-sac postérieur une saillie chaude, douloureuse à la pression; quelquefois elle est le siège de battements.

Le toucher rectal confirme ces caractères et montre un volume parfois très considérable de la tuméfaction.

Les signes peuvent manquer dans le cul-de-sac postérieur et ne

consister que dans une tension notable au niveau du cul-de-sac antérieur.

L'affection peut se terminer en trois semaines par résolution; le plus souvent elle subit, soit à l'occasion du retour des règles, soit avec la reprise du coït, des poussées nouvelles et des exacerbations qui la font repasser à l'état aigu et peuvent en prolonger la durée pendant plusieurs mois.

D'autres fois la pelvi-péritonite se termine par suppuration; après les symptômes généraux ordinaires de la formation du pus, la tumeur rétro-utérine devient rénitente, puis fluctuante; à cette période, la péritonite peut se généraliser et devenir mortelle. Dans des cas plus favorables, la collection s'enkyste ou s'ouvre spontanément dans le rectum, le cæcum, l'intestin grêle et, le plus souvent, dans le vagin. L'évacuation du pus peut être suivie d'une guérison complète et rapide; d'autres fois, elle donne lieu aux phénomènes ordinaires de la septicémie et de l'hecticité, si la poche se vide mal. Dans tous les cas, il peut persister dans le petit bassin des phénomènes inflammatoires subaigus, toujours menaçants et s'accompagnant d'un état de souffrance continuelle.

La forme *chronique* succède à la forme aiguë ou s'établit d'emblée insidieusement; elle se traduit surtout par des troubles fonctionnels; elle peut mettre obstacle à la conception par les déviations de l'utérus ou des trompes, gêner le cours des matières par les adhérences des anses intestinales entre elles ou avec les organes voisins, produire des accidents d'obstruction intestinale et même d'étranglement interne; enfin elle est souvent le point de départ de phénomènes aigus à l'occasion d'une fatigue, d'un excès ou d'un traumatisme chirurgical ou autre portant sur l'utérus. A la longue elle peut guérir en laissant après elle une tumeur d'une dureté presque ligneuse.

Cette forme chronique de la pelvi-péritonite est quelquefois tuberculeuse; les ovaires sont transformés en foyers caséux, les fausses membranes péritonéales sont parsemées de granulations grises ou jaunâtres, la muqueuse utérine est quelquefois le siège de tubercules (Brouardel, thèse de Paris, 1865). En tout cas, l'utérus est constamment atteint de métrite chronique.

Cliniquement, la pelvi-péritonite tuberculeuse est insidieuse et peut ne se révéler que par les signes physiques ordinaires. Les phénomènes généraux constituent le plus grave danger; l'affection se

termine soit par tuberculose généralisée, soit par hecticité à la suite d'une suppuration intarissable.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la pelvi-péritonite est souvent fort délicat.

La limitation de la tumeur à un seul cul-de-sac latéral, la propagation des phénomènes inflammatoires du côté de la paroi abdominale, la présence du plastron, feront penser de préférence à un phlegmon du ligament large ou un adéno-phlegmon juxta-pubien.

La tumeur de l'hématocèle rétro-utérine qui occupe le même siège que celle de la pelvi-péritonite est molle à son début et cède à la pression; plus tard elle durcit et devient résistante. Dans la pelvi-péritonite, la marche est inverse; la tuméfaction, d'abord dure, se ramollit si elle est envahie par la suppuration. Néanmoins le diagnostic reste quelquefois très incertain si l'on n'a pas assisté au début des accidents.

L'adénite péri-utérine se distinguerait facilement de la pelvi-péritonite par la forme arrondie de la tumeur, l'apyrexie, l'isolement de l'utérus et souvent les traînées lymphatiques qui s'y rendent (Martineau).

Les indurations de la pelvi-péritonite chronique doivent être distinguées des déviations utérines et des fibro-myomes de la face postérieure de l'utérus. La liberté des culs-de-sac latéraux, la mobilité de l'organe, les résultats du cathétérisme, les rapports exacts de la tuméfaction avec l'utérus sont les éléments importants de ce diagnostic différentiel.

