Mais un cas tout différent peut se rencontrer. Il peut arriver que, loin de s'épuiser, les contractions se soutiennent aussi fortes, aussi énergiques qu'au début du travail : seulement, malgré leur violence, elles sont impuissantes à opérer la dilatation des parties molles du périnée ; c'est une résistance insurmontable contre laquelle viennent se briser les efforts les plus violents. On conçoit facilement que, dans ce dernier cas, il faut bien se garder d'employer les moyens propres à activer les contractions, et que le seigle ergoté, par exemple, serait excessivement dangereux. C'est alors surtout qu'on lui voit produire ces contractions tétaniques et irrégulières qui ont été si souvent suivies de la mort du fœtus, et même de la rupture de l'utérus, presque constamment mortelle pour la mère. La matrice fait évidemment tout ce qu'elle peut faire, et l'accoucheur doit ici, non pas exciter des contractions plus énergiques, mais bien aider, par des tractions convenablement pratiquées, ses efforts expulseurs. L'application du forceps est évidemment ici la seule ressource. Nous étudierons à l'article *Forceps* quel est, suivant nous, son mode d'action dans le cas qui nous occupe.

Pour bien établir cette distinction que nous croyons très-importante en pratique, nous supposerons deux femmes en travail. Chez toutes les deux, la tête du fœtus, convenablement située, repose sur le plancher du bassin depuis six ou sept heures. Chez l'une, les contractions, d'abord fortes et fréquentes, sont devenues peu à peu faibles et rares, ou même ont presque complétement cessé ; chez l'autre, au contraire, elles conservent encore toute leur énergie : chez celle-ci nous appliquerons tout de suite le forceps ; chez celle-là nous aurons d'abord recours aux moyens propres à réveiller les douleurs. Le forceps ne sera évidemment employé qu'autant que ces excitations auraient été sans résultat, ou que les douleurs ergotées seraient encore insuffisantes.

Il est important, du reste, de ne pas oublier combien la vie du fœtus peut être gravement compromise par les contractions dues au seigle ergoté. Aussi ne doit-on pas laisser ces dernières se prolonger longtemps. Lorsque après une demi-heure, trois quarts d'heure au plus après le réveil des contractions ergotées, la tête n'est pas expulsée, il me paraît prudent de terminer l'accouchement par l'application du forceps.

Cette insuffisance des douleurs ergotées n'est pas un fait très-rare, dans le cas qui nous occupe. Mais alors même qu'on est obligé d'en venir plus tard à l'application du forceps, l'administration du seigle ergoté aura encore été utile. L'application du forceps sera faite alors, en effet, dans des conditions beaucoup plus favorables : car les contractions dues au seigle ergoté aideront les tractions de l'instrument, et surtout préviendront l'inertie consécutive de la matrice, inertie à laquelle la femme aurait été exposée, si l'instrument avait été appliqué sans qu'on eût préalablement réveillé sa contractilité de tissu.

§ III. — Déchirure du périnée.

L'étroitesse de la vulve et la résistance du périnée amènent assez souvent une déchirure de la fourchette et du périnée lui-même, sur une plus ou moins grande

étendue. Ces déchirures sont incomplètes, centrales, complètes : *incomplètes*, quand, partant de la vulve, elles n'intéressent pas le sphincter anal ; *centrales*, quand la rupture se fait entre l'anus et la vulve, sans se confondre avec l'un ou l'autre de ces orifices ; *complètes*, quand la vulve, le périnée et le sphincter de l'anus sont déchirés, et avec eux la cloison recto-vaginale sur une hauteur variable.

Les déchirures incomplètes ne réclament pas de traitement particulier ; elles guérissent spontanément. On se bornera, dans ce cas, à maintenir les deux membres inférieurs rapprochés au moyen d'une serviette nouée autour des deux genoux. La cicatrisation se fera tantôt par première intention, tantôt après suppuration, et presque toujours le périnée présentera, après la guérison, une étendue suffisante. Dans les déchirures incomplètes qui s'étendent jusqu'au sphincter anal, on a souvent employé quelques points de suture ou l'application de serres-fines, mais nous avons depuis longtemps renoncé à leur emploi, qui est douloureux et souvent compliqué par l'apparition de quelques petits points gangréneux. Toutes les fois que la déchirure est incomplète, je crois qu'il faut s'abstenir de toute opération. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent suffiront.

