

On conseille d'exciser la partie trop saillante du col, soit avec les instruments tranchants, soit avec l'écraseur ou le galvano-cautère, mais toujours il faudra prendre grand soin de ne pas laisser le museau de tanche s'oblitérer pendant la cicatrisation.

L'*hypertrophie de la portion sus-vaginale* est spéciale, dit-on, aux femmes multipares, chez lesquelles le relâchement des parois du vagin entraîne un certain degré de prolapsus de ce canal ; le corps de l'utérus fixé, peut-être par rétraction de ses ligaments, ne suit pas le mouvement des culs-de-sac du vagin et la partie sus-vaginale du col s'étire et s'hypertrophie ; à cette explication déjà ancienne, je crois qu'il faut toujours ajouter un état pathologique des tissus du col atteint d'inflammation chronique.

Le corps reste en place, les culs-de-sac du vagin s'allongent vers le bas et forment ainsi un godet antérieur dans le fond duquel la vessie est entraînée, et un godet postérieur que remplissent les intestins et le rectum.

Souvent alors l'utérus se fléchit en avant et cette antéflexion fait rentrer en partie le col saillant à la vulve, mais tous les accidents dus à l'antéflexion se manifestent ; douleurs, pesanteur, difficulté de la miction, etc.

L'hystéromètre introduit dans l'utérus fait constater un allongement considérable de l'organe, ce qui différencie l'hypertrophie d'avec le prolapsus utérin.

On a pratiqué l'excision du col, cette opération est d'autant plus judicieuse que nous savons aujourd'hui que l'hystérectomie vaginale donne des succès incontestables.

4° AFFECTIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

§ 1. — Pelvi-péritonite.

On désigne sous le nom de pelvi-péritonite ou de périmérite l'inflammation aiguë ou chronique du péritoine du petit bassin.

La pelvi-péritonite peut exister tantôt isolée, tantôt accompagnée de paramérite ou de phlegmon du ligament large.

Elle est rarement primitive, sauf les cas où elle est due à l'extension d'une péritonite généralisée.

Le plus souvent elle est consécutive, et elle accompagne les altérations des organes pelviens, et presque exclusivement celles des organes génitaux internes. La pelvi-péritonite peut être causée par les affections inflammatoires de l'utérus, endométrites ou métrites aiguës et chroniques.

Nous devons noter, en particulier, les métrites et les lymphangites utérines d'origine puerpérales.

Souvent, dans ces cas, elle coexiste avec un certain degré de paramérite. Elle peut aussi succéder à des catarrhes utérins non infectieux, et aussi à des opérations et explorations gynécologiques.

Les affections des annexes, les ovarites, les ovaro-salpingites, les tumeurs ovariennes et certaines tumeurs utérines lui donnent très souvent naissance, ainsi que tous « les états pathologiques qui, s'accompagnant d'une augmentation considérable du volume des organes malades, exercent une irritation intense sur le péritoine pelvien » (Martin).

Enfin certaines affections, telles que la blennorrhagie, peuvent amener de la pelvi-péritonite, mais le plus souvent par l'intermédiaire des organes génitaux internes contaminés par la maladie. Enfin, il existe des pelvi-péritonites tuberculeuses, et septicémiques.

Les lésions de la pelvi-péritonite sont celles de la péritonite généralisée, aiguë ou chronique suivant les cas. La séreuse pelvienne, d'abord congestionnée, puis dépolie, se recouvre bientôt d'exsudats inflammatoires. Ceux-ci constituent bientôt des productions qui, d'abord molles et glutineuses, s'organisent rapidement pour former des néo-membranes établissant ainsi des adhérences entre les organes qui plongent dans le petit bassin ; anses intestinales, épiploon, S iliaque, utérus et ses annexes, trompes, ovaires, ligaments larges, etc. Ces fausses membranes, de forme et de disposition très irrégulières, comblent plus ou moins les culs-de-sac péritonéaux et laissent entre elles des lacunes et des cavités, tantôt isolées, tantôt communiquant les unes avec les autres qui peuvent renfermer, soit de la sérosité pure, soit un liquide séro-albumineux, quelquefois même du sang ou du pus.

