

qui s'annonce par des phénomènes congestifs intenses du côté des ovaires, des trompes, de l'utérus, et en général de tous les organes du petit bassin; cette fluxion cataméniale a pour résultat l'hémorrhagie menstruelle. Pour M. Trousseau, cette hémorrhagie se fait par la membrane muqueuse utérine, et nullement, comme beaucoup de médecins le pensent, par les ovaires. Or, pour qu'une hématocele se produise, il faut, suivant lui, que l'hémorrhagie se fasse par une membrane muqueuse, qui serait celle du pavillon de la trompe, si voisine et si près de la membrane séreuse péritonéale. Ainsi, dit-il, l'écoulement sanguin cataménial a lieu par la muqueuse utérine, tandis que c'est par la muqueuse du pavillon de la trompe et par la muqueuse de la trompe elle-même que se font les hémorrhagies produisant l'hématocele. Cette explication est celle qui a été donnée par M. Fenery d'abord, plus tard par M. Voisin, et tout récemment par M. Oulmont.

Je suis loin de méconnaître cette influence, mais c'est une cause qu'il faut mettre à côté des autres; c'est une des origines de l'hématocele.

Une des raisons sur lesquelles M. Trousseau appuie son opinion, c'est que dans la généralité des faits observés, les femmes atteintes d'hématocele avaient habituellement des règles abondantes, qu'elles étaient par conséquent sujettes aux hémorrhagies utérines, et qu'il y avait chez elles une disposition analogue à celle de l'hémoptysie par exemple.

Du reste, l'honorable professeur tombe tout à fait dans notre manière de voir, quand il dit, en parlant de l'hématocele péri-utérine considérée d'une manière générale: «J'en exclus tout » d'abord les épanchements sanguins, les thrombus rétro- et » péri-utérins consécutifs aux déchirures vasculaires, aux ruptures de l'œuf dans la grossesse extra-utérine, et je réserve » la place entière à l'hématocele cataméniale. Ces thrombus » s'annoncent, il est vrai, par les mêmes symptômes; les tumeurs qu'ils forment sont bien les mêmes que celles formées » par l'hématocele; mais ils diffèrent essentiellement de celle-ci:

« ce n'est pas la même maladie. » La conclusion ne s'accorde pas avec les prémisses; je dirai plus, c'est la même maladie qui diffère par la cause. Il est cependant une différence sur laquelle insiste M. Trousseau, et qui a sa valeur; une observation ultérieure portant sur un nombre plus considérable de sujets viendra seule démontrer s'il en est ainsi.

Il existe une différence entre le thrombus intra-pelvien et l'hématocele cataméniale: le premier, une fois guéri, ne se reproduit plus qu'autant que surviennent de nouveau les causes accidentelles qui l'ont déjà amené. La seconde guérit aussi; mais si la cause subsiste toujours, la femme se trouve sous le coup du retour de la maladie. M. Trousseau s'est surtout appuyé, pour admettre cette différence, sur une femme qu'il a observée et qui a été atteinte trois fois d'hématocele.

ARTICLE III. — Symptomatologie des hématoceles péri-utérines.

Mode de début. — Le début est assez variable et se présente sous deux formes différentes. Dans une première forme, l'hématocele met un ou plusieurs jours à se produire. La malade accuse alors des douleurs, d'intensité variable, siégeant dans le bassin, s'irradiant aux cuisses, en même temps que le flux menstruel semble augmenter au lieu de diminuer, et arrive quelquefois à l'état de perte véritable.

Dans la seconde forme de début, l'invasion est rapide, subite; les malades accusent tout d'un coup dans le bassin des douleurs violentes, intenses, qu'elles comparent à une sensation de brûlure ou de déchirure; en même temps, le flux menstruel diminue et se supprime presque toujours.

§. I. Symptômes des hématoceles péri-utérines une fois produites.

SYMPTÔMES LOCAUX. — Douleur. — La douleur est un des caractères les plus constants et les plus absolus de l'hématocele; son siège est dans la région pelvienne, à laquelle elle reste quelquefois bornée, comme aussi elle peut s'irradier au delà.

