bassin par du tissu conjonctif lâche, et les feuillets péritonéaux qui les entourent, n'y adhèrent non plus que d'une manière fort lâche. Cette observation toutefois ne s'applique qu'à la vessie, au vagin avec le col de l'utérus et au rectum, tandis que le péritoine est attaché plus intimement autour du corps de l'utérus. L'utérus ne subit que des augmentations de volume lentes et graduelles; il se développe alors entre les feuillets des ligaments larges, tandis que le péritoine qui le recouvre s'accroît avec lui. Si, comme il arrive au moment de la naissance, le corps de l'utérus se vide et se rétracte brusquement, l'élasticité du péritoine est insuffisante pour lui permettre de suivre ce mouvement de retrait et le péritoine se dispose en replis. Les autres viscères creux du petit bassin peuvent se distendre et se rétracter rapidement et prendre, les uns vis-à-vis des autres, des positions diverses. Ces changements sont possibles, grâce au tissu conjonctif mou et lâche qui occupe tous les interstices entre ces divers organes (1).

Le tissu conjonctif pelvien est constitué par une masse résistante, qui s'élève de chaque côté du vagin et de l'utérus et qui se termine en haut par trois pointes formées : au milieu, par la base du ligament large, en avant par le tissu cellulaire qui entoure la vessie et en arrière par le tissu conjonctif qui enveloppe le rectum. De ces divers points, considérés comme centres, s'irradie du tissu conjonctif lâche. Là où ce tissu ne sert que de remplissage, il est remplacé par du tissu adipeux, à savoir sur les bords du bassin, sous le ligament large et dans l'espace triangulaire situé entre l'aponévrose pelvienne superficielle et le releveur de l'anus. On trouve du tissu cellulaire lâche derrière la paroi abdominale antérieure au-dessus et derrière la symphyse, entre la vessie et le col de l'utérus, sous les ligaments ronds, entre les feuillets des ligaments larges, de part et d'autre de la cavité de *Douglas* et autour du rectum, et partout en-dessous jusqu'à la sortie du bassin.

Le *tissu cellulaire péri-utérin* a une importance pathologique capitale, vu qu'il est altéré dans toutes les infections septiques du petit bassin.

Outre les paramétrites d'origine infectieuse, il survient parfois des inflammations locales qui succèdent le plus souvent à des traumatismes : plaies, déchirures, contusions. Abstraction faite des cas exceptionnels, ces traumatismes ne s'observent que pendant l'accouchement. Les plaies sont presque toujours fort limitées; les déchirures peuvent pénétrer profondément dans le tissu cellulaire pelvien, mais elles n'occupent que certains points; quant aux plaies contuses, elles sont toujours fort étendues et la paramétrite qu'elles occasionnent est rarement bénigne.

(1) W. A. Freund, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Bd. 4, p. 85 et *L. c.*

Les déchirures qui pénètrent dans le tissu cellulaire pelvien ne produisent, quand elles ne sont pas infectées, que des manifestations locales : le tissu cellulaire mis à nu bourgeonne et guérit moyennant une cicatrice.

On n'observe ni fièvre, ni douleurs spontanées; cependant la sensibilité à la pression du doigt est fort vive.

La conséquence de ces déchirures est que les cicatrices, en se rétractant, attirent le vagin et le col et les fixent de côté.

Le traitement consiste à pratiquer des irrigations vaginales désinfectantes, pour tenir les plaies propres, et pour le reste, à laisser celles-ci en repos jusqu'à ce qu'elles soient guéries.

La paramétrite proprement dite résulte toujours de l'infection d'une plaie de la muqueuse du canal génital. Elle survient presque toujours pendant les couches; en dehors de cette époque, elle est due le plus souvent à des interventions chirurgicales intéressant le col de l'utérus ou le vagin. Au début, la paramétrite infectieuse est localisée au voisinage immédiat de la plaie infectée; les choses peuvent en rester là, mais l'affection peut aussi s'étendre, envahir tout le tissu cellulaire pelvien, le tissu conjonctif rétro-péritonéal jusqu'au-dessus des reins, le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure et le tissu conjonctif des cuisses.