Mais, avec le temps, ces adhérences se transforment, peu à peu, en brides celluleuses et même fibreuses qui fixent les organes auxquelles elles s'insèrent, les dévient, les déplacent et les immobilisent dans des positions vicieuses. Ces déviations peuvent être l'origine d'une gêne permanente dans le fonctionnement des organes ainsi déplacés et étranglés. Ces exsudats membraneux s'accumulent surtout dans le cul-de-sac rétro-utérin, plus rarement dans le cul-de-sac antérieur. L'utérus peut être alors fixé plus ou moins étroitement par sa paroi postérieure, suivant le nombre et l'étendue des adhérences. On voit aussi survenir une certaine rétraction des ligaments utéro-sacrés. De là, des déviations partielles ou totales de la matrice qui peuvent amener un certain degré d'atrophie ou des troubles de circulation importants de cet organe.

Les ovaires et les trompes enserrés par ces adhérences, ces brides, peuvent être réunies en masse et former une tumeur volumineuse, ou bien immobilisés et fixés à un point éloigné de leur siège normal. Elles en subissent des déviations ou des torsions qui gênent leur fonctionnement. Ces organes déviés sont bientôt le siège de congestion et d'engorgement qui déterminent des inflammations aiguës ou chroniques : de là les ovarites et les salpingites si fréquemment observées avec ces lésions (1).

(1) Le plus souvent cependant l'inflammation péritonéale est consécutive aux lésions viscérales, au lieu de les précéder.

Enfin le rectum est souvent gêné, aplati, étranglé en quelque sorte par les exsudats et les brides cicatricielles : au point que la défécation peut être parfois rendue très difficile.

Dans les pelvi-péritonites d'origine puerpérale très aiguës, où la mort survient avant l'organisation de l'exsudat, on a souvent trouvé les lymphatiques utérins, sous-séreux, enflammés et gorgés de pus (Lucas Championnière).

Enfin les collections liquides retenues entre les adhérences peuvent parfois acquérir un volume considérable et former de véritables tumeurs.

La pelvi-péritonite peut être aiguë ou chronique. La seconde succède d'ordinaire à la première, mais il y a aussi des cas chroniques d'emblée, qui ont souvent un début insidieux.

Dans la forme aiguë, le début est brusque, presque foudroyant. La malade est prise de frissons violents, avec fièvre, exagération de la température qui dépasse 38° et atteint souvent 39°. En même temps, surviennent des nausées, des vomissements bilieux, quelquefois même porracés, et la malade ressent une vive douleur à l'épigastre. La face est anxieuse, grippée, le pouls est petit. La soif est intense, il y a de l'insomnie. On voit quelquefois apparaître de véritables symptômes typhoïdes. Dans les formes septiques, bien que la température dépasse rarement 38°, le pouls est rapidement très fréquent, petit et irrégulier.

En même temps le ventre est tendu, météorisé et très douloureux. Cette douleur est exagérée par les moindres mouvements, par la pression abdominale et par le toucher vaginal. Le maximum de la douleur siège à la région inférieure du ventre. Dans certaines formes, dont le début est peut-être un peu moins aigu, les douleurs dominent toute la scène. La région sacrée devient le siège de douleurs très pénibles, exaspérées par le mouvement. La sensibilité est telle que la malade supporte à peine le poids de ses couvertures, et que l'introduction d'une canule vaginale provoque une douleur presque intolérable. Les malades, absolument privées de sommeil, perdent rapidement leurs forces.

Du côté du rectum surviennent souvent des épreintes très douloureuses accompagnées d'une constipation opiniâtre : dans certains cas cependant on a noté l'existence d'une diarrhée abondante, quelquefois le ténesme est accompagné d'expulsion de mucus rectal. La vessie en partie parésiée se laisse facilement distendre et on a signalé une véritable rétention d'urine. Parfois le ténesme vésical vient s'ajouter au ténesme rectal.

