

Résidus
d'inflammations
anciennes.

Les résidus d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, fausses membranes, adhérences, etc., donnent lieu à des phénomènes douloureux complexes, par la compression qu'ils exercent sur l'ovaire et la trompe, par les déviations de l'utérus qu'ils entretiennent, par l'agglutination des anses intestinales, la soudure de l'épiploon au pubis, la compression des uretères, etc. C'est à ces cas-là, spécialement, que convient le **massage**, pour favoriser la résorption des produits plastiques. Quand il y a prédominance de l'élément douleur et que cette dernière affecte le caractère névralgique, l'**électricité faradique** pourra rendre des services¹.

Massage.

Électricité.

Libération
des adhérences.

On a proposé, comme je l'ai indiqué plus haut à propos du traitement des salpingites, de faire la laparotomie dans le seul but de libérer les organes comprimés ou prolapsés, en détruisant leurs adhérences sans enlever les annexes de l'utérus. Les bons résultats ainsi obtenus, sans prouver l'efficacité absolue de ces opérations incomplètes, qui ont trop souvent servi d'excuse à des erreurs de diagnostic, montrent, au moins, la part considérable qu'il faut attribuer à cet élément pathologique dans l'interprétation des symptômes morbides².

Paramétrite
chronique.

Un autre résultat éloigné des inflammations, nées autour des annexes de l'utérus, est la **modification de la résistance des ligaments larges**, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Nos connaissances sont fort précaires à ce sujet, et les déductions tirées de ces lésions avérées sont plutôt théoriques que démontrées. Il n'en est pas moins certain que les déviations utérines doivent être fort souvent attribuées à des relâchements ou à des rétractions ligamentaires qui sont les résidus d'états inflammatoires anciens. Je signalerai, en particulier, la rétraction du ligament large qu'il est si fréquent d'observer dans les cas de déchirure profonde du col du même côté, et qui produit un certain degré de déviation latérale de l'utérus, en vertu d'une véritable **paramétrite chronique**. Celle-ci n'est, peut-être, que de la péri-lymphangite chronique, une sclérose du tissu conjonctif du ligament large autour des nombreux troncs lymphatiques qui rampent à sa base et qui, venant du col, vont aux ganglions iliaques (fig. 313 et 314). Là encore, le **massage** peut rendre des services réels.

Paramétrite
chronique atro-
phique.

C'est par suite d'une homonymie qui établit, je crois, un rapprochement forcé, que je dois parler au chapitre des paramétrites de

¹ BRÖSE (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 42, p. 757) recommande de se servir de bobines de fils fins et très longs. Sur 25 cas d'oophorites et péri-oophorites douloureuses, il aurait obtenu ainsi 21 guérisons durables et 2 améliorations.

² POLK. *Are the tubes and the ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis?* (*Amer. gynec. Soc.*, 5 sept. 1887, in *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, t. XX, p. 1045.)

la lésion décrite par Freund¹ sous le nom de **paramétrite chronique atrophique**. Chez des femmes jeunes, on trouve parfois les organes sexuels aussi réduits que si elles avaient, depuis longtemps, dépassé la ménopause; les ligaments larges sont rétractés et durs. Ce serait donc une sorte d'extension de l'atrophie de l'utérus, ayant dépassé l'organe lui-même pour atteindre aussi son voisinage immédiat. Comme **traitement**, Freund recommande les douches chaudes et le **massage**².

Massage.

¹ FREUND. *Monatschr. f. Geb.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 580 et *Verhandl. der Rostock. Naturforschersamml.*, 1871, p. 63.

