faut intervenir; sans tenir compte des considérations théoriques, nous ne pouvons qu'être encouragés par les résultats des cas opérés par *Veit* (1).

4 — Néoplasmes des trompes

On n'a rapporté jusqu'ici que de très rares observations de ***néoplasmes isolés et primitifs de la trompe de Fallope.*** Récemment *Winckel* (2) a relaté plusieurs cas de fibromes de cet organe. *Doran* (3) et *Senger* (4) ont décrit des sarcomes tubaires primitifs, et encore celui-ci était d'avis que la tumeur était partie des glandes para-ovariques. Le dernier cas cité est celui opéré par *Landau* et communiqué par *Gottschalk* à la *Naturforscher-Versammlung* de Berlin, en 1886.

J'ai eu occasion d'observer, il n'y a pas encore longtemps, un carcinome primitif de la trompe (5). Le néoplasme semblait avoir pris naissance dans la muqueuse.

Il est évident que le traitement, dans les cas de tumeurs, sera spécial à chaque cas en particulier. Peut-être pourrait-on favoriser la guérison, en cas de diagnostic précoce, par l'extirpation de l'organe dégénéré. Malheureusement, dans l'état actuel de nos moyens d'investigation, l'édification précoce du diagnostic ne peut être que l'exception.

(1) *Loc. cit.* et *Verhandl. der Ges. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin.
(2) *Lehrbuch*, 1886.
(3) *Pathol. Transactions*, XXI, p. 174.
(4) *Centralbl. f. Gyn.* 1886, n° 37.
(5) V. Orthmann, *Ges. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 12 nov. 1886.

VII — Maladies des ligaments larges

1 — Paramétrite

Ce n'est que rarement qu'il se produit une inflammation idiopathique et primitive du tissu lâche qui constitue le plancher pelvien, et s'insinue également dans la duplicature péritonéale que nous désignons du nom de ligaments larges. Dans l'immense majorité des cas, les affections de ces ligaments sont de nature septique ou résultent de l'immigration des microbes de la gonorrhée ou de la tuberculose. La forme bénigne ne se rencontre qu'isolément à la suite de traumatismes, d'irritation consécutive à la masturbation, de déperdition générale des forces par soustraction locale ou générale d'humeurs organiques. D'après *Freund* (1), qui a donné une description typique de la paramétrite, ***les phlegmasies paramétriques indépendantes d'agents pathogènes*** sont rares en comparaison de ***celles qui sont dues à l'infection.*** Parmi ces dernières, la paramétrite septicémique est de beaucoup la plus fréquente, qu'elle ait été créée par le processus puerpéral, ou qu'elle soit le résultat de blessures accidentelles ou d'opérations faites avec des mains ou des instruments malpropres. En dernier lieu viennent les inflammations d'origine syphilitique, gonorrhéique ou tuberculeuse.

L'affection puerpérale des ligaments larges acquiert une importance capitale même en gynécologie, en raison de la facilité avec laquelle les reliquats de l'inflammation récidivent dans le cours de maladies génitales ultérieures, et surtout à cause de l'influence qu'elle exerce sur la marche des interventions opératoires.

Il est probable que la paramétrite est le plus souvent une maladie septique que les organes fortement relâchés et en souffrance

(1) *Monatschr. f. Geb.* 34, p. 380. — *Naturforschervers.*, Rostock 1871. — *Clinique gynécol.* à Strasbourg, 1886.

au moment des couches sont tout disposés à contracter. Sans tenir compte de l'intensité variable du virus et des modifications qui surviennent pendant la puerpéralité grâce à l'affection elle-même, nous voyons la longue persistance des reliquats de l'infection puerpérale fournir un contingent encore considérable d'accidents gynécologiques. Très fréquemment le temps des couches s'est écoulé dans des conditions en apparence excellentes; et l'affection nouvelle semble au profane avoir été séparée de cette période par un intervalle de santé absolue.

Les reliquats de paramétrite puerpérale doivent d'autant plus attirer l'attention qu'ils peuvent exercer pendant des années une influence fâcheuse sur les fonctions utérines et la nutrition de l'appareil génital tout entier, et devenir un obstacle presque insurmontable aux tentatives de traitement, même les plus énergiques. Les formes non puerpérales elles-mêmes peuvent nuire à la nutrition de l'appareil sexuel : telle la ***paramétrite chronique atrophique*** qu'a décrite *Freund* (1) et qu'il considère comme étant d'origine essentiellement non puerpérale.