Ce que nous venons de dire des déchirures incomplètes s'applique également au traitement des déchirures centrales.

Les déchirures complètes sont beaucoup plus graves que les précédentes ; elles sont souvent suivies d'incontinence des matières fécales, et produisent ainsi une infirmité dégoûtante. Il faut savoir pourtant que, dans un certain nombre de cas, et j'en ai vu un exemple, les déchirures complètes sont suivies de guérison spontanée. Les faits de ce genre ne sont pas excessivement rares, puisque M. Huguier, à lui seul, en aurait observé quinze ou vingt cas. Les guérisons spontanées sont cependant loin de constituer la règle générale ; presque toujours l'intervention du chirurgien devient indispensable. On devra donc pratiquer la périnéorrhaphie ; mais à quelle époque convient-il d'opérer ? Dieffenbach voulait que la suture fût faite immédiatement après l'accouchement. A ce moment, les bords de la déchirure sont encore saignants, et l'avivement est inutile ; c'est moins une opération sanglante que l'on fait qu'un simple pansement. Cette conduite n'est cependant pas sans inconvénients : on prive, en effet, les malades des chances d'une guérison spontanée, l'écoulement des lochies gêne la cicatrisation, et les maladies si fréquentes pendant l'état puerpéral compromettent souvent le succès. Mieux vaut, je crois, comme l'ont conseillé Roux et Velpeau, attendre que la femme soit complétement rétablie, et n'opérer qu'après le retour de la première époque menstruelle. M. Nélaton a conseillé de pratiquer la périnéorrhaphie sept ou huit jours après l'accouchement, et d'affronter, sans avivement, les bords de la plaie encore recouverts de bourgeons charnus. Cette méthode a réussi, mais elle a eu aussi ses revers. Après sept ou huit jours, les parties génitales sont souvent encore tuméfiées, et les points de suture traversent des parties enflammées qui se coupent facilement. L'écoulement des lochies, les maladies puerpérales intercurrentes, peuvent d'autre part entraver la guérison.

L'opération faite tardivement est celle à laquelle nous donnons la préférence.

CHAPITRE V

DES VICES DE CONFORMATION DE LA VULVE ET DU VAGIN

Les vices de conformation des parties génitales peuvent être congénitaux ou accidentels ; mais, comme les uns et les autres offrent à peu près les mêmes

indications, je les confondrai dans la même description. Nous aurons à nous occuper successivement de l'union congénitale ou accidentelle des grandes ou des petites lèvres, de la persistance de l'hymen, des brides, cloisons, cicatrices vicieuses du vagin, de l'étroitesse de ce canal.

§ I. — Union des grandes et petites lèvres.

Elle peut exister dès la naissance, ou peut être le résultat d'une plaie, d'une ulcération dont on n'aura pas surveillé la cicatrisation avec assez de soin. Denman fait remarquer avec raison que cette union anormale est assez fréquente chez les petites filles, et que si on l'observe si rarement à l'âge de la puberté, cela tient à ce que l'usage libre et constant de leurs membres, quand elles viennent à marcher, produit une séparation spontanée. Cette union, lorsqu'elle est congénitale, peut être plus ou moins complète, plus ou moins intime ou résistante. Elle n'est jamais complète, quand elle est le résultat d'un accident; car le passage continuel de l'urine s'oppose à ce que l'adhésion ait lieu au point correspondant au méat urinaire. L'écoulement du sang menstruel, quand les règles surviennent avant la cicatrisation complète, s'oppose encore à l'adhésion des lèvres dans une assez grande étendue.

§ II. — Persistance de l'hymen.

L'hymen peut persister quelquefois après la copulation, et constituer un obstacle à l'expulsion du fœtus. Nous avons indiqué, dans la description anatomique de cette membrane, les diverses variétés de forme qu'elle pouvait présenter. Cette persistance de l'hymen ne s'oppose pas toujours à la conception, et tous les auteurs racontent des faits dans lesquels ils ont été obligés d'inciser l'hymen au moment du travail, pour livrer un libre passage à l'enfant. On a même cité des femmes grosses chez lesquelles on a trouvé un second hymen à quelque distance au-dessus du premier. Enfin, l'hymen a pu persister après l'accouchement, comme le prouve le fait observé par Meckel aîné et rapporté par Tolberg. Une femme, après avoir mis au monde un fœtus de cinq mois enveloppé de toutes ses membranes, n'en conserva pas moins son hymen intact, circulaire et tendu.