La douleur diffère d'abord sous le rapport de l'intensité ; elle est presque toujours violente dès le début ; tantôt lancinante, aiguë, dans les hématoécèles qui ont acquis en peu d'heures un haut degré d'intensité ; elle est moins intense, dans les hématoécèles formées lentement.

La douleur présente, en général, le caractère de continuité mélangée d'exacerbations dans lesquelles des douleurs plus violentes, et qui sont analogues aux coliques utérines, viennent se joindre aux premières et arracher souvent des plaintes ou des cris aux malades.

La douleur persiste, en général, autant que la maladie ; lorsque cette dernière dure longtemps, plusieurs mois par exemple, comme il y en a des exemples, elle s'exaspère au retour de chaque époque menstruelle.

Les douleurs peuvent présenter d'autres caractères, quand elles s'accompagnent de métrite ou de péritonite survenues comme complications.

La douleur irradiée peut occuper consécutivement les sièges suivants : la région hypogastrique, les deux régions iliaques, les régions inguinales, le sacrum ; on l'a vue suivre le trajet des nerfs cruraux et des nerfs sciatiques. Dès le début, la douleur est si vive qu'il est parfois difficile de toucher le ventre, de le palper et de le percuter avec soin.

Développement de l'abdomen. — L'abdomen, chez les femmes affectées d'hématoécèle, est en général tendu, développé. Ce développement est-il dû à l'épanchement de sang lui-même ou à la péritonite concomitante qui suit si souvent cet épanchement, comme nous l'avons vu, et qui produirait cette douleur abdominale si vive et une tympanite symptomatique plus ou moins considérable ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer, et les faits publiés manquent de détails pour décider la question.

Tumeur sanguine. — La production d'une tumeur hémattique est le caractère essentiel, le signe pathognomonique de la maladie. On comprend donc de quelle importance il est pour le médecin de l'étudier tout d'abord avec grand soin, d'en constater

l'existence, d'en apprécier le volume, d'en déterminer la position exacte. C'est ce que nous allons examiner avec soin.

Palpation abdominale. — La palpation abdominale permet quelquefois de constater la présence de la tumeur hémattique dans l'excavation pelvienne. Mais il arrive souvent que la tension abdominale et les douleurs provoquées par la pression et la palpation ont une telle intensité, qu'il est impossible de faire cette constatation. Notons toutefois que, lorsqu'on peut reconnaître l'existence de la tumeur hémattique par cette voie, c'est toujours un indice précieux qui aidera beaucoup au diagnostic.

La tumeur est d'un volume très variable, par conséquent elle s'élève plus ou moins haut pour sortir du bassin ; on l'a vue s'étendre latéralement dans les fosses iliaques, en s'approchant des épines iliaques antérieures et supérieures.

Rarement la tumeur occupe la ligne médiane ; elle s'infléchit presque toujours à droite ou à gauche, ce que la palpation abdominale, quand elle est possible, permet de constater facilement. C'est le plus souvent à droite, d'après M. Voisin, que cette inclinaison tend à se produire.

La tumeur, quelquefois assez molle et sans résistance quand on l'observe à une époque peu éloignée de l'instant de sa formation, devient, au contraire, dure et résistante quand l'hématoécèle existe depuis un certain temps ; elle est presque toujours immobile et la main ne peut la déplacer.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal est indispensable à pratiquer pour reconnaître l'existence de la tumeur. Cette tumeur se trouve, en général, en arrière de l'utérus ou de la partie supérieure du vagin ; elle n'est pas toujours bornée exactement à la partie postérieure de l'utérus ou du vagin ; elle déborde quelquefois latéralement ces organes et peut occuper la largeur entière du petit bassin ou une partie seulement de son diamètre latéral.

Le volume que l'hématoécèle acquiert est quelquefois tel que l'utérus peut être déplacé dans toutes les directions possibles.

Ce déplacement est nécessairement subordonné à la direction dans laquelle s'est placé l'épanchement sanguin.