Au point de vue ***anatomo-pathologique,*** nous voyons dans les deux groupes de paramétrite se produire à la période aiguë une exsudation dans le ligament large et le plancher pelvien, exsudation qui, après infiltration séreuse du tissu conjonctif lâche et riche en vaisseaux situé entre les feuillets péritonéaux, cause le développement d'un œdème gélatineux (Phlegmon diffus de *Virchow*) (2), de l'œdème que *Pirogoff* appelle ***l'œdème purulent aigu.*** Cet œdème n'est que peu prononcé dans la ***paramétrite non infectieuse.*** Il détermine très rapidement une atrophie inodulaire du tissu conjonctif qui atteint les vaisseaux et les nerfs de tout le plancher pelvien.

Dans la forme infectieuse, l'œdème est promptement suivi de suppuration. Les masses exsudatives peuvent occuper aussi bien la base du ligament large, par conséquent les portions situées immédiatement au-dessus de la voûte vaginale (fig. 199, cavité pelvienne sous-péritonéale), que le segment péritonéal situé plus

(1) *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn*, fasc. I, 1875.
(2) *Virchow's Archiv.* XXIII, 1862.

haut, immédiatement au-dessous de la trompe de Fallope, le véritable ligament large, que ne mentionne pas la fig. 199. Elles peuvent s'étendre au-dessous du péritoine le long de la colonne vertébrale, séparer l'utérus lui-même de son revêtement séreux, et cheminer vers le côté opposé par-dessous le cul-de-sac de Douglas et par-dessus la voûte vaginale, se rencontrer, le cas échéant, avec l'exsudat créé de ce côté et se confondre avec lui. Les exsudats paramétriques passent, mais rarement, entre la vessie et la matrice; ils enveloppent alors la vessie de même qu'ils font, dans la marche décrite précédemment, pour le cul-de-sac de Douglas et son contenu.

Au cours du développement ultérieur d'exsudats de ce genre,

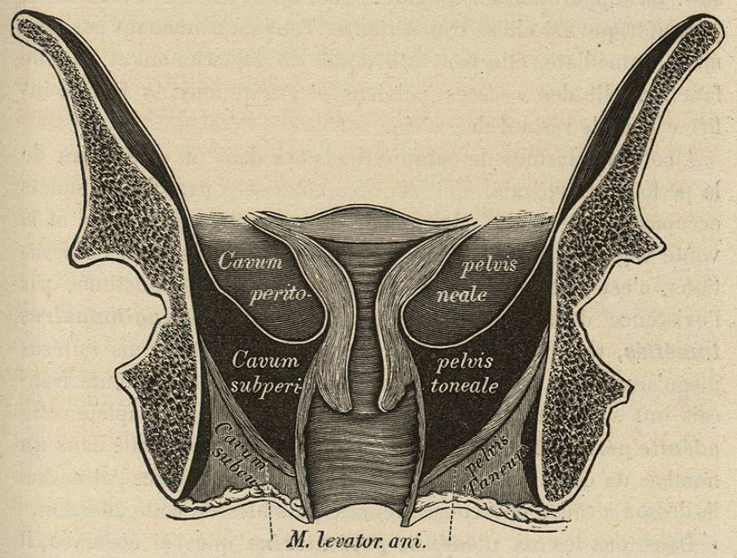

Fig. 199. — D'après Bandl. *Man. des mal. des femmes*, V, 1879.

le revêtement séreux du bassin tout entier décèle une grande tendance à participer au processus pathologique. Nous voyons des paramétrites peu étendues se compliquer la plupart du temps de péritonite localisée, et les phlegmasies para et périmétriques évo-

luer d'une façon parallèle. Dans la portion de péritoine située au-dessus du segment ligamenteux malade, il se produit une certaine dilatation vasculaire qui s'accompagne d'une exsudation plus ou moins considérable. La séreuse se recouvre de couennes épaisses, ou bien il se crée entre les ligaments et les anses intestinales adjacentes des adhérences solides qui provoquent leur soudure intime.