A tous ces phénomènes peuvent s'ajouter tantôt de véritables métrorrhagies tantôt au contraire une suppression des règles. Mais dans tous les cas il existe une abondante sécrétion de liquide muco-purulent par le vagin.

Les signes physiques qui caractérisent la pelvi-péritonite ne sont sou-

vent perceptibles qu'au bout de deux ou trois jours. Si l'on pratique alors le toucher vaginal, on constate que le soulèvement de l'utérus provoque une douleur très vive. L'utérus est plus ou moins dévié, tantôt latéralement, mais le plus souvent en haut et en avant. Il se trouve immobilisé au sein d'une masse d'exsudats, situés en arrière de lui, faisant une saillie plus ou moins considérable au niveau du cul-de-sac postérieur, et qui s'avance plus ou moins dans un des culs-de-sac latéraux, quelquefois dans les deux.

La tumeur rétro-utérine formée par les exsudats inflammatoires est séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins marqué, mais qu'il est dans certains cas très difficile de trouver et de parcourir. Ferme et élastique dès le début, cette tuméfaction présente une surface tantôt lisse, tantôt irrégulière; il est difficile de lui assigner des limites précises au moins latéralement et en haut. Sa partie inférieure fait dans le cul-de-sac postérieur une saillie assez arrondie, chaude, et très douloureuse à la pression. Dans un grand nombre de cas elle est le siège de battements, facilement perceptibles.

Le toucher rectal confirme les résultats fournis par le toucher vaginal et permet de mieux apprécier le volume exact de la tumeur. Si la pelvi-péritonite se localise en avant de l'utérus, c'est dans le cul-de-sac antérieur que l'on constate les signes que nous venons d'énumérer : mais cette localisation est très rare.

Cette forme aiguë peut se terminer par résolution sans passer par l'état chronique. La résolution peut se faire alors en quelques semaines, mais il faut laisser écouler un temps assez long pour être certain de la guérison.

Le plus souvent, en effet, la pelvi-péritonite subit, soit à l'occasion des règles, soit par suite d'une tentative prématurée de coït, des poussées inflammatoires nouvelles qui peuvent prolonger la maladie pendant plusieurs mois.

La maladie peut aussi se terminer par suppuration. On voit alors la douleur augmenter, des signes d'inflammation apparaître. La tumeur devient chaude, plus sensible, rénitente, puis fluctuante. Si cette inflammation est trop vive elle peut même provoquer une péritonite généralisée, rapidement mortelle. Dans les cas favorables, la suppuration envahit l'exsudat, le pus se collecte et la collection purulente peut s'ouvrir spontanément, soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans l'intestin grêle ou le cæcum. L'ouverture vaginale est la plus fréquente et aussi la plus favorable. Cette évacuation spontanée du pus peut souvent être suivie d'une guérison complète et rapide. Mais dans les cas où la poche qui contient le pus se vide mal, celui-ci s'altère, la fièvre s'allume peu à peu, et la malade peut être emportée par une septicémie plus ou moins rapide, elle succombe quelquefois à la fièvre hectique; il peut aussi persister dans le bassin des phénomènes inflammatoires

subaigus, entretenant des douleurs continuelles, et capables de donner lieu à des phénomènes menaçants.

La pelvi-péritonite chronique peut succéder à la forme aiguë, mais quelquefois elle est chronique d'emblée. Dans ce dernier cas l'évolution de la maladie semble favorable, à moins que l'affection ne soit tuberculeuse. Dans les cas de périmétrite chronique primitive la maladie s'annonce par une sensibilité peu marquée de la paroi abdominale. En même temps les culs-de-sac vaginaux, surtout le postérieur, sont douloureux et cette douleur s'exagère par la moindre tentative de déplacement de l'utérus. Puis tout se calme et l'on n'observe plus que les signes, qui sont du reste les mêmes dans toutes les formes chroniques quel qu'en soit le début. Ceux-ci consistent surtout en troubles fonctionnels qui sont dus aux déviations, déplacements et étranglements des organes pelviens enserrés par des brides et néo-membranes solides.