§ III. — Cicatrices vicieuses.

L'étroitesse et la rigidité des parties externes peuvent dépendre de brides, de cicatrices résistantes et inextensibles, suites de plaies, de déchirures survenues le plus souvent à la suite d'accouchements laborieux ou difficiles. Les faits de ce genre ne sont pas rares. De la Motte en cite une observation assez remarquable. Auguste Bérard, dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, rapporte qu'après une périnéorraphie, la vulve fut si rétrécie, que les rapprochements sexuels devinrent impossibles. On trouve aussi dans le volume V de la *Gazette médicale* (avril 1837, p. 13) une observation de dystocie par une cicatrice survenue à la

suite d'une opération d'épisiorrhaphie. Tous les faits de ce genre se ressemblent, et la conduite de l'accoucheur est des plus simples quand il se trouve en face d'un fait semblable; quelques incisions, et, s'il le faut, une simple application de forceps, terminent l'accouchement [1].

Toutes les femmes chez lesquelles la fourchette avait été détruite par un accouchement antécédent, et dont la bride, résultat de la cicatrice vicieuse, constituait l'obstacle à l'accouchement, n'ont pas été aussi heureuses que celles dont je viens de raconter l'histoire. Quelquefois une nouvelle déchirure a eu lieu, ou même, la bride résistant, l'enfant a été expulsé à travers une déchirure centrale du périnée.

§ IV. — Vices de conformation du vagin.

Le vagin peut manquer complétement ou seulement dans sa moitié supérieure : nous avons cité un cas (page 80) dans lequel il n'existait que le quart

[1] Aux exemples cités dans les auteurs, je puis joindre le suivant qui m'est propre. Pendant que je remplissais les fonctions de chef de clinique à l'hospice de la Faculté, une jeune femme de trente ans fut apportée à la Clinique, dans le commencement de janvier 1838. Elle était enceinte pour la seconde fois et arrivée au terme de sa grossesse. Elle était en travail depuis le vendredi soir : c'était le dimanche matin. Elle nous raconta que les membranes s'étaient rompues le samedi, à huit heures du matin ; que la tête parut descendre dans l'excavation assez rapidement, mais qu'elle fut arrêtée au passage. L'accoucheur qui lui donna des soins fit appeler un de ses confrères, et tous les deux tentèrent inutilement une application du forceps à deux heures de l'après-midi. A huit heures du soir, les choses étant dans le même état, ils renouvelèrent l'application de l'instrument, qui fut encore infructueuse. Ils attendirent jusqu'au dimanche matin, et firent porter la femme à l'hôpital. Le professeur P. Dubois étant absent, j'examinai la femme. La tête, plongée dans l'excavation, reposait sur le plancher du bassin, dont le détroit inférieur nous parut légèrement rétréci. Il existait à la commissure postérieure de la vulve une bride transversale de l'épaisseur d'une grosse plume d'oie, formée par un tissu très-dur et comme cartilagineux. (Cette femme nous dit alors que le travail, dans son premier accouchement, n'avait pu se terminer que par une application de forceps ; qu'il en était résulté une déchirure considérable du périnée.) A chaque contraction, qui était, du reste, assez rare et assez faible, la tête du fœtus appuyait fortement contre cette bride ; mais celle-ci ne se laissait nullement distendre, et pendant deux heures, durant lesquelles nous voulûmes suivre le travail avant de prendre un parti, la tête n'avança pas d'un millimètre. La vulve ne s'entr'ouvrit pas. La bride était toujours aussi dure, aussi résistante, aussi peu élastique. J'allais pratiquer une incision sur la commissure antérieure du périnée ; mais un nouvel examen des parties m'ayant convaincu que le détroit inférieur était légèrement rétréci, que les douleurs étaient très-faibles, par conséquent que l'arrêt de la tête pouvait dépendre de ces deux circonstances aussi bien que de la résistance de la bride, je me décidai à tenter une nouvelle application du forceps. La tête était presque en position occipito-pubienne, toutefois l'occiput encore un peu dirigé à gauche ; les branches furent appliquées et articulées sans aucune difficulté ; mais les premières tractions furent complétement infructueuses. Au bout d'un quart d'heure d'efforts, je parvins à engager franchement la tête à travers le détroit osseux ; la partie postérieure du périnée commençait à bomber, mais la commissure résistait toujours. La pression exercée sur les parties molles réveilla les contractions utérines ; la femme, à partir de ce moment, aida par ses efforts les tractions que je pratiquai. Sous l'influence de ces deux forces réunies, la tête força la vulve à s'entr'ouvrir, la bride céda peu à peu, se laissa amincir et distendre, et, après trois quarts d'heure de tractions et de douleurs presque continuelles, la tête franchit enfin la vulve. Le périnée, très-bien soutenu par un aide, n'offrit pas la moindre déchirure.