Des paramétrites même étendues peuvent se terminer par résorption; après avoir semblé stationnaires pendant longtemps, elles disparaissent à un moment donné. Dans d'autres cas les exsudats déterminent la fonte même de leur enveloppe, produisant ainsi une perforation par laquelle ils s'évacuent : la guérison suit. La suppuration en est rare. Quoi qu'il en soit l'exsudation paramétrique est chose très sérieuse. Tout en n'amenant pas une mort immédiate, elle peut provoquer le déplacement et la gêne fonctionnelle des viscères pelviens et rendre ainsi la femme infirme pour le restant de sa vie.

A côté des formes de paramétrite, nées dans ou en dehors de la période puerpérale, qui sont caractérisées par des exsudats occupant tout l'espace compris entre les replis péritonéaux et la voûte vaginale, il en est une autre qui, d'après mes observations, n'est jamais d'origine puerpérale. Elle est constituée par l'existence dans le paramétrium de ***paquets ganglionnaires tuméfiés,*** rangés en chapelet, et qui s'étendent depuis l'utérus jusqu'aux parois du bassin. A ma connaissance, les auteurs français ont seuls jusqu'à présent décrit d'une façon complète cette ***adénite péri-utérine*** (1). J'ai rencontré cet état morbide dans un nombre de cas assez considérable et je voudrais attirer l'attention là-dessus à cause des conséquences possibles de cette affection.

Dans tous les cas ***d'adénite péri-utérine*** que j'ai observés, il s'agissait de femmes bien constituées, qui s'étaient mariées, saines en apparence, avec des négociants aisés, des officiers, des magistrats, des fabricants, c'est-à-dire avec des jeunes gens ayant une belle position, et avouant presque tous avoir eu une jeunesse très orageuse. Un seul d'entre eux niait avoir jamais été atteint d'une

(1) Courty, *Ann. de Gyn.*, Paris, 1881, XIV, p. 241-257.

affection génitale; en revanche nous apprîmes que la femme, trompant son mari, avait été infectée à plusieurs reprises par des amants. Dans tous ces cas la maladie prit naissance presque dès le début du mariage et, à part deux d'entre elles, les femmes étaient stériles. De ces deux-là qui accouchèrent prématurément, l'une mit au monde un fœtus sanguinolentus.

Dans les périodes initiales on constata la présence de petits ganglions dans un exsudat paramétrique assez restreint ; quant aux malades qui ne se soumirent au traitement que tard, l'exsudat chez elles n'était plus représenté que par une cicatrice funiculaire ou rubanée ; quelquefois même il se trouvait entièrement résorbé, fait qui rendait les noyaux périmétriques encore plus palpables. Le plus souvent on ne sentait tout d'abord, sur les côtés de la matrice, que trois ou quatre ganglions rangés l'un à côté de l'autre. Mais en explorant plus sérieusement, la main en rencontrait un bien plus grand nombre, se suivant comme les grains d'un chapelet et atteignant la marge du bassin.

J'ai d'autant moins de scrupule à ranger cette forme d'affection paramétrique dans le chapitre des paramétrites, que mes observations m'ont donné la conviction que ces petites tuméfactions ganglionnaires pouvaient à l'occasion être le point de départ d'une exsudation considérable. Il est vrai que je n'ai pas de ce fait la preuve expérimentale, mais cela ne m'empêche pas de croire que l'exsudation paramétrique provient souvent de ces sortes d'adénite. Comment expliquerions-nous sans cela ce fait clinique qu'au début de l'affection, au milieu de phénomènes fébriles intenses, la production de l'exsudat vrai est précédée parfois pendant plusieurs jours d'une douleur violente dans l'un ou l'autre des côtés, qui diminue très sensiblement au moment même de l'exsudation ? N'est-on pas tenté de rapporter cette douleur à la tuméfaction des ganglions, à ce moment-là peut-être inaccessibles, et ne peut-on expliquer la création de l'exsudat par la suppuration du contenu ganglionnaire, la rupture de la tunique propre du ganglion et l'évacuation de ce contenu dans la duplicature du péritoine, dans les ligaments larges et la cavité pelvienne sous-péritonéale ? Dans un cas d'adénite péri-utérine non puerpérale qui, d'après les aveux du mari, était la suite indubitable

d'une affection gonorrhéique contractée au commencement du mariage, j'ai pu observer directement la formation d'un exsudat, après qu'un traitement énergique eut réduit les ganglions à un volume à peine encore appréciable. Après un coït impétueux, il survint un catarrhe utérin intense accompagné de vives souffrances d'origine ganglionnaire; les ganglions eux-mêmes se tuméfièrent et, trois jours après, tout le côté gauche du bassin était rempli d'un énorme exsudat. Je le répète, je n'ai pas réussi à prouver expérimentalement la vérité de mes hypothèses à ce sujet : mon opinion ne se base uniquement jusqu'à présent que sur l'observation clinique.