L'utérus est déplacé d'une manière permanente, le plus souvent fixé par sa face postérieure, attiré en haut et en arrière, quelquefois infléchi en arrière ou sur les côtés. Les trompes et les ovaires, adhérents et fléchis, peuvent être irrités : l'ovulation se fait mal, est douloureuse. Tous ces troubles, qui s'accompagnent de quelques douleurs, amènent chez la plupart des femmes une aversion marquée pour le coït ; d'autres fois mais exceptionnellement, une excitation génitale exagérée. La stérilité paraît être une des conséquences les plus constantes de la pelvi-péritonite chronique, surtout parce que les irrégularités de l'ovulation et de la menstruation mettent obstacle à la conception. Quelquefois cependant la fécondation a lieu, mais elle aboutit à un avortement parce que la résistance des adhérences arrive à empêcher le développement de l'utérus gravide. D'ailleurs dans certains cas, une grossesse, évoluant jusqu'au bout, peut, en relâchant, en distendant les adhérences, amener une guérison définitive, surtout si les suites de couches sont bien soignées et se passent sans accidents. Quoi qu'il en soit, presque toujours, les malades atteintes de périmétrite chronique sont sujettes à des coliques menstruelles, suivies quelquefois de ménorrhagies profuses, et dans l'intervalle des règles présentent une leucorrhée abondante.

Du côté de l'intestin, les adhérences peuvent gêner le cours des matières : de là, le plus souvent, constipation assez opiniâtre, et quelquefois même l'apparition des signes d'obstruction intestinale et même d'étranglement.

D'ailleurs il faut savoir aussi que la maladie est susceptible de retours passagers à l'état aigu, pendant quelques jours au moins et même quelques semaines, sous l'influence d'une fatigue, d'un excès quelconque, du moindre traumatisme utérin, même chirurgical, et aussi du refroidissement.

A la longue et quelquefois, après des années, la maladie peut arriver

à guérir complètement, mais en laissant après elle une petite tumeur d'une dureté ligneuse au fond du cul-de-sac postérieur. La ménopause entraîne aussi la guérison de tous les accidents.

Nous avons déjà dit plus haut que la pelvi-péritonite chronique d'emblée, à début insidieux, pouvait être tuberculeuse. Dans ce cas, on constate une tuberculose génitale plus ou moins complète, les ovaires, les trompes deviennent caséux. Des granulations et des amas caséux se produisent sur les fausses membranes. L'utérus est atteint lui aussi : on a constaté la présence de granulations sur la muqueuse utérine. Il y a toujours au moins de la métrite chronique. Cette forme anatomique est souvent très difficile à reconnaître cliniquement. Le début est lent et insidieux et les signes physiques sont ceux de toutes les périmétrites chroniques. A la longue, l'état général devient mauvais, la malade s'affaiblit, perd l'appétit, sa face devient terreuse, et elle succombe soit à une tuberculose généralisée, soit à des phénomènes hectiques consécutifs à une suppuration interminable des foyers caséux du petit bassin.

Le diagnostic de la pelvi-péritonite peut être souvent très délicat.

On peut la confondre avec le phlegmon du ligament large, qui cependant s'en distinguera par les signes suivants. Le phlegmon est caractérisé par une tuméfaction ordinairement limitée à un seul cul-de-sac latéral. Le faciès n'est pas altéré, grippé comme dans la péritonite. L'inflammation se propage d'ordinaire vers les parois abdominales, constituant ce qu'Alphonse Guérin appelle le plastron (1). Aussi lorsque la suppuration survient le pus tend à se faire jour vers la peau, tandis que la suppuration de la périmétrite s'évacue ordinairement par le vagin.

L'hématocèle rétro-utérine doit être aussi distinguée avec soin de la pelvi-péritonite. Toutes deux siègent de préférence dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; mais tandis que l'hématocèle est molle au début et cède à la pression, puis s'indure peu à peu et devient de plus en plus résistante, la pelvi-péritonite forme une tuméfaction qui, dure dès le principe, tend à se ramollir quand elle est envahie par la suppuration. En outre, si les deux affections peuvent avoir un début brusque et douloureux, dans l'hématocèle ce sont les signes généraux d'hémorragie interne et le collapsus qui dominent la scène, tandis que la périmétrite produit d'abord des nausées, des vomissements, des frissons et de la fièvre, phénomènes qui, lorsqu'ils se produisent, sont secondaires dans l'hématocèle.