**Pronostic.** — Le pronostic est toujours grave; alors même que l'affection guérit, elle laisse le plus souvent à sa suite un certain nombre de troubles fonctionnels contre lesquels l'art est impuissant, et crée souvent de véritables dangers dus à la susceptibilité et à l'intolérance du péritoine pelvien chroniquement enflammé.

**Traitement.** — Le traitement de la période aiguë ne diffère pas du traitement de toutes les inflammations péritonéales; l'opium sous toutes ses formes en est la base. Les applications résolatives, les sangsues à l'hypogastre, la glace sur l'abdomen, les irrigations vaginales chaudes, sont des moyens recommandables.

La collection manifestement sentie dans le vagin sera ouverte par ponction ou incision après désinfection soignée des parties; si elle est appréciable au-dessus de l'arcade crurale, elle sera ouverte et drainée

comme dans l'adéno-phlegmon. Une contre-ouverture sera faite dans le vagin, si le pus stagne dans l'un des culs-de-sac.

Dans des cas de pelvi-péritonite purulente enkystée avec ouverture insuffisante dans un des viscères du petit bassin, stagnation du pus et accidents d'hecticité, on est autorisé à ouvrir le ventre par la laparotomie pour chercher et ouvrir largement la collection purulente. Le plus souvent dans ces cas, on rencontre et on enlève des trompes et des ovaires malades qui sont la véritable épine provocatrice des lésions péritonéales.

Contre les indurations de la pelvi-péritonite terminée sans suppuration, ou contre les épaisissements et les adhérences consécutives à la suppuration, les vésicatoires répétés, les pointes de feu sur l'hypogastre, les injections vaginales chaudes prolongées peuvent être de quelque utilité. De même, le séjour aux eaux minérales, alcalines, sulfureuses ou chlorurées sodiques, suivant les indications générales, sera prescrit avec avantage.

Mais la principale indication du traitement local se trouve remplie par le repos prolongé et surtout le repos prolongé de la région malade, avec abstinence ou reprise modérée des rapports sexuels, redoublement de précautions au moment de l'époque menstruelle, et grande sobriété et extrême prudence dans le traitement local.

Dans ces derniers temps, contre les noyaux d'induration et les brides amenant la fixation de l'utérus, on a vanté les bons effets du *massage* local. Le massage utérin et le massage abdominal ou abdomino-génital ont pour prétention de rendre à l'utérus ses mouvements et de faciliter la disparition des néo-membranes. Ce moyen, sur lequel nous ne saurions porter de jugement, ne doit être mis en pratique que par des mains tout à fait exercées et alors que tout phénomène inflammatoire est depuis longtemps éteint.

#### 4<sup>o</sup> HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

On donne le nom d'*hématocèle péri-utérine* à une tumeur sanguine enkystée dans l'excavation pelvienne, autour de l'utérus, le plus souvent en arrière, et développée soit dans la cavité péritonéale, soit en dehors de cette cavité.

Cette affection a reçu des noms divers suivant le siège occupé par l'épanchement et suivant l'origine attribuée au sang épanché.

Signalée pour la première fois par Ruysch (1757), bien observée et décrite par Bernutz (1845), puis par Nélaton (1849-1850), l'hématocèle a été étudiée dans de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer en première ligne les thèses de Vignés (1850), de Voisin (1858); les mémoires de Gallard (1858-1860), de A. Ferber (1862); l'article de Virchow dans son *Traité des tumeurs*, et un travail de J. Besnier (1877). Plus récemment, l'importante thèse d'agrégation de Poncet (1878), celle de Jousset (1885), ont résumé d'une manière complète l'histoire de cette affection et ont apporté un certain nombre de faits nouveaux. Nous retrouverons la plupart de ces noms en étudiant la pathogénie de l'hématocèle.

**Anatomie pathologique.** — Il existe deux variétés d'hématocèle, l'une *intra-péritonéale*, la plus commune, l'autre *extra-péritonéale*, beaucoup plus rare.

Le siège habituel de l'épanchement est le cul-de-sac recto-vaginal; aussi Nélaton lui avait-il donné le nom d'hématocèle *rétro-utérine*.

Plus rarement, le sang s'épanche en avant de l'utérus : hématocèle *anté-utérine*.