Le toucher vaginal permet encore de constater un fait positif dans l'hématocèle, la projection du corps de l'utérus en avant. Quant au mouvement ascensionnel du corps de l'utérus qui viendrait dépasser le pubis et sur lequel M. Prost a insisté, c'est encore un fait douteux.

Le toucher vaginal doit, autant que possible, être combiné ici avec la palpation abdominale.

Toucher rectal. — Le toucher rectal est toujours utile à pratiquer pour établir d'une manière plus positive encore le diagnostic de l'hématocèle; il démontre le siège de la tumeur, son volume, la saillie qu'elle fait produire à la paroi antérieure du rectum; enfin l'effacement presque complet du calibre de ce gros intestin, qu'elle peut produire complètement. Lorsque l'hématocèle est récente, le toucher rectal permet également de constater le peu de dureté et de résistance de la tumeur.

Examen au spéculum. — L'examen au spéculum est à peu près inutile dans l'hématocèle; c'est un luxe d'examen dont on peut presque toujours se dispenser. Que ferait-il connaître, en effet, la présence ou l'absence de diverses complications sur le col utérin? Mais en présence de cette terrible maladie, quel parti tirerait-on de leur constatation, et pourrait-on songer à leur adresser le traitement qui leur serait convenable? Plusieurs auteurs, et entre autres M. Nonat, donnent, comme signe de l'hématocèle, la coloration violacée et quelquefois grise de la membrane muqueuse du fond du vagin, et ils regardent ce signe comme propre aux hématocèles sous-péritonéales, fait possible qui justifierait à peine l'emploi du spéculum dans cette maladie.

§ 2. Troubles fonctionnels des autres appareils.

1° *Tube digestif.* — Les symptômes qu'on peut observer du côté du tube digestif sont loin d'être toujours les mêmes, et le mode d'invasion de la maladie exerce une influence notable sur leur production et sur leur intensité.

Dans les hématocèles à début rapide et subit, on observe des nausées et des vomissements souvent opiniâtres qui manquent rarement. Dans les hématocèles, au contraire, qui se forment lentement, ces symptômes sont moins constants et surtout moins intenses.

Une fois la maladie développée, il n'est pas rare de voir les fonctions digestives revenir à leur état normal. Souvent la maladie s'accompagne pendant toute sa durée d'une dyspepsie habituelle; en tous cas, une constipation constante, opiniâtre et rebelle manque rarement.

M. Voisin parle, dans sa thèse, de deux cas de dysentérie qu'il a observés, et sur la production desquels il pense que l'hématocèle préexistante a pu exercer une notable influence. M. Oulmont a également observé de la dysentérie dans les deux cas d'hématocèle dont il a rapporté l'histoire et dont il a été question plus haut. Signalons le fait, mais n'allons pas plus loin; ce sont de simples coïncidences, des complications tout accidentelles, et pas autre chose.

Nous devons encore rappeler, en terminant ce sujet, que les nausées et les vomissements peuvent reparaitre toutes les fois que des phénomènes de péritonite reparassent.

2° *Appareil respiratoire.* — On ne trouve rien de particulier à noter, et les troubles qu'ils peuvent présenter sont dus à des complications tout à fait étrangères à l'hématocèle.

3° *Appareil circulatoire.* — A l'instant de la production de l'hématocèle, et surtout lorsqu'elle acquiert rapidement un volume un peu considérable, on observe les phénomènes suivants: le pouls est petit, fréquent, très accéléré; la température de la peau s'abaisse, elle se couvre d'une sueur froide; enfin il y a souvent des syncopes plus ou moins complètes. Plus tard, lorsqu'il survient une complication de péritonite, on voit des phénomènes contraires se manifester; le pouls conserve sa fréquence et sa petitesse, mais il se relève; la peau reprend sa chaleur, et un véritable état fébrile se développe.

4° *Sécrétions.* — On ne signale aucun phénomène spécial du

côté des appareils de sécrétion. On n'a pas noté l'état des urines dans la plupart des observations qui ont été publiées.