² Voici quelques indications sur la technique du massage des organes génitaux internes, que j'emprunte à un mémoire de VULLIET (*Le massage en gynécologie*. Paris, 1890, p. 10). Le massage externe des parois abdominales n'est qu'une manœuvre préparatoire, un massage d'assouplissement. C'est le massage mixte, ou abdomino-vaginal, qui est le plus en usage. Quelle que soit la rigidité initiale des parois abdominales et vaginales, il y a un espace où les deux mains arrivent toujours à se rencontrer. C'est dans la région sus-pubienne, immédiatement derrière la symphyse. La main qui est à l'extérieur se place, le talon sur le mont de Vénus, et les doigts tournés du côté de l'ombilic. L'index et le médus de l'autre main pénètrent dans le vagin ensemble, s'il est assez grand, successivement s'il est étroit. Une fois les deux doigts engagés, on les place le dos contre le périnée et la face palmaire contre la paroi vésico-vaginale. La commissure antérieure se trouve ainsi hors de portée des mouvements qui vont être exécutés. Les mouvements (frictions, pressions, malaxations) devront toujours être lents et soutenus. La main abdominale refoulera les tissus directement, de haut en bas, et la main vaginale les repoussera de bas en haut. On commet généralement la faute de trop plonger avec la main abdominale et de ne pas assez soulever avec la main vaginale. Chacune d'elles doit faire une partie du chemin. Immédiatement, derrière la symphyse, les mains ne sont séparées que par les parois qu'elles refoulent et par la vessie; mais un peu plus en arrière, l'utérus, s'il est dans sa situation normale, s'interpose entre elles. L'antéversion est la position qui se prête le mieux au massage de l'utérus, c'est celle où il faudra arriver à le ramener.

Dans la métrite chronique et dans toutes les affections autres que des néoplasmes qui ont déterminé l'hypertrophie de l'utérus, on procède de la façon suivante : une fois l'organe couché en avant, les doigts qui sont dans le vagin le soutiennent et l'immobilisent, pendant que la main externe pratique une série de frictions sur sa face postérieure, puis elles cherchent à enserrer le fond entre les doigts de manière à le comprimer d'une façon concentrique, comme dans la manœuvre obstétricale de l'expression.

S'il existe une infiltration du tissu cellulaire péri-cervical, c'est la main externe qui fixe et abaisse la matrice pendant que les doigts font des passes lentes et douces autour du col. Pour masser la marge de l'utérus, les deux mains, après s'être réunies sur le côté de l'organe, le refoulent latéralement; la région latérale devient ainsi plus médiane et plus accessible. Les brides se trouvent, en général, sur les parties antéro-latérales unissant l'un des côtés de l'utérus avec la séreuse pelvienne, du même côté; elles se tendent quand on attire ou on repousse l'utérus dans le sens opposé. Au moyen des mouvements communiqués, on arrive assez facilement à déterminer leur point d'attache. Le massage consistera à malaxer les régions où siègent les brides pour les faire résorber et en mouvements imprimés à l'utérus pour le dégager de ces liens.

LIVRE X

NÉOPLASMES DES ANNEXES ET DES LIGAMENTS DE L'UTÉRUS
(OVAIRES, TROMPES, LIGAMENTS LARGES, LIGAMENTS RONDS).

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Division des tumeurs de l'ovaire. — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire.

Division. — Kystes à grand développement. Volume. Surface externe. Conformation intérieure. Couches. Surface interne. Épithélium. — Kystes prolifères ou prolifères glandulaires. — Kystes prolifères ou prolifères papillaires. Histogénie. Contenu liquide. — Kystes dermoïdes. Tumeurs mixtes. Genèse. — Kystes parovariens, hyalins et papillaires. — Kystes à médiocre développement. Petits kystes résiduels. Kystes folliculaires. Maladie kystique de l'ovaire. Altération scléro-kystique de l'ovaire. Kystes du corps jaune. — Kystes tubo-ovariens. — Anatomie pathologique du pédicule. Kystes inclus dans le ligament large. Kystes rétro-péritonéaux. — Adhérences. Ascite. Apoplexie. Suppuration. Torsion du pédicule. Généralisation péritonéale. Métastases. a. métastase par infection spontanée. b. par infection opératoire.

Division
des tumeurs de
l'ovaire.

Au point de vue histogénique, on a divisé les tumeurs de l'ovaire en néoplasmes d'origine connective et néoplasmes épithéliaux. Le premier groupe, tumeurs desmoïdes, comprend les fibromes, les sarcomes, les myxomes, tumeurs très rares, surtout les dernières. Le second groupe, tumeurs épithéliales, renferme les cystomes, les carcinomes ou épithéliomas alvéolaires, et les adénomes ou épithéliomas mucoïdes.

Au point de vue clinique, la meilleure division est celle qui distingue les tumeurs solides et les tumeurs kystiques. Ces dernières, étant incomparablement les plus fréquentes, méritent d'abord d'attirer l'attention du clinicien.