On peut à l'autopsie observer cet épanchement sanguin dans deux conditions différentes : 1° quand la mort est survenue rapidement avant que le liquide ait eu le temps de s'enkyster; 2° quand celui-ci est enfermé dans une poche kystique de nouvelle formation. Dans le premier cas, où l'hémorragie est foudroyante, hémorragie *cataclysmique* de Barnes, on trouve des caillots remplissant la cavité pelvienne et une partie de l'abdomen, sans lésion du péritoine.

Dans le second cas, on trouve un véritable kyste sanguin qui semble se constituer le troisième jour après l'hémorragie (Jousset). Le sang est enfermé dans une poche fermée de tous côtés par le péritoine qui tapisse les organes ou les parois du petit bassin, et à la partie supérieure par un véritable *diaphragme pathologique* (Bernutz) résultant de l'adhérence de l'épiploon, des anses de l'intestin grêle et de l'S iliaque du côlon. Ces parois sont constituées par le péritoine seul ou par le péritoine tapissé de fausses membranes. Celles-ci sont molles et friables, si la mort est survenue quelque temps après l'enkystement; avec le temps, elles s'épaississent et deviennent résistantes au point de rappeler l'aspect du cartilage et de modifier complètement les sécrétions de la séreuse. La cavité kystique ainsi formée est souvent cloisonnée par des néo-membranes. Les re-

cherches de Ferber, les expériences de Poncet et autres tendent à démontrer que l'enkystement du sang ne peut se produire dans le péritoine que si cette séreuse présente des altérations préalables, un certain degré d'inflammation antérieure. Dans un péritoine sain, le sang épanché se résorbe rapidement, comme cela arrive à la suite des ovariectomies.

Le sang de l'hématocèle est différent suivant le temps écoulé entre la production de l'hémorragie et la mort de la malade; près du début, on le trouve en caillot avec une certaine quantité de sérosité; plus tard il a l'aspect d'une gelée de groseille noirâtre ou de la melle; à une période avancée, ce n'est plus qu'une masse brun-noirâtre enfermée dans des fausses membranes épaisses.

L'hématocèle *extra-péritonéale*, *pseudo-hématocèle* (Huguier), paraît avoir son siège le plus fréquent dans le ligament large, d'où le liquide pourrait envahir le cul-de-sac vésico-utérin, puis le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux (Tripiet, Poncet).

**Pathogénie.** — Le mécanisme de production de l'hémorragie a donné lieu à de nombreuses théories; il ne doit pas être le même dans tous les cas. D'une manière générale, c'est à un trouble de l'ovulation que doivent être attribuées un grand nombre d'hématocèles intra-péritonéales (Nélaton).

Deux grandes théories restent aujourd'hui en présence; dans l'une, le sang est fourni par un des organes du petit bassin; dans l'autre, l'épanchement est consécutif à une péritonite chronique hémorragique. Dans le premier cas, l'épanchement est primitif; il est consécutif dans le second.

Pour Nélaton, Laugier, l'hématocèle serait due à une hémorragie de l'ovaire au moment de l'époque menstruelle; le sang exhalé en quantité plus considérable qu'à l'habitude tomberait dans le cul-de-sac du péritoine, et s'y accumulerait en provoquant une péritonite adhésive.

Voisin suppose que le sang venant de l'ovaire pénètre dans la trompe, la dilate et s'échappe dans le péritoine à travers des éraillures de ce conduit et de son pavillon.

Puech, Trouseau admettent qu'au moment des règles il se fait dans la trompe une exsudation sanguine physiologique et que l'exagération de cette hémorragie amène la production de l'épanchement sanguin dans le péritoine (*H. Tubaire*).

Bernutz pense au contraire que, sous l'influence d'une contraction spasmodique du col, le sang menstruel retourne par reflux dans la trompe et de là dans le péritoine.

Pour Gallard, la congestion exagérée de l'ovaire, soit au moment des règles, soit dans leur intervalle, à l'occasion d'une excitation génésique, peut aller jusqu'à l'hémorragie; dans ces conditions, l'ovule détaché de l'ovaire tombe dans le péritoine, de même que le sang qui résulte de la rupture de la vésicule de Graaf. Les hématoécèles péri-utérines devraient donc être considérées comme de véritables grossesses extra-utérines, qu'il y ait ou non fécondation de l'œuf dont l'évolution a été la cause première, nécessaire pour la production de l'hémorragie.