Enfin dans les cas de pelvi-péritonite chronique, les indurations persistantes que l'on constate dans le cul-de-sac de Douglas doivent être soigneusement différenciées des rétro-versions utérines et des fibromyomes de la paroi postérieure de l'utérus. Mais, dans ces cas, la liberté

(1) L'induration abdominale connue sous le nom de plastron peut aussi, comme l'a fait voir Terrillon, être due dans certains cas à des pelvi-péritonites localisées et dues à une fixation anormale d'une trompe enflammée contre la paroi abdominale.

des culs-de-sac du vagin, la mobilité de l'utérus, les résultats du cathétérisme utérin et enfin l'étude des rapports exacts de la tuméfaction avec la matrice permettront d'établir un diagnostic précis.

Le pronostic de la pelvi-péritonite est toujours sérieux, quelquefois grave. A l'état aigu, en effet, elle peut donner naissance à des complications mortelles (péritonite généralisée, pelvi-péritonite septique). Cependant le danger de la péritonite aiguë est ordinairement écarté au bout de quelques jours.

Mais même dans les cas de guérison, la maladie peut avoir des conséquences sérieuses. Les néo-membranes et les brides cicatricielles peuvent, par les déviations et les déplacements qu'elles entraînent quelquefois pour toujours, donner naissance à des troubles fonctionnels douloureux, persistants, et contre lesquels la thérapeutique est souvent impuissante. Les dislocations pelviennes condamnent trop fréquemment les malades à une stérilité définitive, ou bien à des avortements probables en cas de grossesse. Enfin les collections purulentes enkystées auxquelles donnent naissance les périmétrites, présentent d'ordinaire une ouverture spontanée favorable, mais elles peuvent aussi causer la mort en pénétrant dans le péritoine, ou créer pour la malade un danger permanent de septicémie si l'évacuation du liquide est incomplète et s'il y a dans quelque diverticule qui se vide mal du pus retenu et altéré.

Enfin les récidives et les retours de l'inflammation sont pendant très longtemps à craindre à cause de l'intolérance et de la susceptibilité du péritoine pelvien chroniquement enflammé.

Traitement. — Dans les cas de pelvi-péritonites à forme aiguë le traitement est analogue à celui de toutes les inflammations péritonéales, c'est-à-dire surtout antiphlogistique. On emploiera l'opium sous toutes ses formes, des topiques révulsifs, cataplasmes laudanisés, pommades à la belladone, etc. L'usage de sangsues placées à l'hypogastre et mieux encore des applications de glace sur le ventre ont souvent rendu de grands services. L'emploi de la glace doit être dans ce cas assez longtemps prolongé sous peine de voir, s'il est cessé trop tôt, reparaître les phénomènes aigus. Les irrigations vaginales chaudes seront aussi très utiles, mais surtout lorsque l'état aigu commence à s'apaiser.

Un peu plus tard encore, les applications iodées ou iodoformées, les bains de siège peuvent être indiqués.

Dans les cas où la forme aiguë aboutit à une collection purulente, si celle-ci menace de percer dans le vagin, le chirurgien pourra l'évacuer à l'aide de ponctions aspiratrices, ou mieux par une incision suivie de lavage au sublimé, ou à l'eau phéniquée faible. Dans les deux cas, l'antisepsie vaginale devra être assurée aussi complètement que possible. Si l'abcès a été incisé, son ouverture sera suivie du drainage vaginal. Quand au contraire la collection purulente, ce qui est plus rare, menace de se faire jour à travers la paroi abdominale, le chirurgien pratiquera

une incision suivie de lavage antiseptique avec drainage au dessus de l'arcade de Fallope, opération qui devra être suivie, si cela est nécessaire, de contre-ouverture et de drainage par le vagin. Enfin, si malgré ces précautions, ou après une ouverture spontanée, la poche se vide mal et la malade menacée de septicémie, la laparotomie avec désinfection et drainage pourra devenir indiquée.