La marche de la paramétrite est variable, ce qui tient non-seulement à des prédispositions locales ou générales individuelles, mais au degré de virulence des germes, et à l'espèce de micro-organisme qui est en jeu (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, actinomycose, bacille d'influenza ou de diphtérie).

L'exsudat peut donc se trouver partout où il existe du tissu cellulaire pelvien. Il y a cependant des endroits de prédilection, dont le plus important est le ligament large. Parfois le ligament large tout entier, depuis le bord de l'utérus jusqu'au bord du bassin, est envahi par un gonflement épais, qui s'étend jusqu'au mésosalpinx et au mésovarium. D'autres fois la tumeur n'occupe que la base du ligament large, en respectant son bord supérieur; d'autres fois encore, elle est accolée au bord de l'utérus, ou bien elle est fixée contre la paroi du bassin, d'où elle s'étend dans la fosse iliaque.

L'infiltration du tissu conjonctif s'étend souvent de part et d'autre de la cavité de *Douglas* pour envelopper et resserrer ensuite le rectum. Il est plus rare que l'exsudat soulève le péritoine du cul-de-sac de *Douglas*, derrière le col, ou qu'il occupe le tissu cellulaire situé entre le rectum et le vagin. L'exsudat du tissu péri-vésical s'observe aussi rarement; le tissu conjonctif qui unit le col utérin à la vessie s'infiltre

parfois, mais l'exsudat s'étend rarement au tissu cellulaire situé en avant et au-dessus de la vessie. Lorsque la paramétrite s'est étendue au tissu cellulaire, situé derrière la paroi abdominale antérieure, on trouve, à la palpation, immédiatement sous la paroi du ventre, des tumeurs en apparence isolées, qui sont limitées en haut par un bord assez tranchant et qui se perdent en bas sur les côtés de l'utérus. Cette forme d'exsudat a été décrite sous le nom de *paramétrite antérieure*.

Les *symptômes* sont ceux de toute tumeur inflammatoire du bassin : douleurs spontanées et à la pression, douleurs dans la jambe correspondante par compression des nerfs, douleurs sacrées, troubles de la miction et de la défécation.

Terminaisons. — L'exsudat peut s'épaissir et se résorber en partie ou en totalité, ou bien il se termine par la formation d'un abcès. Les abcès paramétriques suivent des trajets bien définis pour arriver à l'extérieur *(Kœnig* et *Schlesinger)*. Le plus souvent ils descendent vers la région inguinale et s'ouvrent au-dessus du ligament de *Poupart*. (Les volumineux abcès de la fosse iliaque peuvent aussi perforer la peau au-dessus du bord supérieur de l'os iliaque). Les abcès paramétriques peuvent aussi s'ouvrir à travers le trou sciatique, sous les fessiers ; il peuvent s'ouvrir dans le vagin, le rectum ou la vessie ; rarement ils perforent la peau à côté de l'anus.

Diagnostic. — L'exsudat seul peut faire diagnostiquer une paramétrite ; la sensibilité, en effet, appartient au péritoine qui recouvre le tissu conjonctif enflammé.

En général, il n'est pas difficile de reconnaître un exsudat inflammatoire, mais il peut être impossible de décider si cet exsudat est intra ou extra-péritonéal. Quand nous avons traité de la périmétrite, nous nous sommes déjà longuement expliqué à ce sujet.

Les exsudats paramétriques seront le plus souvent confondus avec des fibromes utérins, mais leur forme peu arrondie, plus aplatie, leur genèse, leur sensibilité et leur immobilité les feront reconnaître. Leur consistance est variable ; au début et après la transformation en abcès, ils sont plus mous que les fibromes ; ils sont plus durs lorsqu'ils se sont enkystés. Les exsudats deviennent de plus en plus petits, ou bien ils grandissent : dans ce cas il survient de la fièvre et un redoublement de sensibilité ; de plus, leur croissance n'est pas aussi régulière ni aussi uniforme que celle des fibromes. Mais lorsqu'un fibrome situé très profondément s'enflamme, le diagnostic peut devenir très difficile.