L'hématoécèle spontanée ne serait pas autre chose qu'une ponte extra-utérine (Gallard). L'hémorragie peut ne pas se produire au moment de la chute de l'ovule; mais elle peut provenir plus tard, soit de la rupture du kyste fœtal, soit des fausses membranes qui sont organisées autour de ce kyste (*Id.*).

Huguier a vu deux cas où le sang avait pour origine une grossesse extra-utérine, et il donne à cette variété d'hémorragie le nom de *pseudo-hématoécèle*.

Enfin, Richet, Devalz (*Thèse de Paris, 1858*), placent le point de départ de l'hémorragie dans la rupture d'une des veines variqueuses du plexus utéro-ovarien. Certaines femmes présenteraient un *varicoécèle ovarien*, plus fréquent à gauche qu'à droite, et la rupture de ces varices sous l'influence d'un effort serait l'origine de l'hématoécèle. D'après Puech, la rupture d'une de ces veines pourrait survenir sans état variqueux antérieur.

La seconde théorie a pour représentants Virchow, Ferber, Friedreich, J. Besnier; c'est la théorie de la *pachy-péritonite hémorragique*. D'après ces auteurs, les hématoécèles les plus fréquentes seraient consécutives à des pelvi-péritonites anciennes et se formeraient lentement par rupture des vaisseaux sanguins occupant l'épaisseur des fausses membranes. Ces vaisseaux de nouvelle formation situés dans les fausses membranes d'une pelvi-péritonite préexistante, sont peu résistants et se rompent soit dans l'épaisseur des néo-membranes, soit dans leur intervalle. L'affection est donc une pelvi-péritonite subaiguë ou chronique devenue accidentellement ou secon-

dairement hémorragique, autrement dit une *pachy-péritonite hémorragique* (J. Besnier).

C'est le même mécanisme invoqué par Gosselin dans la production de l'hématoécèle de la tunique vaginale, par Baillarger, Lancereaux et autres, dans certaines hémorragies méningées.

Bernutz fait remarquer (1880) que cette hématoécèle *fruste*, analogue à l'hémorragie de l'hématoécèle vaginale du testicule, n'est pas péritonéale, mais *intra-néomembraneuse*, et il explique ainsi sa bénignité ordinaire.

Quelles que soient l'origine et la variété de l'hématoécèle, on peut trouver dans l'abdomen un certain nombre de lésions pouvant la compliquer: soit une péritonite généralisée, soit une suppuration des caillots et de la poche après ouverture spontanée ou provoquée de la collection, soit une communication anormale avec l'intestin et pénétration des matières intestinales.

**Étiologie.** — L'hématoécèle est une affection de la période active de la vie génitale; elle a son maximum de fréquence de vingt-cinq à trente-cinq ans et se produit le plus souvent au moment de la période menstruelle.

En général, elle est préparée par des troubles de l'appareil génital consécutifs à des fausses couches ou à des accouchements pénibles.

Elle est déterminée quelquefois par une violence extérieure portant sur l'abdomen, plus souvent par le coït pendant les règles ou dans leur voisinage, par une injection froide, ou même par un simple refroidissement. On a vu l'hématoécèle survenir quelquefois pendant une variole grave ou dans le cours de la fièvre typhoïde.

**Symptômes.** — L'hématoécèle est souvent précédée de troubles fonctionnels dus à la pelvi-péritonite préexistante, et en particulier de troubles de la menstruation qui est supprimée ou exagérée. D'autres fois, elle éclate brusquement. Quelle qu'en soit la cause, dans la forme commune, en général ce début est caractéristique; il est dramatique (Bernutz). Tout à coup, soit pendant un coït, soit peu de temps après, une douleur vive, subite éclate dans l'abdomen et s'irradie vers le rectum, la vessie et les reins. En même temps, en général, les règles se suppriment. Les signes d'une hémorragie interne sont d'emblée portés à leur maximum, décoloration des tégu-

ments, petitesse du pouls, abaissement de la température, syncope, et les malades s'affaissent et meurent dans cet état.