Anatomie patho-
logique des
kystes de l'ovaire

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. — Toutes les parties de l'appareil tubo-ovarien peuvent être le point d'origine de formations

kystiques: la portion corticale et la portion médullaire ou parenchyme, le bord inférieur ou hile, la région comprise entre la trompe et l'ovaire où se trouvent disséminés des vestiges du corps de Wolff (corps de Rosenmüller ou parovarium, hydatide de Morgagni, restes oblitérés du canal de Gartner). Essentiellement distincts au point de vue histogénique et anatomique, ces divers néoplasmes peuvent par-

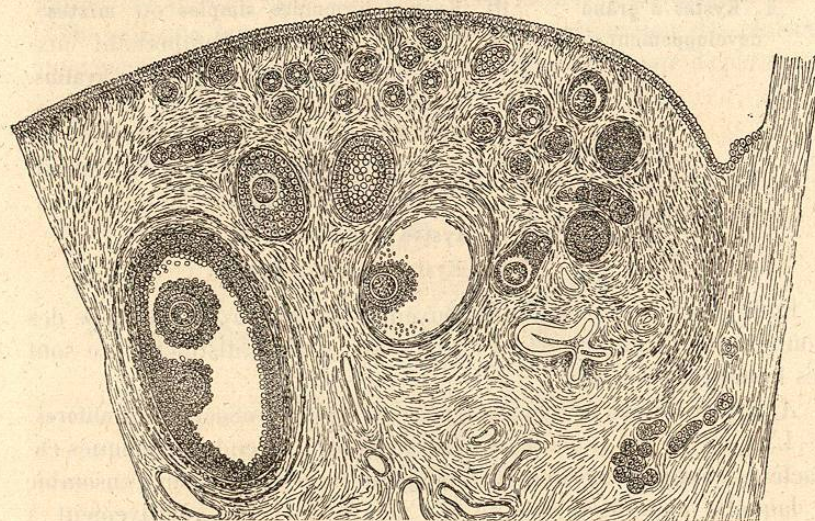


Fig. 557. — Coupe verticale de l'ovaire d'une chienne (Wyder).

On voit sur toute la surface libre de l'ovaire une couche de cellules épithéliales cylindriques (épithélium germinatif (*Keimepithel* des Allemands)). En un point, existe une dépression en doigt de gant qui enfonce un tube de cet épithélium dans le tissu de l'ovaire. Au-dessous se trouve une couche de tissu conjonctif dense dans lequel sont de jeunes follicules et des ovisacs. A gauche, vers le milieu de la préparation, se trouvent deux follicules plus âgés, avec des ovules complètement développés. A droite est la cicatrice étoilée et plissée d'un ancien follicule. Dans cette région on voit aussi le stroma du hile, riche en vaisseaux, et la coupe longitudinale et transversale de tubes du parovarium. Le plus gros follicule, à gauche, contient deux ovules et permet de reconnaître la structure générale des follicules, membrane fibreuse, membrane granuleuse, et disque prolifère avec l'ovule; on distingue aussi dans ce dernier la zone pellucide, le vitellus, la vésicule germinative et son nucléole.

fois se ranger artificiellement dans la même espèce clinique; ainsi, pour en citer un exemple, le fait seul qu'un kyste est inclus dans le ligament large suffit pour constituer une catégorie chirurgicale bien définie; or ce kyste inclus pourra prendre naissance sur place (kyste uniloculaire à contenu limpide), ou provenir soit du hile de l'ovaire (kyste papillaire), soit du parenchyme de l'ovaire (kyste glandulaire) et s'introduire, en les dépliant, entre les feuillets du ligament large.

Au point de vue de la description anatomique, il importe de distinguer les productions kystiques selon le volume qu'elles peuvent acquérir; il en est, en effet, qui ne dépassent jamais un médiocre volume et peuvent être tolérées ou ne donner lieu qu'à des troubles qui, quoique pénibles, ne compromettent pas l'existence. D'autres,

au contraire, évoluent avec une très grande rapidité à partir du moment où leur développement (dont l'origine se perd parfois dans la période embryonnaire) a commencé à progresser.

Je diviserai les kystes de l'ovaire de la façon suivante :

Division.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| A. Kystes à grand développement. | I. Kystes prolifères ou prolifères glandulaires.
II. Kystes prolifères ou prolifères papillaires.
III. Kystes dermoïdes simples ou mixtes.
IV. Kystes parovariens, comprenant eux-mêmes diverses espèces : hyalins, papillaires, dermoïdes. |
| B. Kystes à médiocre développement. | I. Petits kystes résiduels (provenant de l'hydatide de Morgagni, du conduit horizontal du parovarium).
II. Kystes folliculaires.
III. Kystes du corps jaune. |

Enfin, les kystes de l'ovaire peuvent contracter avec la trompe des connexions anatomiques qui en font une variété distincte : ce sont les kystes tubo-ovariens.