5° *Système nerveux.* — Les symptômes nerveux ne présentent rien de spécial. On observe quelquefois, comme complications, de l'agitation, une grande anxiété, un peu de délire; dans d'autres cas, le coma devient un phénomène final.

§ 3. Formes des hématoécèles péri-utérines.

L'hématoécèle, considérée sous le point de vue de ses formes, présente trois variétés bien distinctes :

1° *Forme aiguë rapide.* — Cette forme pourrait aussi bien être appelée *foudroyante*. Voici les accidents qui la caractérisent, accidents que j'ai eu occasion d'observer chez une jeune femme qui succomba en six ou sept heures à une hématoécèle considérable : un frisson violent, accompagné d'une vive anxiété, ouvre la scène ; ce frisson s'accompagne de syncopes qui se renouvellent à plusieurs reprises ; les extrémités se refroidissent, la face pâlit et présente un aspect grippé ; la peau se décolore entièrement ; en même temps, le pouls est petit, très fréquent, irrégulier, et la malade accuse, dans le bas-ventre, de vives douleurs qui peuvent y rester fixées ou bien se propager au loin dans diverses directions.

Quelquefois ces accidents persévèrent avec une notable intensité, et ils s'accompagnent de délire, de mouvements convulsifs. La mort arrive, en général, au bout de quelques heures, au milieu de cet ensemble effrayant de symptômes qui sont, en général ceux d'une hémorrhagie très considérable combinée à une péritonite suraiguë.

2° *Forme aiguë simple.* — Cette forme débute par des frissons plus ou moins intenses avec refroidissement des extrémités, des douleurs plus ou moins violentes dans le bas-ventre, des nausées et des vomissements ; le pouls est petit, fréquent ; il existe une tendance aux syncopes.

Ces accidents ont une durée plus ou moins longue, puis ils cessent pour être remplacés par les symptômes d'une péritonite

aiguë compliquante, ou pour laisser la malade dans un état dont les symptômes locaux sont les phénomènes prédominants.

3° *Forme chronique.* — Cette forme peut débiter d'emblée ou succéder à un début aigu. Les symptômes caractéristiques sont les douleurs abdominales, la tension de l'abdomen, la manifestation d'une tumeur constatée par les moyens habituels, des troubles digestifs résultant de l'influence de la compression exercée par cette tumeur sur le tube digestif.

ARTICLE IV. — Marche, durée, terminaison des hématoécèles péri-utérines.

La marche de l'hématoécèle est variable ; elle peut être aiguë, subaiguë ou rapide et influencée par le retour des périodes menstruelles, mais ici les auteurs ne sont pas d'accord. Ainsi, dans un cas rapporté par M. Gallard, les symptômes de l'hématoécèle augmentaient à chaque époque menstruelle. Pour M. Voisin, la plupart du temps l'apparition des phénomènes menstruels coïncide plutôt avec la diminution des accidents qui sont les conséquences de l'hématoécèle.

Une fois l'hématoécèle développée, les accidents, qui sont presque au maximum d'intensité à l'instant de la production de la tumeur, n'augmentent pas en général ; ils peuvent rester stationnaires, mais souvent aussi ils diminuent quelques instants après leur production, et ils ne cessent pas de suivre une marche décroissante.

On doit encore noter ici que la marche de l'hématoécèle, en général si simple et si facile à concevoir, est souvent interrompue par des exacerbations, qui ne sont autres que l'invasion de nouvelles péritonites circonscrites autour des caillots épanchés.

Durée. — La durée a été fixée avec soin par M. Voisin dans 25 cas. Voici les résultats qu'il a obtenus. Ces 25 cas se trouvent répartis entre 9 cas de guérison et 16 cas de mort. Voici les chiffres :

Dans les 9 cas de guérison, la maladie a duré 1 fois 6 se-

maines, 3 fois 3 mois, 2 fois 4 mois, 2 fois 6 mois, 1 fois 8 mois.

Dans les 16 cas suivis de mort, les durées furent les suivantes : 7 fois la mort a été subite ou presque subite ; 1 fois elle a eu lieu au bout de 4 jours, 1 fois de 7 jours, 1 fois de 10 jours, 1 fois de 15 jours ; 1 fois 1 mois, 2 fois 5 mois, 4 fois 4 mois ; 1 fois 8 mois.