Cette terminaison rapidement mortelle est rare et ne se produit que si l'hémorrhagie est très abondante et sans tendance à l'enkystement. Lorsque celle-ci est de moyenne abondance, la douleur est encore vive, tantôt expulsive comme dans l'accouchement, tantôt gravative avec sensation d'un corps étranger qui a tendance à sortir par le vagin (Nonat). La faiblesse est très grande.

D'autres fois, au contraire, le début est insidieux ; l'affection ne se manifeste dans le cours d'une pelvi-péritonite que par une recrudescence des douleurs et ne peut être reconnue que par les signes physiques.

Peu de temps après le début, éclatent des phénomènes de péritonite partielle caractérisée par des nausées, des vomissements, le ballonnement du ventre, une ascension de la température ; la face est pâle et grippée.

Dans la forme commune, caractéristique, le toucher vaginal montre le col de l'utérus difficilement accessible, remonté, fortement repoussé en avant et accolé à la face postérieure du pubis. Le doigt tombe en arrière sur une tumeur volumineuse située dans le cul-de-sac postérieur, proéminent souvent d'un côté ou de l'autre. Cette tumeur se continue en haut, sans limites précises, sur la face postérieure de l'utérus ; en bas, elle se prolonge sur la paroi vaginale jusqu'à 4 ou 6 centimètres de la vulve. Elle est arrondie, globuleuse, souvent inégale à sa surface.

La palpation hypogastrique fait sentir une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, d'une orange ; quelquefois même la paroi est soulevée et bombée jusqu'à l'ombilic. La tumeur peut être de forme variable, tantôt plus développée sur les parties latérales, tantôt médiane, tantôt unilatérale.

La consistance varie avec l'époque où l'examen est pratiqué ; au début, la tuméfaction est molle et fluctuante ; la fluctuation peut être sentie en exerçant une pression brusque sur la portion de la tumeur saillante à l'hypogastre, tandis que deux doigts de l'autre main appuient sur la saillie vaginale. Elle peut aussi se sentir de l'hypogastre au rectum. Plus tard, la tumeur devient compacte, pâteuse et s'indure de plus en plus, au point d'acquérir une consistance ligneuse.

Le toucher rectal montre l'intestin comprimé contre le sacrum et

fait reconnaître la tuméfaction développée autour de l'utérus et étalée de manière à se mouler sur toute l'excavation pelvienne.

Quelquefois on peut au spéculum distinguer la coloration violacée de la muqueuse vaginale au niveau de la tumeur, ou voir une ecchymose, ou reconnaître par transparence, à travers la paroi postérieure amincie, la couleur du liquide épanché.

Dans l'hématocèle anté-utérine, la tumeur remplit tout le cul-de-sac antérieur du vagin et sépare le col de l'utérus du pubis ; le cul-de-sac postérieur est difficile à explorer, mais est libre et profond.

Les accidents généraux varient avec la forme de l'affection : tantôt les accidents syncopaux dominent ; la prostration et la faiblesse restent très prononcées ; tantôt, au contraire, l'affection prend l'aspect d'une péritonite plus ou moins aiguë. Le plus souvent, les malades éprouvent une constipation opiniâtre et des troubles vésicaux pouvant aller jusqu'à la rétention ou l'incontinence d'urine. Plus rarement, la tumeur comprime les uretères et peut donner lieu à une urémie mortelle.

Dans des cas rares, les symptômes qui caractérisent l'état aigu font défaut ou sont peu appréciables, et la maladie est chronique d'emblée (Poncet, Jousset).

**Marche. Terminaisons.** — L'hématocèle peut entraîner la mort en peu de temps, en quelques heures ou en quelques jours, par l'abondance de l'hémorrhagie (*hématocèle cataclysmique* de Barnes). La mort peut également survenir dans les premiers jours de l'affection par péritonite aiguë ou quelque temps après par rupture du kyste sanguin dans lequel se fait une nouvelle hémorrhagie, par perforation dans le péritoine et péritonite suraiguë.