Dans les cas où la maladie passe à l'état chronique, et où le chirurgien doit combattre les indurations, les amas de néo-membranes des culs-de-sac, les vésicatoires réitérés, les pointes de feu, les injections vaginales chaudes et répétées deviendront les éléments principaux du traitement. L'emploi de certaines eaux minérales, et principalement les eaux alcalines, sulfureuses ou chlorurées sodiques sont souvent dans ce cas d'un très bon effet.

D'ailleurs pendant toute la durée de la maladie, souvent fort longue, la malade devra être soumise à un repos prolongé, et surtout au repos des organes malades, ainsi elle devra s'abstenir absolument ou à peu près des rapprochements sexuels. De plus, étant donné les dangers de récidives pendant les règles, elle sera obligée à un redoublement de précautions et de prudence durant la période cataméniale. En outre, si pendant toute la régression des néo-membranes, il persiste des douleurs, on devra prescrire des injections mucilagineuses et tièdes prolongées, des lavements et des suppositoires à la belladone et à la morphine, des douches chaudes. Certains auteurs allemands préconisent aussi l'emploi de la douche rectale d'Hegar qui aurait pour effet d'assouplir et de relâcher les adhérences.

On a aussi conseillé dans le même but l'emploi du massage des régions malades, massage utérin et lombo-abdominal. Ce traitement, peu employé en France, ne doit être pratiqué que par des mains exercées, avec beaucoup de ménagement et seulement après la disparition de tout trouble inflammatoire. Enfin en Allemagne, pour éviter les poussées congestives répétées pouvant survenir pendant la menstruation dans la pelvi-péritonite ancienne, on a conseillé la castration. Cette pratique n'est pas usitée en France et même en Allemagne, certains chirurgiens, parmi lesquels Martin (de Berlin) ne l'acceptent que si les ovaires ou les trompes sont eux-mêmes enflammés et altérés. Mais, dans ce cas, l'extirpation des annexes s'adresse surtout à l'ovaro-salpingite et non plus à la paramétrite qui l'accompagne.

§ 2. — Hématocèle péri-utérine.

On désigne sous le nom d'hématocèles péri-utérines les tumeurs sanguines enkystées du petit bassin, situées autour de l'utérus et développées soit dans la cavité péritonéale, soit en dehors de cette cavité.

Il existe deux grandes variétés d'hématocèle suivant le siège même

de l'épanchement sanguin : l'hématocèle *intra-péritonéale* et l'hématocèle *extra-péritonéale*, cette dernière beaucoup plus rare que l'autre.

A. *Hématocèle intra-péritonéale*. — L'hématocèle intra-péritonéale se produit, le plus souvent, en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, de là le nom de *rétro-utérine* que lui avait donné Nélaton. Cependant, dans quelques rares cas, on peut aussi l'observer dans le cul-de-sac vésico-utérin; on la désigne alors du nom d'*anté-utérine*.

Nous n'avons pas ici à décrire les épanchements sanguins considérables du petit bassin, qui remplissent la cavité pelvienne et qui tuent les malades par hémorragie, avant que l'enkystement du liquide ait eu le temps de se faire. Il résulte de la définition même qu'il n'y a véritablement hématocèle que lorsque la tumeur est enkystée.

D'ordinaire cet enkystement est assez rapide : il demande deux ou trois jours.

L'hématocèle étant constituée, nous devons examiner successivement le liquide épanché et la cavité qui le contient.

La quantité de sang contenu dans une hématocèle est très variable suivant les cas. Il est probable que les variations tiennent à la cause même de l'hémorragie, et aussi à l'état de réplétion ou de vacuité des organes pelviens, vessie et rectum en particulier, qui modifient très notablement la forme et la capacité du cul-de-sac recto-utérin.