La ***paramétrite chronique atrophique*** de Freund consiste en une phlegmasie chronique, non puerpérale, du tissu conjonctif pelvien, qui amène l'atrophie cicatricielle et la raréfaction de ce tissu. Le tissu inodulaire siège tout autour de la partie latérale du col, étrangle les vaisseaux utérins et détermine, par la permanence des troubles circulatoires, une atrophie lente mais toujours croissante de la matrice. L'affection atteint généralement les deux côtés à la fois; je l'ai cependant trouvée une fois unilatérale et accompagnée de troubles de la nutrition utérine de ce seul côté-là. En outre, ce processus atrophique occasionne des perturbations organiques dans tout le petit bassin.

Quelle que soit la forme de la paramétrite, elle produit, à moins qu'elle ne guérisse par résorption, des déformations notables de la matrice, de la vessie et du rectum, et, par conséquent, des altérations du côté des tissus du petit bassin. De plus, sous l'influence surtout des paramétrites chroniques, il survient souvent des ***troubles de nutrition dans des organes éloignés.*** *Förster* (1) et *Mooren* (2) ont signalé récemment des troubles de ce genre dans le domaine du nerf optique.

Les ***symptômes*** de la paramétrite consistent, au début, dans de ***violentes douleurs,*** dues en partie à la compression exercée par l'exsudat sur l'intestin, les plexus nerveux au niveau du sacrum, sur la vessie et les autres viscères pelviens. Ces douleurs peuvent

(1) *Arch. f. Augenheilk.* 1877.
(2) *Les troubles nerveux dans les affections oculaires.* 1881.

atteindre rapidement leur summum et disparaître seulement lorsque la malade vient à garder un repos absolu et permanent. Dans d'autres cas les souffrances s'exaspèrent par accès, après être restées quelque temps peu prononcées; elles augmentent d'intensité à l'époque des règles, à l'occasion d'un trouble léger quelconque, du moindre ébranlement, pour devenir insupportables et condamner la malade au repos le plus complet. Dans d'autres cas encore la douleur se développe immédiatement après le traumatisme; ce mode de production se rencontre surtout lorsqu'il s'agit de la récidive de paramétrites anciennes en apparence disparues. (C'est du reste précisément dans les récidives que les accidents surviennent avec le plus de violence, généralement aussitôt après le traumatisme.)

Les affections paramétriques, à part les signes de compression qu'elles déterminent, occasionnent encore d'autres manifestations qui sont en connexion avec l'évolution ultérieure du mal, savoir : des oscillations fébriles, de la diarrhée. Ou bien les symptômes demeurent longtemps à peu près stationnaires, pour diminuer graduellement d'intensité dans les endroits atteints tout d'abord et y causer des troubles d'un autre genre. En règle générale l'***utérus*** participe au processus morbide lorsque la paramétrite est intense; il est déplacé, sa nutrition souffre et il devient la source d'abondantes sécrétions, quelquefois mélangées de sang. En même temps il augmente de volume et acquiert une sensibilité extrême. Le ***péritoine*** souffre plus fréquemment encore que la matrice. Les paramétrites aiguës sont presque toujours accompagnées de manifestations morbides du côté de la séreuse, manifestations qui consistent en sensibilité, tendance aux vomissements, accidents intestinaux, et qui s'associent à celles déjà existantes.

Le développement intraligamenteux d'exsudats paramétriques détermine du côté de l'***ovaire*** une gêne circulatoire. Mais, pour cet organe, l'influence des complications périmétriques et péritonéales est plus fâcheuse encore.

L'***irritation vésicale*** est un symptôme très fréquent de l'exsudation paramétrique. Les malades sont tourmentées par une strangurie continuelle qui, ajoutée à l'irritation des organes génitaux externes consécutive à l'écoulement permanent des

urines, provoque des souffrances extrêmement pénibles à chaque miction.

