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).

masse de tout petits kystes pédiculés et non pédiculés (dans 10 p. 100 des cas d'après *Kossmann*).

D'autres kystes se produisent aux dépens de l'organe de *Rosenmüller* dont les tubes sont tapissés d'épithélium vibratile. Mais tous les kystes des ligaments larges ne sont pas des dégénérescences des tubes du *parovarium*, il y en a bien dans le voisinage de l'utérus qui proviennent de la partie rénale du corps de *Wolff* (1); d'après *Waldeyer* (2), celle-ci persisterait sous la forme de canaux tapissés de cellules épithéliales, et situés entre l'utérus et le parovarium (partie sexuelle du corps de *Wolff*). On a trouvé aussi des tumeurs dermoïdes dans le tissu cellulaire pelvien. Ces kystes des ligaments larges restent le plus souvent petits; exceptionnellement ils peuvent atteindre le volume des tumeurs ovariques.

Ils sont recouverts par une couche fort mobile de péritoine, à vaisseaux délicats. Leurs parois sont minces (*Spiegelberg* (3) y a trouvé des fibres musculaires lisses). A l'intérieur, ils sont tapissés d'épithélium cylindrique présentant parfois des cils vibratiles. Les kystes des ligaments larges sont le plus souvent sessiles, mais ils font une saillie très prononcée sur les ligaments ; ils sont tantôt intimement accolés à l'ovaire, tantôt séparés nettement de cet organe. L'oviducte fortement étiré contourne la tumeur.

Le contenu est un sérum cristallin d'une densité très faible (1004-1005). Il s'y trouve peu ou pas d'albumine. Il y a pourtant des cas ou le liquide est entièrement semblable à celui des kystes de l'ovaire.

Après la ponction, ces kystes pauvres en albumine paraissent fréquemment ne plus se remplir, tandis que les kystes ovariques uniloculaires, qui leur ressemblent, ne tardent pas à reparaître. Ce n'est donc que pour les premiers que l'on pourrait se contenter de la ponction.

MYOMES, FIBROMES ET FIBRO-MYOMES

Virchow, Geschwülste III, p. 221. *Saenger* Arch. f. Gyn, XVI, p. 258.

Beaucoup de ces tumeurs siégeant dans les ligaments larges, sont en réalité d'origine utérine. Elles se sont avancées dans les ligaments larges et leur pédicule s'est ensuite séparé de l'organe. D'après *Virchow* (4) cependant, des myomes peuvent se développer aux dépens des ligaments utérins.

(1) v. Fischel. *Arch. f. Gyn.* XVI. Heft. 2.
(2) *Eierstock und Ei*, p. 142.
(3) *Arch. f. Gyn.* I. p. 482.
(4) *Geschwülste.* III, 1, p. 221.

Le tissu conjonctif pelvien peut aussi donner naissance à des tumeurs conjonctives de consistance très molle, et infiltrées d'une grande quantité de liquide. Ces tumeurs continuent à se développer sous la séreuse. Leur disposition anatomique est analogue à celle des kystes ovariques sous-séreux. Ils soulèvent l'utérus et l'étirent en longueur. On peut se trouver très embarrassé au point de vue du diagnostic, spécialement dans les cas où ces tumeurs molles poussent des prolongements dans le tissus conjonctif ; ceux-ci peuvent suivre les voies qui conduisent aux ouvertures naturelles, — vulve, périnée, canal inguinal, — et en imposer, à cause de leur mollesse et de leur réductibilité apparente, pour des hernies. *Stein* a décrit trois de ces cas empruntés à la clinique de *von Langenbeck*. *Schrœder* a observé cinq cas de ce genre : dans l'un d'eux, l'on avait fait une incision exploratrice préalable, et l'on put sentir une partie de la tumeur suivre la paroi droite du vagin jusque dans l'ouverture vulvaire ; dans l'autre, une tumeur volumineuse s'était frayé un passage à travers l'ouverture ischiatique, jusque dans la région fessière, qu'elle faisait bomber fortement. Trois fois il pratiqua la laparotomie : ces opérations furent très difficiles et deux malades succombèrent.