On voit donc combien cette durée est variable et combien il serait difficile d'établir un temps précis et des chiffres moyens à cet égard.

Terminaison. — La terminaison de l'hématocèle est fort variable et peut avoir lieu de plusieurs manières différentes. Ces modes de terminaison sont au nombre de cinq.

1° *Mort subite ou extrêmement rapide.* — Les exemples commencent à ne plus être rares. Chaussier est le premier qui en ait cité un cas recueilli parmi ses clientes. M. Tardieu en a rencontré deux cas sur deux jeunes femmes qui avaient été atteintes d'hématocèle, et qui succombèrent en quelques heures à des accidents si intenses et si insolites, qu'on avait cru à un empoisonnement. M. Tardieu fut chargé de les examiner après la mort, et il constata l'existence de deux hématocèles ; une des jeunes femmes aurait été atteinte après les premières approches du mari, l'autre après des excès de coït. M. Tardieu observa une troisième femme qui mourut subitement après une hématocèle qui avait été déterminée par un violent coup de pied du mari dans la hanche gauche.

J'ai observé un cas de mort en quelques heures chez une jeune fille de vingt et un ans, entrée dans mes salles pour une inflammation chronique du col utérin. Aucune cause ne put nous expliquer le développement de cette hématocèle foudroyante.

2° *Résorption de la tumeur.* — L'hématocèle peut disparaître par résorption. D'après M. Voisin, ce mode de terminaison s'est présenté 13 fois dans 23 cas. La durée du temps de la résorption a été signalée dans 7 seulement de ces 13 cas ; elle a

été alors de 2 fois 6 semaines, 3 fois 4 mois, 1 fois 6 mois, et 1 fois 8 mois.

Lorsque ce mode de terminaison a lieu, il est probable que le sang se coagule et se sépare en caillots et en sérum, qu'un kyste s'organise et que la résorption s'opère comme dans les tumeurs hématisées ordinaires qui se terminent par résorption. Il est cependant un fait digne de remarque, c'est que la tumeur hématisée péri-utérine conserve sa dureté à mesure qu'elle diminue, et qu'elle ne perd ce caractère qu'à sa disparition complète.

On a discuté la question de savoir quelle était l'influence de l'apparition des règles sur les progrès de la résorption de la tumeur hématisée. D'après un fait cité par M. Gallard, il y aurait lieu de penser que cette tumeur augmenterait à chaque époque menstruelle ; tandis que, d'après M. Voisin, qui était son opinion sur plusieurs faits incontestables, ce serait aux époques menstruelles que s'observerait la diminution de volume la plus sensible des hématocèles péri-utérines. C'est, malgré la probabilité de ce dernier fait, une question qui ne peut encore être résolue d'une manière absolue.

3° *Évacuation du sang contenu dans la tumeur hématisée par le rectum.* — Ce mode de terminaison eut lieu 5 fois dans les 23 cas cités par M. Voisin, et, dans un de ces cas, cette évacuation fut suivie de mort. Lorsque ce phénomène se produit, le sang qui sort ensuite par l'anus est noir, poisseux et d'une odeur prononcée de matières fécales.

4° *Ouverture du kyste hématisé dans le vagin.* — Cette terminaison se produisit 2 fois dans les 23 cas de M. Voisin. Lorsqu'elle eut lieu, elle fut précédée de nausées, de vomissements et de fièvre ; le sang qui s'écoula était noir et visqueux.

5° *Ouverture dans le péritoine.* — Quatre fois sur 23 cas, M. Voisin a noté ce mode de terminaison, dont la conséquence fut une péritonite saraignée et la mort ; 1 fois elle eut lieu le 10^e jour de la production de l'hématocèle ; 1 fois le 15^e jour ; 1 fois à 3 mois ; 1 fois à 4 mois.

ARTICLE V. — Diagnostic des hématoécèles péri-utérines.