inférieur du vagin. Ce vice de conformation coïncide assez souvent avec l'absence de l'utérus, mais alors l'accoucheur n'a évidemment rien à faire.

Il peut être complétement ou incomplétement oblitéré dans un des points de son trajet, soit par agglutination partielle ou complète de ses parois, soit par des cloisons. L'agglutination du vagin peut être congénitale, et le vagin exister sous la forme d'un cordon dense, solide, non canaliculé : il est réduit à une simple trame cellulaire. Elle peut être aussi accidentelle, et résulte alors le plus souvent des déchirures, des lésions produites par les accouchements antécédents, de plaies ou de blessures accidentelles. M. Lombard (de Genève) a vu chez une femme qui, dans le but coupable de se faire avorter, s'était injecté un demi-litre d'acide sulfurique, la vessie réunie immédiatement au rectum, le vagin ayant été détruit dans un de ses points. M. Cruveilhier a vu le vagin se terminer en cul-de-sac à un pouce du méat urinaire, à la suite d'injections vaginales faites avec une solution de sublimé corrosif.

Les cloisons du vagin peuvent être transversales ou longitudinales. C'est probablement aux premières qu'il faut rapporter la plupart des cas d'hymen double ou triple qu'on trouve dans les auteurs. Celles-ci peuvent être complètes, c'est-à-dire diviser le vagin en deux cavités bien distinctes; le plus souvent alors, cependant, elles présentent un petit pertuis par lequel suintent les liquides [1]; elles peuvent être incomplètes et n'oblitérer qu'en partie le vagin. Leur forme est alors très-variable.

Un cas très-curieux de dystocie par bride vaginale m'a été communiqué par mon excellent ami le docteur Pignant, médecin au Creuzot. Au moment de l'expulsion du fœtus, la tête passa au-dessus d'une bride, tandis que le tronc se dégageait au-dessous, de sorte que le cou de l'enfant resta appliqué contre la vulve, retenu et comme étranglé par cette bride. La sage-femme qui assistait à cet accouchement n'osa pas couper cette bride qui était arrondie, d'apparence musculeuse

[1] Dans le cours de l'année 1837, il se présenta à l'hospice des cliniques de la Faculté une jeune femme arrivée au dernier mois de sa grossesse. En pratiquant le toucher, on sentit que le doigt était arrêté, à 3 ou 5 centimètres de profondeur, par une cloison parfaitement lisse et n'offrant aucune ouverture sensible au doigt. En l'examinant au spéculum, on put s'assurer que l'obstacle qui arrêtait le doigt était une membrane adhérente aux parois du vagin, dont elle obstruait, en ce point, complétement la cavité. En poussant l'instrument et en la distendant avec son extrémité, sa surface présentait à peu près un pouce de diamètre. Vers le tiers supérieur et droit de cette cloison, on distingua un petit pertuis, par lequel suintaient quelques gouttelettes d'un liquide séro-purulent. Ce ne fut qu'avec peine qu'on parvint à faire pénétrer l'extrémité d'un stylet mousse par cette petite ouverture obliquement dirigée de bas en haut et d'avant en arrière : l'instrument arriva alors dans une espèce de chambre postérieure qui constituait la partie supérieure du vagin. Dès lors on s'attendit à quelques difficultés au moment de l'accouchement; aucun accident, du reste, n'avait entravé la marche de la grossesse. Cette femme fut prise tout à coup et pendant la nuit de douleurs assez faibles pour qu'elle ne crût pas à un commencement de travail; mais vers les cinq heures du matin survinrent des douleurs très-énergiques et très-rapprochées, qui suffirent à l'expulsion du fœtus. Les suites de couches furent très-heureuses. Quinze jours après, je constatai que la cloison avait été déchirée en trois lambeaux distincts, un inférieur et deux supérieurs. Depuis j'ai examiné plusieurs fois cette femme, et j'ai pu m'assurer que les lambeaux sont restés isolés.

