Comme la sensibilité à la douleur persiste et qu'elle s'exagère parfois, l'état de la malade est, dans les mauvais cas, des plus désolants.

La sensibilité du ventre, les douleurs sacrées, la sensation de pression continuelle vers le bas, les troubles de la défécation et de la miction sont extrêmement pénibles.

L'hémorragie interne n'est point par elle-même très dangereuse, bien qu'elle puisse entraîner des symptômes d'anémie allant jusqu'à la syncope. Il faut que la patiente soit déjà extrêmement faible pour que la perte de sang puisse lui faire courir un danger sérieux.

La péritonite, à son premier accès, n'offre pas non plus de danger vital.

La maladie *se termine* de différentes façons, d'après que l'exsudat se résorbe ou que la poche se rompt.

S'il y a *résorption*, la tumeur diminue insensiblement, elle devient plus dure et irrégulièrement bosselée. Le col s'éloigne de plus en plus de la symphyse et revient vers le centre du bassin. Les manifestations douloureuses disparaissent lentement, jusqu'à ce que au bout de quelques mois, l'hématocèle ait disparu. Mais le plus souvent, il persiste encore une tumeur dure, rétro-utérine, fortement adhérente à l'utérus.

La mobilité normale de l'utérus ne revient plus complètement.

La poche sanguine peut aussi *s'ouvrir*, et le sang être évacué : d'abord les parois de l'hématocèle s'enflamment en provoquant de nouveaux symptômes, la paroi se ramollit en un endroit donné et finalement se rompt.

Le plus souvent la poche sanguine s'ouvre :

Dans le rectum. — Après quelques symptômes de catarrhe rectal, la rupture se fait inopinément et une forte diarrhée de masses noires, grumeleuses, s'établit brusquement. Aussitôt la malade se sent mieux et son état s'améliore au fur et à mesure que l'hématocèle se vide. L'évacuation peut durer assez longtemps. La tumeur diminue peu à peu jusqu'à ce que l'orifice de perforation se soit refermé, et bientôt il ne reste plus de traces de l'épanchement et le cul-de-sac de Douglas s'affaisse. Cependant la perforation peut être suivie d'inflammation putride des parois de la poche et la maladie se terminer par la mort.

Dans le vagin. — La rupture se fait bien plus rarement par le vagin. Elle est alors précédée de catarrhe vaginal. La perforation peut se faire simultanément dans le vagin et dans le rectum.

Dans la vessie. — D'après *Ott* (1) on ne connaîtrait qu'un seul cas

(1) *Revue clinique hebdomad. de la Gaz. des hôp.* 1861, p. 53.

de ce genre. La rupture se fit en même temps par la paroi abdominale.

Dans la cavité abdominale. — Le cas est des plus rares.

Le danger consiste en ce que, lors de la rupture et aussi pendant l'évacuation progressive de l'hématocèle, les parois de la poche peuvent se mettre à suppurer, et le contenu se putréfier. Dans ce cas, la mort survient d'ordinaire par péritonite ou par épuisement.

Des clapiers peuvent persister ; du pus s'y accumule, jusqu'à ce qu'il soit expulsé par l'ouverture rétrécie de la fistule, de sorte que de temps en temps on observe des évacuations de pus par le rectum.

Diagnostic. — L'hématocèle présente un tableau si caractéristique et si saisissant que l'idée de cette affection se présente directement à l'esprit. Comme les renseignements anamnestiques et l'examen objectif suffisent amplement à établir le diagnostic, je puis me contenter d'indiquer les caractères différentiels des états qui pourraient être plus ou moins facilement confondus avec l'hématocèle.