On a singulièrement exagéré la difficulté du diagnostic des hématoécèles péri-utérines, et, pour quiconque en a vu, le diagnostic est loin d'être entouré de difficultés aussi grandes.

Le diagnostic des hématoécèles péri-utérines doit surtout être basé sur les considérations suivantes : 1° la rapidité de la manifestation des accidents locaux et sympathiques ; 2° la combinaison des symptômes d'une grande hémorrhagie et d'une péritonite suraiguë, combinaison qui n'est pas telle cependant qu'on ne puisse faire la part de l'une et l'autre de ces affections ; 3° l'évolution ultérieure de la maladie et ses divers modes de terminaison.

M. Nonat a publié dans la *Gazette hebdomadaire* (1858) ses idées sur le *diagnostic de deux espèces d'hématoécèles*. Je les trouve tellement justes que je crois utile de transcrire ici le passage relatif à ce sujet.

« Si la tumeur descend jusque dans la cloison recto-vaginale, si elle dépasse de 2 à 3 centimètres le museau de tanche, si surtout elle se rapproche beaucoup plus de l'anus, dont je l'ai trouvée parfois distante de 3 centimètres ; si le col de l'utérus est refoulé, pressé contre le pubis ; si le corps de l'organe s'élève au-dessus de la symphyse et que, déplacé en masse, il soit porté, non pas en haut, comme l'a dit M. Prost, mais en avant, on aura affaire à une hématoécèle extra-péritonéale. Dans ce cas, l'examen par le spéculum permettra de constater la teinte violacée du cul-de-sac vaginal soulevé par la tumeur. Ce signe, sur lequel a insisté aussi M. Huguier, est, à mes yeux, d'une grande valeur : il donne au diagnostic un degré de certitude de plus.

« Si, au contraire, l'hématoécèle est intra-péritonéale, cette coloration de la muqueuse vaginale n'existera pas : la tumeur, soutenue par le cul-de-sac utéro-rectal, ne descendra point aussi bas. M. Prost a été trop loin quand il a établi que, dans ce cas, l'utérus est toujours refoulé en bas et en avant. En effet,

dans l'hématoécèle intra-péritonéale, on ne saurait assigner à la matrice, comme dans la forme extra-péritonéale, une position fixe, invariable et toujours la même. Ici, le corps utérin, au lieu de se trouver constamment à la partie antérieure de la tumeur, est comme perdu au sein de l'épanchement qui peut proéminer sur ses côtés et même au-devant de lui.

« C'est même en raison de ces particularités que j'ai donné le premier aux collections sanguines qui se font dans le voisinage de la matrice, le nom collectif d'*hématoécèle péri-utérine*, qui ne me paraît pas avoir, comme la dénomination de *rétro-utérine*, l'inconvénient de restreindre à la partie postérieure de l'utérus le siège de ces épanchements.

« Les signes différentiels que je viens d'indiquer entre les tumeurs sanguines intra- et extra-péritonéales, nous sont fournis par l'exploration directe et le toucher vaginal. Il est d'autres symptômes distinctifs d'une bien moins grande importance, parce qu'ils sont moins constants et moins marqués ; je veux parler de la douleur, de la réaction fébrile et de l'altération des traits. Une douleur moins aiguë, une sensibilité moins vive des parois abdominales, un pouls moins fréquent, moins concentré, moins petit, un facies moins grippé, moins profondément altéré, m'ont quelquefois aidé, sinon tout à fait servi, à discerner une hématoécèle extra-péritonéale d'une hématoécèle intra-péritonéale. Mais, je le répète, je n'attache qu'une importance très secondaire à la valeur diagnostique des phénomènes généraux, car le plus souvent ils se présentent avec la même gravité dans les deux formes d'hématoécèle.

« Qu'on ne s'imagine point que la distinction sur laquelle nous insistons avec tant de rigueur soit purement oiseuse et sans utilité, elle est capitale au point de vue du pronostic et du traitement. L'expérience clinique m'a fort bien appris, ce qu'il était déjà facile de prévoir, *à priori*, c'est que l'épanchement qui se fait en dehors du péritoine, à travers les mailles du tissu cellulaire sous-séreux, est moins grave, plus promptement résorbé,

et entraîne après lui moins de complications que celui qui s'opère dans le cul-de-sac de la séreuse même.»