La ***paramétrite infectieuse*** s'annonce ordinairement par du ***frisson*** et une ***augmentation de température.*** Le thermomètre monte presque toujours notablement et, en cas d'exsudation étendue, se maintient à cette hauteur presque sans rémissions pendant trois à quatre jours et souvent bien plus longtemps. L'hyperthermie s'accompagne de fréquence considérable du pouls et de la respiration, cette dernière facilement explicable par la sensibilité de la région. Suivant les modifications dans la marche de l'exsudat, il se produit des rémissions durables et la fièvre disparait complètement; ou bien la température atteint 40° et 41° pour ne tomber qu'au moment de la fonte de l'exsudat et de son évacuation vers le voisinage. Cette fonte n'a-t-elle pas lieu, l'intestin, la vessie et le vagin viennent-ils à participer au processus pathologique, il se développe de la fièvre hectique qui amène bientôt une perte de forces considérable. L'évacuation du pus n'est pas toujours, dans ces cas, un signe de dénouement; des fusées partent de tous les côtés, les jambes s'œdématient, il survient des thromboses dont les particules, devenues embolies, peuvent être lancées dans les différents organes. De cette façon la catastrophe finale paraît provoquée par des altérations dans des organes éloignés, alors que le foyer morbide paramétrique est déjà en voie de guérison et d'atrophie.

Les formes traumatiques et les récidives ont une évolution tout autre. Dans ces cas l'exsudation est minime, et la douleur aussi par conséquent. La période aiguë est peu prononcée, sa marche insidieuse n'empêche pas la production, pendant le travail de résorption lent et incomplet, de déplacements considérables des organes du petit bassin et leur fixation pathologique. Les malades végètent longtemps, dans ces cas, avec leur mal. Elles souffrent à chaque défécation et cherchent pour cette raison à retenir le plus possible leurs fèces. En dehors des troubles de nutrition et des maux de tête inévitables, il survient, grâce à cette rétention, des congestions hémorroïdales qui, en fin de compte, fournissent un tableau symptomatique où le développement lent des manifestations conduit infailliblement le praticien à chercher la cause du

mal dans des troubles gastriques ou nerveux. Lorsque ces exsudats entrent en régression et que les femmes prennent des précautions, il peut se produire une certaine apparence de santé qui, jointe à la peur qu'inspire aux malades un traitement médical, abandonne celles-ci à leurs maux pour les laisser devenir la proie de l'hystérie.

Il est inutile d'esquisser plus longuement les phénomènes de suppuration et d'évacuation. Cette dernière se fait le plus souvent par le rectum ; je n'ai vu jusqu'à présent qu'un seul cas de mort à la suite de la pénétration dans la poche purulente du contenu de l'intestin.

Le processus curatif consécutif à l'évacuation par le rectum, quoique lent à s'effectuer, laisse généralement derrière lui une cicatrice unie. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les ruptures dans le vagin. Le pus peut encore se frayer une voie par-dessous le ligament de Poupart ou enfin, mais rarement, à travers les trous sciatiques grand et petit, vers la région fessière.

Quoique dans la pratique gynécologique nous ne rencontrions pas déjà si rarement des paramétrites récentes, nous avons cependant à traiter le plus souvent des ***cas chroniques*** où l'atrophie et la rétraction pathologique ont déterminé des déplacements et des immobilisations de la matrice, ainsi que des complications du côté de la vessie et des intestins. Les symptômes de ces formes chroniques sont à peu de chose près ceux de la périmétrite chronique. Je renvoie donc le lecteur au chapitre qui traite de cette dernière.

Les ***symptômes*** de l'adénite péri-utérine citée plus haut demeurent pour ainsi dire latents pendant longtemps. Toutes mes malades n'accusaient que peu de douleurs, une leucorrhée plus ou moins abondante, mais une diminution considérable des forces, de la lassitude, des phénomènes nerveux, de la dyspepsie. Pour beaucoup d'entre elles, le coït était douloureux; chez les autres au contraire, et elles formaient la majorité, la cohabitation ne provoquait aucune souffrance ; elles présentaient même un appétit sexuel très accentué avec violents désirs de devenir enceinte.

C'est là à peu près aussi le tableau de la paramétrite atrophique de *Freund* où domine cependant surtout la sénilité prématurée des