On ne confondra pas facilement les exsudats paramétriques avec les tumeurs de l'ovaire : plus profonds et immobiles ils présentent une

autre consistance, même en dehors du stade de suppuration. Mais si la tumeur ovarique est latérale, fixée profondément sur l'utérus et enflammée, le diagnostic peut aussi être très difficile.

Une grossesse extra-utérine dont le siège peut être absolument analogue, sera surtout reconnue à sa marche et à son évolution.

Le *traitement* des exsudats paramétriques épaissis est le même que celui des exsudats périmétriques. Dès que l'abcès est formé, on l'ouvrira largement, pour le drainer, soit par le ventre ou par le vagin.

La *paramétrite chronique atrophiante* est une affection qui a été étudiée exclusivement par *Freund* tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Freund considère comme importantes au point de vue étiologique les excitations trop fortes des organes génitaux et les déperditions abondantes de sucs nutritifs. L'onanisme, le libertinage, le coït incomplet, de même que des accouchements répétés suivis de lactation peuvent mener à l'affection qui nous occupe.

Le processus commence à la base des ligaments larges et s'étend de là, d'une part, le long des ligaments recto-utérins, et d'autre part, en avant autour de la vessie. Peu à peu il s'étend plus haut dans les ligaments larges, il envahit le tissu conjonctif qui entoure le vagin et occupe finalement toute la trame conjonctive du petit bassin. Ce processus consiste en une atrophie cicatricielle, une cirrhose du tissu cellulaire pelvien. La périphlébite s'observe souvent au debut de l'affection. Le tissu conjonctif se rétracte, devient dur ; les ligaments larges deviennent courts et résistants ; les ligaments ronds s'amincissent et finalement l'atrophie s'étend à l'utérus, aux ovaires, au vagin et à la vulve.

Les symptômes de la paramétrite atrophiante sont locaux et généraux. Les premiers consistent en des douleurs spontanées et à la pression, qui siègent dans le bassin et tourmentent constamment les malades. Des douleurs à la défécation et à la miction surviennent lorsque le tissu conjonctif qui contourne la vessie et le rectum est atrophié. Les fonctions sexuelles sont en souffrance ; la menstruation est peu abondante, douloureuse ; il y a du dégoût pour le coït. La nutrition générale se fait mal et il survient une dépression morale profonde, laquelle peut se transformer en désordres psychiques plus graves. Les malades sont irritables, nerveuses et peuvent présenter toutes les manifestations de l'hystérie.

Dans les cas avancés, le diagnostic est facile. La sensibilité du tissu conjonctif durci, la fixité des organes du petit bassin et les douleurs à

la pression du doigt explorateur ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

Le traitement doit avoir pour but d'augmenter l'énergie des échanges organiques dans les organes du bassin.

On aura recours aux bains de siège chauds, au massage local et général ; les douches vaginales chaudes sont d'une efficacité telle que je ne puis partager l'opinion de *Freund* qui considère la paramétrite atrophiante comme incurable.

Si l'exsudat se termine par abcès, il ne faut l'ouvrir que lorsque la peau commence à rougir. On fera l'ouverture par une large incision, on exprime le pus et on fait le drainage de la poche.

3. — EPANCHEMENTS DE SANG DANS LE PETIT BASSIN.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

Zweifel, Arch. f. Gyn. Bd. XX. — *Bandl*, Krankh. der Uterusanhänge. Stuttgart 1886 — *Gusserow*, Arch. f. Gyn. Bd. XXIX. — *J. Veit*, Kl. V. N. F. nº 15, — *Thorn*, Kl. V. N. F. nº 119. — *Muret*, Z. f. G. u. G. Bd. 26. — *Sanger*, Verh. d. V G.-C. Breslau, 1893.