Mentionnons d'abord la *périmétrite* que dans certaines circonstances une ponction exploratrice peut seule faire distinguer de l'hématocèle. Certaines périmétrites, en effet, présentent à peu près les mêmes apparences que l'hématocèle. Les anamnestiques trancheront le mieux la question. Une apparition très brusque de la tumeur, l'invasion subite des symptômes coïncidant avec l'établissement d'une anémie instantanée feront croire plutôt à une hématocèle. La marche de la maladie présente aussi quelques différences. L'hématocèle qui ne se rompt point devient de plus en plus dure et plus petite ; elle a une consistance inégale, devient bosselée, tandis que la périmétrite séreuse peut rester longtemps sans s'altérer et sans s'ouvrir. Cependant un exsudat fibrineux peut fort bien suivre une marche identique à celle de l'hématocèle. La sensation de crépitement propre au sang coagulé paraît s'observer rarement.

L'hématocèle pourra être assez facilement confondue avec une *rétroflexion de l'utérus gravide*, surtout lorsque la malade s'est crue enceinte. Le toucher vaginal peut accuser aussi une grande analogie entre ces deux affections. Mais dans la rétroflexion, on s'aperçoit à l'examen externe que la vessie est notablement étirée vers le haut. Cet organe ne saurait être confondu avec la tumeur d'hémotocèle que l'on peut percevoir aussi à la palpation de l'abdomen. En outre, dans le cas d'hématocèle, le fond de l'utérus est refoulé contre la paroi abdominale antérieure. Pour faire rigoureusement ces constatations, il peut être nécessaire de chloroformer la malade, à cause de l'extrême sensibilité des parties.

Les kystes de l'ovaire et les fibromes utérins qui se sont enclavés dans le cul-de-sac de Douglas et y ont déterminé l'inflammation des tissus voisins, peuvent donner lieu aux mêmes symptômes objectifs que l'hématocèle, mais leur début et leur marche diffèrent. A la rigueur, la ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

Les grossesses extra-utérines du cul-de-sac de Douglas sont très rares, mais elles peuvent embarrasser grandement le diagnostic différentiel, car les deux affections ont beaucoup d'analogie au point de vue des anamnestiques. La grossesse extra-utérine produit une tumeur qui s'est développée peu à peu, mais on ne peut toujours établir cela d'une manière certaine. Le volume de la tumeur ne correspond pas à l'époque présumée de la grossesse. L'hémorragie utérine parle en faveur d'une hématocèle. Parfois il est nécessaire d'attendre et de répéter l'examen de la malade.

L'endroit précis d'où vient le sang est encore plus difficile à établir que le diagnostic. La plupart du temps, on en sera réduit à de pures suppositions auxquelles on ne peut donner qu'exceptionnellement et dans les cas favorables un peu de probabilité. On pourra croire avec assez de certitude à la *rupture d'un kyste de grossesse extra-utérine*, lorsque les anamnestiques le permettent et qu'en même temps une membrane déciduale est expulsée de l'utérus. On pensera à une *pelvi-péritonite hémorragique*, lorsque la malade a eu antérieurement des atteintes de périmétrite, ou bien lorsqu'un exsudat séreux primitivement existant et constaté, se développe tout d'un coup avec rapidité. Si les examens antérieurs ont fait découvrir de petites tumeurs ovariques, on sera tenté de chercher dans les *ovaires* le lieu de l'hémorragie. Lorsqu'on n'a aucune raison de localiser l'hémorragie et que les membres inférieurs accusent des varices très fortes, on pourra supposer la *rupture d'une veine variqueuse* du ligament large.

Pronostic. — L'hématocèle est toujours une affection sérieuse, tant à cause du préjudice qu'elle finit par porter à la santé qu'à cause du danger immédiat et des conséquences éloignées.

La mort est une terminaison exceptionnelle; elle est due à la suppuration et à la putréfaction de la tumeur. Les conséquences que l'hématocèle peut entraîner sont : le changement persistant de position de l'utérus, les accès répétés de périmétrite et la stérilité résultant des adhérences des ovaires et de l'étranglement des oviductes. Cependant la conception n'est pas impossible, malgré l'existence de l'hématocèle. Il est rare que l'hématocèle récidive.