Cependant, et surtout quand l'hémorragie se fait par poussées successives, il peut arriver que le cul-de-sac péritonéal se laisse considérablement dilater; les anses intestinales sont repoussées en haut, la vessie et le rectum se laissent aplâter, et l'utérus est refoulé en haut et en avant, parfois même appliqué contre le pubis. La tumeur sanguine arrive alors à remplir presque toute la cavité pelvienne, dépassant en haut le fond de l'utérus. Il est rare néanmoins que l'hématocèle atteigne un volume considérable, elle est parfois du volume du poing, souvent même moins grosse, comme une pomme ou une noix.

Les parois de la cavité sont formées par le péritoine seul ou le plus souvent tapissées de fausses membranes, et en haut par des adhérences inflammatoires qui agglutinent les anses intestinales, l'épiploon, l'S iliaque, le cæcum même, etc., formant par leur ensemble un véritable *diaphragme pathologique* (Bernutz), qui ferme complètement la cavité. Les fausses membranes qui constituent et tapissent les parois de la cavité sont analogues à tous les exsudats inflammatoires des séreuses, et du péritoine en particulier. Molles, friables, glutineuses dans les premiers jours, elles deviennent par la suite celluleuses, cellulo-fibreuses, et absolument fibreuses et solides dans les cas un peu anciens. Elles peuvent même quelquefois prendre un aspect presque cartilagineux. La cavité qu'elles limitent est rarement lisse et régulière : sa forme est ordinairement, irrégulière et anfractueuse, traversée ou même

quelquefois cloisonnée, par des adhérences et des brides analogues à celles des parois.

Quant au liquide contenu dans ces cavités, il subit d'ordinaire une série de transformations en rapport avec l'âge de l'épanchement. Le sang peut être quelquefois mélangé à de la sérosité et même à du pus, mais le plus souvent il est pur. Il peut rester liquide pendant un certain temps, mais d'ordinaire il se coagule assez rapidement. On trouve alors, peu de jours après le début de la maladie, la cavité remplie par un caillot et une certaine quantité de sérosité. Plus tard, cet épanchement prend l'aspect d'une gelée de groseille, noirâtre, ou même d'un liquide brun, sirupeux, analogue à de la mélasse. Plus tard encore, dans les cas anciens, on ne retrouve plus qu'une masse brunâtre enfermée au sein de fausses membranes très épaisses.

L'hématocèle *extra-péritonéale*, que l'on a encore appelée pseudo-hématocèle (Huguier) ou hématome extra-péritonéal, paraît avoir son siège le plus fréquent dans l'épaisseur du ligament large. Mais quand l'épanchement est abondant il peut passer en arrière ou en avant du col utérin, et quelquefois alors, suivant son volume, décoller plus ou moins loin le revêtement péritonéal du petit bassin. Les hématomes de petit volume peuvent aussi siéger dans les parties supérieures du ligament large (Martin, de Berlin).

La poche formée par le sang lui-même a une surface inégale, anfractueuse : elle est souvent traversée par des brides conjonctives de volume et de consistance variables. Les parois très friables sont formées par du tissu conjonctif et dans les cas anciens tapissées de caillots plus ou moins transformés. Souvent même proéminent de leur surface des lambeaux de tissu cellulaire avec des extrémités de vaisseaux déchirés, enroulés sur eux-mêmes et flottants dans la cavité.

Le sang épanché subit dans l'hématocèle extra-péritonéale les mêmes modifications que dans l'intra-péritonéale, mais les cavités sont souvent si anfractueuses que les transformations du liquide peuvent être très avancées en certains points, et à peine commencées dans d'autres diverticules de la poche, comme s'il s'agissait de cavités séparées et distinctes.

Les ligaments larges peuvent être quelquefois déchirés par le liquide épanché : d'autres fois le sang peut déchirer les culs-de-sac péritonéaux et pénétrer dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, il est résorbé, ou bien il s'enkyste, il peut aussi provoquer une péritonite généralisée. Enfin ces hématomes, comme toutes les tumeurs sanguines, sont capables d'être envahies par la suppuration. Il en est de même au reste de l'hématocèle intra-péritonéale.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la production de l'hématocèle : cela tient probablement à ce que le mécanisme n'est pas le même dans tous les cas.