Kystes à grand développement.

A. Kystes à grand développement. I et II. Kystes prolifères ou prolifères. — L'aspect de ces tumeurs est très variable; cependant quelques caractères communs permettent d'en donner une description d'ensemble à laquelle j'ajouterai ensuite des détails spéciaux relativement à chaque variété.

Les deux ovaires peuvent être envahis, mais les lésions n'y ont pas alors le même degré de développement; ainsi, tandis qu'un des côtés est occupé par une tumeur énorme, de l'autre, il n'y a parfois qu'une altération commençante qui en augmente à peine le volume; le chirurgien ne doit pas oublier d'inspecter toujours soigneusement l'ovaire du côté réputé sain, avant de refermer le ventre.

Volume.

Le volume peut être tel que l'abdomen entier est rempli¹, les cartilages costaux refoulés et déjetés en dehors, de telle sorte qu'après l'ablation de la tumeur la femme donne l'idée d'un poisson vidé.

Forme.

La forme est sensiblement sphérique ou ovoïde, mais avec des bosselures au niveau des points faibles qui ont plus cédé que les autres à la distension. Dans les endroits où la paroi est la plus épaisse, la couleur est d'un blanc nacré ou bleuâtre, marbrée par les vaisseaux veineux; dans les parties plus minces, la coloration est violacée, verdâtre ou noirâtre selon la nature du contenu. La surface

Couleur.

externe, lisse et onctueuse, est parfois parsemée de petites végétations papillaires ressemblant, soit à du frai de grenouille, soit aux

Surface externe.

¹ N. MAGLIONI (*Historia de un quiste del ovario*, etc. Buenos-Ayres, 1891) a enlevé à une femme de 65 ans un kyste pesant 35 kilogr. Guérison.

végétations de certaines plaques muqueuses. Une portion rétrécie ou pédicule supporte généralement la tumeur.

La conformation intérieure varie beaucoup quant au nombre des poches, et quant à leur contenu. Cruveilhier divisait les kystes en uniloculaires, multiloculaires, aréolaires et composés. Cette division ne mérite pas d'être conservée; mais il est utile, pour la description, de garder les mots de kystes aréolaires, uniloculaires et multiloculaires.

Conformation intérieure

On sait que les premiers sont dus à la destruction des cloisons intermédiaires dont on retrouve les vestiges sous forme d'éperons ou

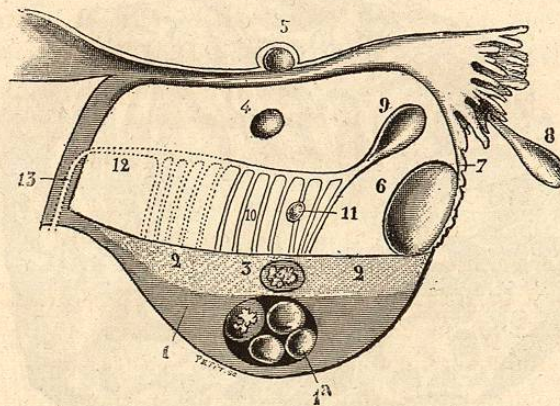


Fig 538. — Schéma de l'appareil tubo-ovarien pour montrer les divers lieux d'origine des kystes (Doran).

1^a Kyste glandulaire multiloculaire développé dans 1. parenchyme ovarien; 5. kyste papillaire développé dans 2. tissu du hile de l'ovaire; 4. kyste uniloculaire du ligament large indépendant du parovarium 10; 5. kyste uniloculaire du ligament large situé au-dessus de la trompe, mais sans union avec elle; 6. kyste semblable tout près de 7. ligament tubo-ovarien; 8. hydatide de Morgagni qui n'est jamais le point de départ d'un grand kyste; 9. kyste développé aux dépens d'un conduit horizontal du parovarium; 11. kyste développé aux dépens d'un tube vertical : ce sont ces kystes qui constituent les kystes papillaires du ligament large (Doran); 12. 13. trajet du canal de Gärtner, oblitéré : des kystes papillaires pourraient se développer le long de ce trajet (Coblentz) et seraient l'origine des kystes papillaires en connexion avec l'utérus 13.