Le *traitement* dans son ensemble sera symptomatique et expectant. Dès que la tumeur est constituée, l'application externe du froid jouera

le rôle principal. On appliquera des vessies de glace sur le bas-ventre ; parfois on se trouvera bien de pousser de petits morceaux de glace dans le vagin. La réfrigération est doublement indiquée : elle tient en respect la péritonite partielle et elle modère la violence de l'hémorragie interne. Lorsqu'il n'existe pas de symptômes impérieux, on s'en tiendra au repos le plus absolu, au cathétérisme si le besoin s'en fait sentir et à l'administration de laxatifs légers, dans le but d'éviter que des matières fécales dures ne viennent au passage irriter la tumeur et provoquer de vives douleurs.

Lorsque l'hématocèle suit sa marche type, il n'est pas nécessaire d'employer d'autres moyens de traitement, à part l'administration de narcotiques destinés à adoucir la douleur. En effet, la tumeur s'enkyste généralement et se résorbe à peu de chose près.

Jadis l'ouverture et l'évacuation de la tumeur étaient formellement contre-indiquées, car cette opération entraînait ordinairement la suppuration et la putréfaction, et changeait l'affection, primitivement sans danger pour la vie, en un accident mortel. Aujourd'hui l'antisepsie a fait disparaître le danger. Cependant, je me suis convaincu, par expérience, que l'incision, le curage et le drainage de la poche n'abrègent point la marche de l'affection, et qu'il faut par conséquent préférer le traitement expectant. Le curage de la poche peut devenir nécessaire, lorsque la tumeur est très vaste ou bien qu'elle s'est enflammée et se putréfie, ou qu'elle demeure stationnaire et épuise les forces.

Quant à la première de ces indications, les douleurs produites par la pression de la collection sanguine peuvent devenir si intenses qu'il faut absolument diminuer le volume de la tumeur, mais il faut autant que possible différer cette opération afin de ne pas provoquer une hémorragie nouvelle. Comme le contenu de la poche est encore liquide alors, il suffira d'un trocart, mais on peut aussi inciser. Il est évident qu'il ne faut négliger aucune précaution d'antisepsie.

S'il y a putréfaction et suppuration, il faut vider entièrement la tumeur. On fera une large incision dans le cul-de-sac postérieur et avec le doigt on fera sortir tous les caillots devenus purulents. La cavité est lavée à l'acide phénique et on y place un drain. Lorsque l'hématocèle est due à un avortement de grossesse tubaire, il est préférable de faire la laparotomie, de vider la poche et d'enlever la trompe malade.

HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

C'est la tumeur sanguine siégeant dans le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Une tumeur sanguine peut se produire en cet endroit dans différentes circonstances. Elle peut n'être que la manifestation partielle d'une hématocèle rétro-utérine considérable enkystée, qui s'étend par-dessus l'utérus jusqu'à la paroi abdominale antérieure. Dans ces cas l'excavation vésico-utérine est aussi remplie de sang.

Il est rare qu'une hématocèle anté-utérine se produise de la manière observée par *G. Braun*. Le cul-de-sac anté-utérin était primitivement fermé par le haut et une hémorragie transforma cette cavité en une poche sanguine. Ces cas ne se rencontrent que rarement, attendu que d'une part, les adhérences péritonitiques sont bien moins fréquentes en avant qu'en arrière de la matrice, et que d'autre part, les trompes et les ovaires, qui donnent si souvent lieu à des hémorragies dans le cul-de-sac rétro-utérin enkysté, sont très rarement déplacés, au point de se trouver dans l'excavation vésico-utérine.

FIG. 187. — Hématocèle anté-utérine. *u* Utérus. *T* Trompe distendue par la grossesse tubaire. *bc* Caillots de sang. *fb* Sang resté liquide.

Le plus souvent l'hématocèle anté-utérine ne survient que lorsque les parois du cul-de-sac de *Douglas* sont entièrement soudées l'une à l'autre. Lorsque l'utérus est intimement relié au rectum, l'excavation vésico-utérine se déprime insensiblement de plus en plus sous l'action de la pression abdominale et remplace alors en tous points le cul-de-sac de *Douglas*, même au point de vue de l'établissement d'une hématocèle. *Schrœder* a observé un cas pareil après rupture d'un kyste de grossesse extra-utérine, et j'en donne ici la figure (fig. 187).