Nélaton, qui le premier en 1850 a décrit l'hématocèle comme une maladie propre, désignait sous ce terme la formation d'une poche sanguine élastique dans le cul-de-sac de *Douglas*, refoulant l'utérus contre la symphyse. Plus tard l'acception du mot grandit et on appela hématocèle toute tumeur sanguine dans le bassin, et même tout épanchement de sang dans la cavité abdominale (*Barnes*, par exemple, parle d'hématocèle à propos des ruptures utérines). Une telle extension du mot hématocèle donnait lieu nécessairement à des conceptions fort variables sur la nature de cette affection. Quelle analogie, en effet, y a-t-il entre l'hématocèle de *Nélaton* et un épanchement de sang promptement mortel dans la cavité péritonéale ? La tumeur sanguine de *Nélaton* constitue une entité pathologique bien déterminée et elle a une importance pratique considérable. Il importe donc, pour éviter toute confusion, de comprendre sous le nom d'hématocèle rétro-utérine une tumeur sanguine occupant le cul-de-sac rétro-utérin et repoussant l'utérus vers la symphyse. Je désigne sous le nom de thrombus ou d'hématomes, les épanchements sanguins extra-péritonéaux, lesquels sont beaucoup plus rares.

On ne rencontre pas souvent l'hématocèle chez des femmes restées saines jusqu'alors. La plupart ont enfanté et ont été atteintes d'affections puerpérales, surtout de périmétrite. Très souvent aussi on a observé des troubles de la menstruation.

La tumeur sanguine rétro-utérine s'observe le plus fréquemment

pendant la période la plus active de la vie sexuelle, de 25 à 35 ans.

Les gynécologues ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'affection, ce qui prouve déjà que le diagnostic ne doit pas en être très facile. Je crois qu'elle peut être rangée parmi les maladies rares. *Scanzoni*, dit ne l'avoir rencontrée que deux fois pendant le cours d'une pratique de vingt ans ; cela me paraît très étonnant. *Seyfert* au contraire prétend l'avoir observée chez 5 p. 100 de ses malades, et *Olshausen* chez 4 p. 100 de ses patientes. Cette fréquence me paraît plus extraordinaire encore, et, à moins qu'elle ne soit l'effet du hasard, elle doit certainement être attribuée à des erreurs de diagnostic, ou tout au moins à une conception trop large de l'hématocèle.

Anatomie pathologique. — On peut dire que presque toujours l'hématocèle intra-peritonéale est constituée par une tumeur enkystée siégeant dans le cul-de-sac de *Douglas*. L'hématocèle comporte nécessairement la séparation de la cavité kystique du restant de la cavité abdominale, car un épanchement sanguin libre ne pourrait jamais former une tumeur élastique et tendue au point de repousser l'utérus vers la symphyse. Du sang s'accumule dans la partie la plus déclive du ventre et y détermine une inflammation qui l'enkyste.

La tumeur élastique et tendue de l'hématocèle se produit de deux manières :

1. Une poche formée par des pseudo-membranes et isolée du restant de la cavité abdominale peut préexister à l'hémorragie. Les parois de cette poche s'appliquent l'une contre l'autre et délimitent une cavité à peu près de la même manière que les plèvres délimitent la cavité pleurale. La face postérieure de la matrice est appliquée contre la paroi antérieure du rectum et le cul-de-sac est recouvert d'une espèce de pont qui le ferme en haut. S'il se déclare alors une hémorragie au sein de cette poche, elle en distend les parois et donne naissance à une tumeur élastique, tendue, qui repousse l'utérus en avant. A cette catégorie d'hématocèles appartiennent également les cas où l'hémorragie se déclare dans des tumeurs rétro-utérines à contenu liquide. L'épanchement de sang dilate alors brusquement la tumeur et le contenu est un mélange de sérum ou de pus avec du sang.

2. L'hématocèle peut aussi se former lorsque l'hémorragie précède l'enkystement du cul-de-sac de *Douglas*. Dans ce cas, quelle que soit la source de l'hémorragie, il ne se fait pas du premier coup une tumeur élastique et tendue refoulant l'utérus en avant, mais aussi longtemps que le sang reste liquide et qu'il n'est point enkysté, il forme nappe à la partie inférieure du ventre.

Mais quand ce sang se coagule ou s'enkyste, on peut sentir une