de trabécules. Une poche est généralement préminente, parfois il y en a deux ou trois de volume analogue : à côté de cavités d'une capacité de plusieurs litres, on trouve alors de petits kystes du volume d'une orange ou d'une noix. En certains points, même, toute une partie de la tumeur peut être formée par une agglomération de très petites cavités séparées par un tissu plus ou moins dense, parfois gélatiniforme, donnant à la coupe l'aspect aréolaire d'un rayon de miel (fig. 539). Dans les kystes réputés uniloculaires, et qui chirurgicalement méritent ce nom, l'anatomiste découvre presque toujours, dans l'épaisseur de la paroi, un certain nombre de cavités secondaires.

Couches.

La poche kystique peut souvent être dissociée en trois couches distinctes, principalement au niveau du pédicule : l'externe est fibreuse, la moyenne conjonctive, l'interne est formée d'un réseau capillaire que recouvre l'épithélium. Les veines, qui sont très grosses, pouvant égaler le volume de la fémorale ou même de la veine cave, rampent à la surface externe et lui sont adhérentes à la manière des sinus, ce qui rend leur blessure très dangereuse. On voit, parfois, de larges bandelettes de tissu musculaire lisse étalées sur la tumeur,

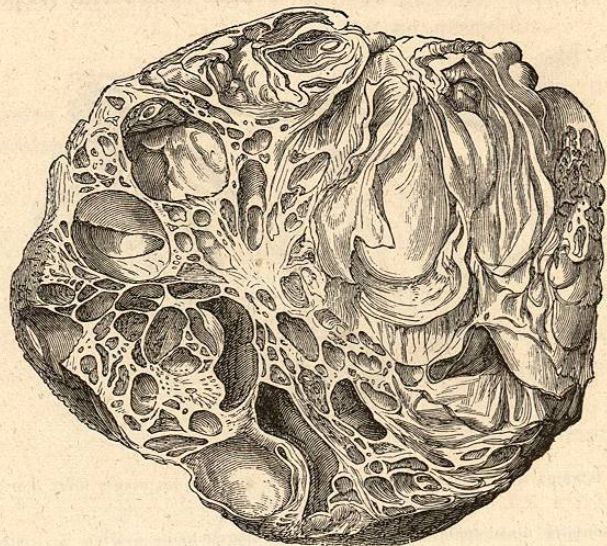


Fig. 559. — Kyste prolifère glandulaire de l'ovaire, d'aspect aréolaire.

près du pédicule¹. L'épithélium qui tapisse la surface externe est cubique, différent de l'épithélium plat péritonéal.

Surface interne.
Épithélium.

La surface interne des kystes est revêtue d'un épithélium cylindrique très bas. Waldeyer en décrit une couche, Rindfleisch plusieurs. Malassez et de Sinéty² ont insisté sur son polymorphisme. Ils y ont décelé une couche endothéliale sous-épithéliale et ont montré que, dans un même type de kyste, les formes les plus diverses d'épithélium peuvent se rencontrer, déformées et superposées. Ils ont indiqué l'importance des cellules caliciformes pour la viscosité du liquide;

¹ LAWSON TAIT (*The pathological importance of broad ligament in Edinb. med. journ.*, juill. 1889, t. XXXV, p. 97) a vu dans un énorme kyste inclus dans le ligament large une couche de tissu musculaire lisse sur la paroi kystique si épaisse qu'elle le faisait ressembler à un utérus gravide.

² DE SINÉTY et MALASSEZ. *Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire* (*Arch. de physiol.*, 1878, p. 59 et 545; *ibid.*, 1879, p. 624; — *ibid.*, 1880, p. 867; — *ibid.*, 1881, p. 224).

enfin ils ont établi un rapprochement entre les cellules dérivées du type normal qu'on rencontre dans les kystes, ou épithélium *métatypique*, et celui des épithéliomas glandulaires du sein.