Dans les formes bénignes consécutives à la pachy-péritonite, la *résolution* est la règle : la tumeur se durcit, se rétracte, diminue lentement et finit par disparaître sans laisser aucune trace. Cette résorption demande trois à quatre mois en moyenne et n'est pas toujours complète au bout de cinq ou six mois et même plus. Le plus souvent, à chaque époque menstruelle, il y a une recrudescence dans les signes locaux et dans les troubles fonctionnels ; les uns et les autres vont en s'atténuant, en même temps que la santé générale se rétablit. On peut, longtemps après la guérison, retrouver au toucher un noyau d'induration dans l'un des culs-de-sac.

Dans d'autres cas, la tumeur se termine par *ouverture spontanée* : à une période assez éloignée du début, alors que le sang épanché a déjà subi un commencement de résorption, la tumeur devient le siège de douleurs vives et lancinantes : elle se ramollit par places et redevient fluctuante, elle augmente de volume ; les malades sont prises de fièvre, de frissons, de nausées, de vomissements, d'un retour dans les troubles fonctionnels du rectum et de la vessie, et la collection s'ouvre en un point variable donnant issue à un sang noir, épais, visqueux, semblable à de la mélasse, ayant quelquefois subi la transformation purulente. L'ouverture spontanée se fait soit dans le vagin, soit dans le rectum. L'évacuation complète par le vagin peut être suivie de l'affaissement rapide de la tumeur, d'un amendement dans les symptômes locaux et généraux et de la guérison définitive.

Cette heureuse terminaison peut suivre également l'ouverture dans le rectum, si celle-ci s'est produite à la partie déclive du kyste ; dans les conditions opposées, la poche se vide mal, les liquides s'y décomposent, s'y mélangent avec les gaz intestinaux, et les malades succombent dans l'hecticité.

L'ouverture dans le rectum est souvent précédée d'une diarrhée spéciale, d'une véritable inflammation, *entérite glaireuse* (Nonat), à laquelle succède la sortie par l'anus des matières noirâtres et visqueuses de l'hématocèle.

L'ouverture peut avoir lieu en même temps par le vagin et le rectum.

Enfin, à la suite de l'intervention chirurgicale qui est le plus souvent la ponction ou l'ouverture par le vagin, la guérison rapide survient par évacuation de la poche, ou des phénomènes de septicémie se déclarent par rétention et décomposition des liquides de la tumeur.

**Diagnostic.** — Le diagnostic comprend deux points : 1° reconnaître l'hématocèle ; 2° reconnaître la variété d'hématocèle et son origine. Quand l'hématocèle éclate avec des signes initiaux, pour ainsi typiques, à une époque menstruelle, le diagnostic s'impose et est vite confirmé par l'examen local.

La pelvi-péritonite se distingue de l'hématocèle par son début moins brusque, par la fièvre et les frissons du commencement, par la dureté de la tumeur, par son développement dans le cul-de-sac postérieur et dans l'un des culs-de-sac latéraux, par son moindre

volume qui la rend inaccessible à la région hypogastrique. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'on examine la malade plus loin du début des accidents.

Les phénomènes inflammatoires du début feront également reconnaître le phlegmon péri-utérin ou du ligament large.

Enfin, dans ces deux cas, le thermomètre placé dans le vagin n'indiquerait jamais moins de 38°,2, tandis que dans l'hématocèle il ne monte pas au-dessus de 37°,2 à 37°,5

On a pu confondre la tumeur de l'hématocèle avec une grossesse compliquée de rétroversion de l'utérus : les symptômes habituels aux grossesses, l'état du col, l'absence des signes d'hémorragie interne au début, la présence dans la région hypogastrique d'une tumeur remontant moins haut que dans l'hématocèle seront les éléments du diagnostic.

La grossesse extra-utérine sera différenciée de l'hématocèle par les signes de la grossesse et la marche lente des symptômes. Le diagnostic peut devenir fort délicat quand il se fait dans le kyste fœtal des hémorragies qui en augmentent rapidement le volume.

On peut être fort embarrassé pour reconnaître la *variété d'origine* de l'hématocèle. A ce point de vue on peut distinguer deux classes très distinctes : l'hématocèle à début brusque, *dramatique* (Bernutz), et l'hématocèle se produisant lentement. La première peut se produire en pleine santé, ou après des signes de grossesse extra-utérine, ou dans le cours d'une métrorrhagie.