1° *Phlegmon péri-utérin.* — L'hématocèle péri-utérine peut être confondue avec le phlegmon péri-utérin. Voici les raisons qu'on devra invoquer pour établir le diagnostic : Dans le phlegmon péri-utérin, le début est en général moins rapide, et les symptômes moins généralisés; il survient souvent à la suite d'une métrite aiguë, d'un accouchement ou d'un avortement récent. Les symptômes locaux sont plus tranchés et la fièvre est souvent le seul phénomène symptomatique que l'on observe. La marche inflammatoire du phlegmon péri-utérin est plus nette, plus franche. Dans le phlegmon péri-utérin, la tuméfaction inflammatoire se fait sentir plutôt sur l'un des côtés. On en place souvent le point de départ soit dans les ovaires, soit dans les ligaments larges. Toutes ces conditions ont d'autres caractères dans l'hématocèle péri-utérine.

Malgré ces nombreux éléments de diagnostic, le phlegmon péri-utérin peut encore être confondu avec l'hématocèle, puisque, d'après M. Voisin, il est arrivé une fois à M. Nélaton de commettre cette erreur.

2° *Kystes de l'ovaire.* — Certains kystes de l'ovaire, encore peu volumineux, tombent dans l'espace rétro-utérin et peuvent tout à fait simuler une hématocèle. Ces kystes sont tantôt de simples kystes séreux, comme ceux qui ont été décrits en pareil cas par M. le professeur P. Dubois, tantôt des kystes hydatiques analogues à ceux qui ont été observés par M. Charcot.

Il y a moyen d'établir la distinction en s'appuyant sur les raisons suivantes. Dans ces kystes, la marche est obscure, lente, insidieuse au début; les progrès en sont très lents, quoique incessants; leur volume médiocre; leur inflammation, quand elle a lieu, permet quelquefois de les confondre avec une hématocèle au début.

3° *Grossesse extra-utérine.* — On n'y observe pas d'accidents aigus subits et quelquefois presque foudroyants; la marche est

lente, progressive et presque toujours indolente. Tous les symptômes généraux sont ceux d'une grossesse ordinaire, absolument comme si le produit de la conception était encore dans l'utérus. Ce n'est que le quatrième ou cinquième mois qu'on remarque les complications les plus fâcheuses de la grossesse extra-utérine.

On pourrait multiplier beaucoup ces diagnostics, mais cela est parfaitement inutile. Qui songerait, en effet, à confondre une hématocèle avec une tumeur fibreuse de l'utérus, un cancer utérin, des polypes, une métrite aiguë ou une métrite chronique, etc., etc.? Il est donc inutile de chercher à établir le diagnostic avec ces diverses maladies.

ARTICLE VI. — Pronostic des hématocèles péri-utérines.

Le pronostic de l'hématocèle est subordonné à la rapidité de sa formation, à la quantité de sang sorti des vaisseaux pour constituer l'hématocèle, au degré de résistance des sujets, enfin à la marche aiguë que peuvent prendre les accidents à l'instant où on en constate l'existence. C'est, en somme, une maladie qui présente une certaine chance de mort.

ARTICLE VII. — Traitement des hématocèles péri-utérines.

L'hématocèle péri-utérine doit-elle être traitée par des moyens médicaux ou chirurgicaux actifs, ou doit-elle être abandonnée à elle-même? C'est une question sur laquelle les praticiens sont loin d'être d'accord. Nous allons examiner rapidement les principaux moyens qui ont été conseillés pour combattre cette affection.

1° *Ponction de la tumeur par le vagin.* — Cette ponction a pour but d'évacuer le sang qui y est contenu et de prévenir les accidents qu'il pourrait causer par la suite.

Plusieurs procédés ont été employés pour arriver à ce résultat :

a. M. Nélaton ponctionne la tumeur avec un trocart, de la