Sur la coupe de la paroi, on trouve des dépressions du revêtement épithélial, donnant l'aspect de glandes acineuses à ouverture souvent étranglée. On trouve aussi à la surface interne des kystes, des végétations formées par une prolifération du stroma dont le type rappelle le myxome ou le fibro-sarcome; elles sont recouvertes d'une couche unique d'épithélium, et affectent un aspect déchiqueté, dendritique. Parfois, des prolongements épithéliaux de forme tubulaire les pénètrent de bas en haut et leur donnent, à la coupe, une apparence carcinomateuse; de petits kystes peuvent se développer dans ces papilles¹. Malgré les formes hybrides qui peuvent être ainsi fréquemment constituées, il n'est pas inutile de distinguer, avec Waldeyer, les néoplasmes où la végétation principale provient de l'épithélium, et aboutit à la formation des tubes glandulaires (*kyste prolifère glandulaire*) et ceux où c'est surtout le tissu conjonctif de la paroi qui se développe et fait saillie sous forme de végétations à l'intérieur (*kyste prolifère papillaire*). Certes, comme l'a fait remarquer Quénu², il s'agit bien dans les deux cas d'un même processus de prolifération, se faisant en profondeur dans un cas, en surface dans l'autre; mais la physionomie du néoplasme n'en subit pas moins un changement considérable, selon que c'est la vitalité de l'élément épithélial ou celle de l'élément conjonctif qui prédomine.

Il existe, du reste, une forme mixte de kystes à la fois papillaires et glandulaires.

Le kyste prolifère ou prolifère glandulaire est caractérisé par l'abondance des petites glandes dans la paroi du kyste.

Les tubes glandulaires de nouvelle formation se transforment en kystes par le processus suivant : leurs orifices qui s'ouvraient dans la cavité kystique principale s'obstruent et s'oblitérent; leur extrémité opposée, infundibuliforme, se dilate alors, et il en naît d'autres tubes glandulaires, qui, à leur tour, passent par une phase kystique pour aboutir à une nouvelle génération de glandes. La multiplication de celles-ci devient ainsi excessive.

Le kyste prolifère ou prolifère papillaire présente les indices d'une prolifération conjonctive prédominante : le tissu conjonctif forme des bourgeons qui font saillie dans la cavité kystique, en repoussant l'épithélium et en se divisant en ramuscules déliés, papilliformes. Ces excroissances dendritiques peuvent remplir et distendre le kyste

¹ OLSHAUSEN. *Die Krankh. der Ovarien*, Stuttgart, 1886, p. 64.

² QUÉNU. *Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1881.

Kyste prolifère
ou prolifère
glandulaire.Kyste prolifère
ou prolifère pa-
pillaire.

au point de le crever et de faire saillie à l'extérieur, soit par une étroite éraillure, soit par une large déchirure. Alors le kyste peut, pour ainsi dire, se retourner; son fond convexe étale les végétations nées à sa surface, et la tumeur change complètement d'aspect. En même temps, ses produits de sécrétion tombent dans le péritoine et y provoquent avec l'ascite la production métastatique de masses papillaires disséminées.

Les tumeurs de cette origine ont été souvent décrites comme des papillomes¹ superficiels de l'ovaire, tandis qu'elles reconnaissent

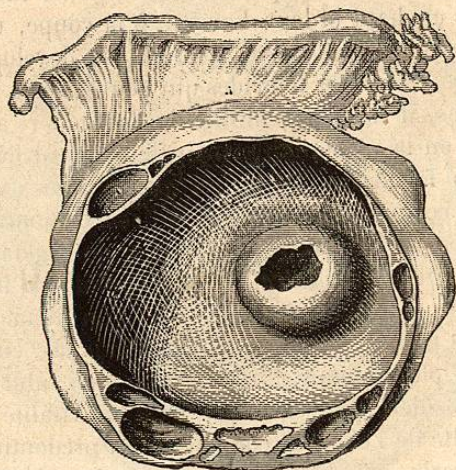


Fig. 540. — Petit kyste prolifère glandulaire, multiloculaire (Doran). La coupe de la paroi montre des cavités accessoires; à l'intérieur du kyste existe une de ses poches rompues.

pour cause un kyste antérieur dont la déhiscence avait amené la disparition. Toutefois, les végétations peuvent, en apparence, naître d'emblée à la surface de l'ovaire. Prochaska, Gusserow et Eberth, Birch-Hirschfeld, Marchand, Coblenz², en ont cité des exemples. Mais les faits de ce genre méritent réellement d'être décrits en même temps que les kystes déhiscents, et les deux observations de Coblenz montrent clairement cette parenté; le stroma ovarien contenait dans l'un et l'autre de ces cas des tubes épithéliaux en train de se transformer en cavités kystiques, et, dans la dernière observation, il y

¹ Le mot de *papillome* ayant déjà reçu une signification histologique différente est ici très mauvais et ne saurait être employé que comme terme descriptif, n'ayant aucune valeur de classification histologique. Cette remarque a été faite avec raison par TERRIER. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 411.