Les fibromes peuvent aussi se développer dans le tissu conjonctif qui entoure le vagin. J'ai enlevé ainsi une tumeur fibreuse, grosse comme le poing, qui simulait un prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

Les *sarcomes* primitifs du tissu cellulaire pelvien sont très-rares. Ils paraissent provenir du tissu conjonctif rétro-péritonéal.

ECHINOCOQUES

Freund, Gyn. Klin. 1885. — *Scanzer*, Z. f. G. u. G. Bd. 4. — *Wiener*, Arch. f. Gyn., XI. p. 572. — *Haussmann*, e. l. XII, p. 163. — *Villard*, Annales de gyn , IX. p. 113.

Les échinocoques peuvent se développer dans les endroits les plus divers du bassin, aussi bien dans le tissu conjonctif sous-péritonéal que dans l'ovaire.

En général, les symptômes sont peu caractéristiques. Il varient d'après le siège de la tumeur. Ce sont ceux de toutes les tumeur pelviennes. Ces tumeurs peuvent perforer le rectum, la vessie, l'utérus et le vagin.

On les a décrites dans un grand nombre d'observations comme faisant obstacle à l'accouchement.

Le diagnostic ne peut être fixé avec certitude qu'après rupture du kyste, dans le vagin, le rectum, ou bien après une ponction exploratrice.

A moins que le sac ne soit vidé et drainé, ou qu'une perforation n'ait lieu, le pronostic est mauvais, comme dans toutes les tumeurs à échinocoques. Il est donc indiqué d'inciser la poche, de la vider et de la drainer. *Schrœder* a eu l'occasion d'enlever trois fois les échinocoques avec la poche qui les entourait.

IX. — DE LA STÉRILITÉ

Bien que la stérilité soit, non pas une maladie, mais la conséquence ou le symptôme concomitant d'autres affections organiques, j'ai cru bien faire, dans un but purement pratique, de grouper les considérations d'ordre diagnostique et thérapeutique émises dans ce livre à ce sujet. La recherche des causes de la stérilité chez la femme est des plus difficiles.

La stérilité ne tient pas toujours à la femme. Les recherches de *Kehrer*, *Fürbringer*, *Lier*, *Ascher* et d'autres prouvent que le mari en est la cause dans un tiers ou un quart des cas, par azoospermie ou par aspermatie. Par azoospermie on entend l'absence de spermatozoïdes dans le sperme éjaculé ; dans l'aspermatie, il n'y a pas d'éjaculation lors du coït. A ces deux infirmités ajoutons les cas d'impuissance, soit par vice organique (hypospadias, atrophie, etc.) ou par trouble fonctionel, neurasthénie sexuelle etc. Toutes ces causes étant réunies, on peut dire que la stérilité tient à l'homme dans un tiers ou dans la moitié des cas. Bon nombre de ces causes sont dues à l'infection blennorrhagique. La gravité de cette infection saute encore plus aux yeux, si l'on admet qu'elle est la cause de la plupart des affections qui rendent les femmes stériles.

Toujours est-il que l'on fera bien, dans tous les cas où la stérilité ne provient pas à toute évidence de la femme, d'examiner au microscope le sperme du mari.

Combien d'années de mariage faut-il avant qu'on puisse le considérer comme stérile? On voit des femmes ne devenir enceintes qu'après cinq, dix, quinze années de mariage. Aussi le pourcentage des unions stériles varie-t-il beaucoup dans les diverses statistiques. Sur 1970 mariages, dans ma pratique privée, j'en ai observé 327 (17 p. 100) qui étaient stériles; sur 3323 mariages de ma policlinique, 293, soit 8,8 p. 100 étaient stériles : une moyenne de 10 p. 100 des cas.

On entend par *stérilité primitive* l'absence totale de conception ; et par *stérilité secondaire* celle qui succède au premier accouchement. La fréquence de cette stérilité secondaire est grande : sur 1640 mariages féconds, j'en ai compté 172 soit 10 p. 100. Pour qu'un mariage soit