On ne peut dans ces cas que faire des hypothèses sur l'origine de l'hémorragie, rupture du plexus utéro-ovarien, rupture de l'ovaire, exhalation sanguine aiguë péritonéale, hémorragie dans une grossesse extra-utérine, hémorragie tubaire ou reflux du sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine.

La deuxième classe, ou des hématocèles à *début lent*, ne peut se reconnaître que par l'examen des circonstances qui ont précédé la formation de la tumeur et les phénomènes d'hémorragie interne.

Tantôt le début lent est constitué par des symptômes de rétention menstruelle, tantôt par des symptômes de pelvi-péritonite. Dans le premier cas, l'aménorrhée avec dysménorrhée, la présence d'une tumeur formée par l'utérus et les trompes distendues, feront penser au reflux sanguin dans le péritoine consécutivement à la rétention.

Dans le second cas, des symptômes de pelvi-péritonites répétées ou

d'une pelvi-péritonite subaiguë durant depuis quinze jours à deux mois permettent de rapporter l'apparition subite de la tumeur sanguine à une hémorrhagie provenant des vaisseaux sanguins de nouvelle formation des fausses membranes.

**Pronostic.** — Le pronostic est trop variable pour être formulé d'une manière générale. Nous nous contenterons de rapporter ici les résultats de la statistique de Courty : sur 52 cas où il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, il y eut 26 fois résorption (guérison), 6 fois rupture (mort), 15 fois ouverture dans le rectum (mort), 7 fois ouverture dans le vagin (guérison).

**Traitement.** — 1° Au début des accidents, lorsqu'il y a des signes d'hémorrhagie interne, l'opium, l'ergotine, l'alcool, le champagne, etc., les applications locales de glace sur l'abdomen ou dans le vagin pourront favoriser l'arrêt de l'hémorrhagie et combattre la défaillance des forces ; 2° lorsque l'hématocèle est constituée, dans les premiers jours, le traitement symptomatique visera les troubles de la vessie et du rectum, les phénomènes inflammatoires du côté du péritoine. La plupart des malades guérissent sous la seule influence du repos et du traitement médical. Plus tard, si la tumeur augmente au moment des règles et si l'on peut craindre sa rupture, on est autorisé à la ponctionner par le vagin avec un appareil aspirateur et en usant de toutes les précautions antiseptiques. S'il s'est fait une ouverture spontanée dans le vagin, il sera bon de l'agrandir, de drainer et de désinfecter la poche au moindre phénomène de septicémie.

Enfin, si la collection est suppurée ou menace suppuration, il faut l'inciser franchement par le vagin et la traiter par le drainage et les injections antiseptiques comme une collection purulente quelconque.

Dans les cas où la tumeur suppurée se vide mal ou ne saurait être ouverte par la voie vaginale, Lawson Tait conseille d'ouvrir l'abdomen, de vider et de nettoyer le foyer purulent et de le drainer ensuite. Il a ainsi obtenu la guérison dans cinq cas.

## MEMBRES

### AFFECTIONS DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

#### CHAPITRE PREMIER

##### FRACTURES.

##### I

##### FRACTURES DE LA CLAVICULE.

Par sa situation, par sa forme, par ses courbures, la clavicule est très exposée aux fractures; celles-ci sont les plus fréquentes après celles des côtes, de la jambe et de l'avant-bras; elles s'observent à tous les âges, même pendant la vie intra-utérine, après des traumatismes affectant la mère; elles sont très communes chez les enfants; dans la vieillesse, après 65 ans, elles paraissent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme (Malgaigne).

On distingue des fractures du *corps* et des fractures des *extrémités sternale et acromiale*; les fractures du *corps* ou du tiers moyen sont de beaucoup les plus fréquentes; elles répondent aux fractures *en dedans des ligaments coraco-claviculaires* de Boyer.

##### 1° FRACTURE DU CORPS OU FRACTURE EN DEDANS DES LIGAMENTS CORACO-CLAVICULAIRES.

Toutes les variétés de choc peuvent produire une fracture *directe* de la clavicule; dans ce cas, la fracture peut être exposée, compliquée d'esquilles, etc.