TROMBUS OU HÉMATOME DU TISSU CONJONCTIF PELVIEN (HÉMATOCÈLE EXTRAPÉRITONÉALE)

Kuhn, Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbander, etc. Zurich, 1874. — *A. Martin*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 8, p. 476. — *Düvelius*, Arch f. Gyn. Bd. 23. H. 1. — *Schlesinger*, Wien. med. Blätter, 1884. N° 27-46. — *Freund*, Gyn. Klinik. Strassburg 1885, p. 218. — *Zweifel*. Arch. f. Gyn. Bd. 22 et 23.

Les épanchements de sang dans le tissu conjonctif se produisent le plus souvent pendant l'accouchement. En dehors de ce moment, les fortes hémorragies interstitielles sont rares. Le plus souvent, elles se produisent au cours de la menstruation, sous l'empire d'efforts corporels fatigants ou d'exercices violents.

Ces tumeurs sanguines sont contenues dans les ligaments larges

tantôt d'un côté seulement, tantôt des deux côtés à la fois. Dans ce dernier cas, elles sont reliées entre elles par un segment médian, qui passe parfois derrière et plus souvent au-devant de la matrice (1). Elles sont généralement d'un volume modéré, dépassant rarement celui du poing. Quand elles atteignent ces dimensions, elles peuvent refouler fortement l'utérus du côté opposé ou vers le haut. Leur consistance est pâteuse.

Lorsque l'hémorragie est considérable, on observe, outre les symptômes de l'anémie, une douleur subite analogue à celle qui suit immédiatement un traumatisme. Cette douleur peut être très forte et développer une sensation de douleur d'accouchement, dépendant du tiraillement des ligaments larges.

La tumeur finit presque toujours par se résorber.

Le *diagnostic* différentiel d'avec les exsudats paramétritiques peut offrir des difficultés sérieuses, mais ceux-ci se développent petit à petit en même temps qu'il s'établit des symptômes inflammatoires et de la fièvre, tandis que l'hématome se produit brusquement et sans fièvre. L'hématome se distingue de l'hématocèle rétro-utérine, par sa position latérale caractéristique au sein des ligaments larges, et sa forme irrégulière. Lorsque l'hématome est bilatéral, ces deux tumeurs sont unies entre elles par un segment qui passe devant ou derrière l'utérus.

Le *traitement* sera ordinairement symptomatique et expectant. L'incision du thrombus n'est justifiée que tout exceptionnellement.

Des épanchements sanguins peuvent aussi se développer en d'autres points du tissu cellulaire pelvien. Nous avons observé une grosse tumeur semblable qui faisait saillir la paroi latérale du vagin. A l'incision, je découvris une large cavité, remplie de caillots, laquelle s'affaissa et se ferma rapidement.

4. — TUMEURS DU PÉRITOINE ET DU TISSU CONJONCTIF PELVIEN

Spencer Wells, Diseases of the ovaries, p. 36. — *Atlee*, Ovarian tumours, etc., p. 107. — *Peaslee*, Ovarian tumours, etc., p. 99. — *Bantock*, Obst. J. of Great Britain, mai 1873, p. 124 et London Obst. Tr. XV, p. 105. — *Koeberlé*, Obst. J. of Great Britain. Septembre 1873, p. 422. — *Schatz*, Arch. f. Gyn. Bd. IX, p. 120. — *Gusserow*, e l. p. 478 et B. X, p. 184. - *Duplay*, Arch. génér. 1882, Bd. II, p. 385, etc. — *Bandl*, l. c.

KYSTES

Il n'est pas rare de rencontrer dans le voisinage des trompes une

(1) Un cas exceptionnel de séparation du péritoine de la face postérieure de l'utérus par un trombus a été publié par BAUMGARTNER (*Deutsche med. Woch.*, 1882, n° 36).