² COBLENZ. *Das ovarial Papillom in pathologischer Anatomie und histogenetischer Beziehung* (*Virchow's Arch.*, 1880, Bd. LXXXII, p. 268). — *Die papillären Adenokystomformen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 14).

avait même un commencement de formation papillaire dans l'intérieur de ces petits kystes; on pouvait, du reste, voir à la surface de l'ovaire, tout à côté de la grosse masse papillaire, de petites végétations qui naissaient de dépressions, formées par des kystes superficiels rompus. On est donc autorisé à dire que le papillome superficiel

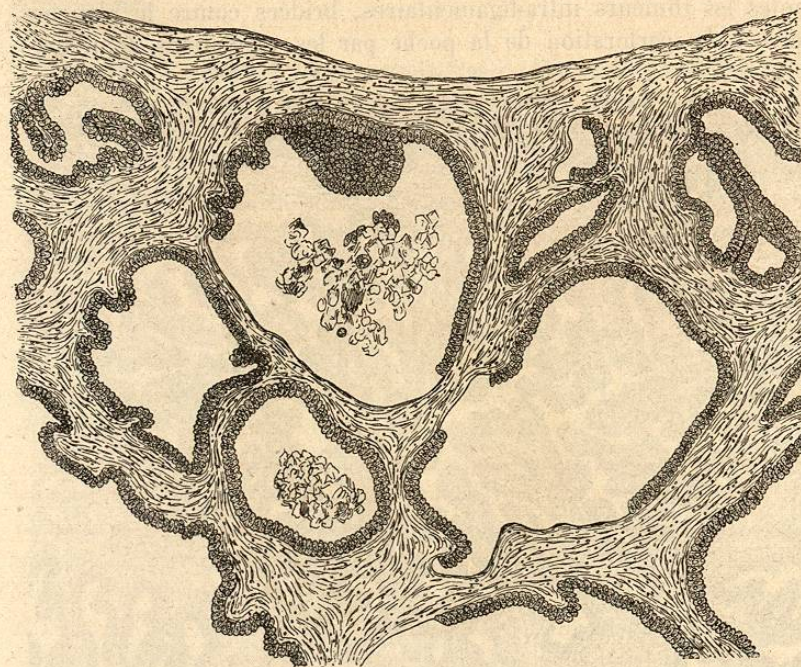


Fig. 541. — Kyste prolifère glandulaire de l'ovaire (Wyder).

Cette figure est destinée à montrer la genèse du kyste prolifère glandulaire multiloculaire aux dépens des tubes glandulaires de l'ovaire. On distingue la coupe de tubes glandulaires (de Pflüger) normaux. En d'autres points (à droite et en haut) on voit certains de ces tubes déjà un peu élargis, rapprochés l'un de l'autre et séparés par une fine trame de lamelles conjonctives. On voit aussi comment deux cavités se fusionnent en un kyste par destruction de la paroi intermédiaire. A gauche et en haut, on voit, dans une cavité de grosseur moyenne, un fort éperon qui est très probablement un reste de la paroi intermédiaire de deux ovisacs dégénérés en kystes. La partie inférieure de la préparation est occupée par de plus grandes cavités avec de légères élévations et dépressions. Le revêtement des tubes glandulaires et des kystes formés par leur dégénérescence est un bel épithélium cylindrique. Le contenu s'est écoulé à la coupe; dans un seul endroit on peut reconnaître une petite masse cellulaire. La trame intermédiaire est fibreuse, avec d'assez nombreuses cellules connectives rondes et fusiformes.

de l'ovaire n'est, lui-même, que le produit de la déhiscence de très petits kystes superficiels papillaires. Ainsi s'expliquent les cas où l'on a observé d'un côté un kyste papillaire et de l'autre un papillome de l'ovaire¹.

Les kystes papillaires sont très souvent inclus dans le ligament large, car ils prennent naissance soit des vestiges du corps de Wolff,

¹ W. NETZEL. *Hygiea*, 1887, Bd. XLIX, n° 5 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 25, p. 369).