et grosse comme le petit doigt. L'enfant succomba. Vérification faite, il fut constaté que la bride était longitudinale, et qu'elle s'insérait par ses deux extrémités sur le vagin.

Quand les cloisons sont longitudinales, tantôt elles ne divisent le vagin que dans une partie de son étendue, tantôt elles le séparent dans toute sa longueur. Dans ce dernier cas, la continuité de la cloison peut être interrompue vers un de ses points, et les deux vagins qui résultent de sa présence communiquent par cette ouverture. La cloison du vagin, quand elle est complète, se prolonge assez souvent dans l'utérus, qu'elle divise alors en deux cavités. Cependant cela n'arrive pas toujours.

Le vagin peut être originairement très-étroit, ou bien avoir éprouvé une coarctation ou un rétrécissement remarquable. On a vu cette angustie poussée au point de permettre à peine l'introduction d'une sonde de femme. M. Moreau a observé une jeune femme enceinte de quatre à cinq mois, chez laquelle le vagin rétréci pouvait à peine admettre le tuyau d'une plume à écrire. Cette disposition, qui donnait beaucoup d'inquiétude, céda, comme cela arrive presque toujours, aux progrès naturels de la grossesse [1].

Enfin, le vagin peut être dévié de son trajet habituel, et ne point présenter d'ouverture aux parties naturelles de la génération. Les points auxquels il vient aboutir sont alors très-variés. On l'a vu s'ouvrir au-dessous du nombril par deux petites ouvertures séparées par une forte membrane, et dont l'une donnait issue aux urines, et l'autre aux menstrues; souvent il vient aboutir dans le rectum. Portal raconte qu'une jeune fille, à la vulve de laquelle il n'y avait qu'une petite ouverture pour l'écoulement des urines, et dont les règles coulaient par l'anus, devint enceinte : l'ouverture s'agrandit assez pendant les derniers temps de la grossesse, et surtout pendant le travail, pour que l'accouchement se terminât seul. M. Rossi, appelé auprès d'une femme en travail, constata l'absence complète des organes génitaux externes. Il crut d'abord à une rétention des menstrues; il pratiqua une incision de la longueur de deux pouces dans la direction du vagin, et bientôt, au lieu de sang menstruel, il vit sortir par cette ouverture un fœtus mâle qui ne vécut que sept heures. En recherchant par où avait pu s'opérer la fécondation, il découvrit, après avoir interrogé le mari, près du sphincter de l'anus et à la partie interne, une petite ouverture qui pouvait à peine recevoir un stylet très-fin.

Tous les obstacles que nous venons d'étudier sont surmontés assez souvent par les seuls efforts de la nature; aussi ne faut-il pas se presser trop, en géné-

[1] Plenk raconte que, appelé auprès d'une femme en travail, il trouva le vagin tellement étroit, que le plus petit doigt ne pouvait être introduit, et que depuis trois ans de ménage son mari n'avait pu consommer le coït suivant l'usage ordinaire. Cependant, au bout de dix-huit heures, la dilatation du vagin était suffisante, et l'expulsion du fœtus s'opéra sans causer aucune déchirure du vagin ou des parties génitales externes. (*Elementa artis obstetricæ*, page 113.)

Dans un cas où l'introduction du doigt était à peine possible, Merriman dit avoir vu le travail se terminer spontanément après trente-six heures. La femme mourut le surlendemain, et à l'autopsie on trouva une petite déchirure du vagin. (*Synopsis*, p. 59.)

ral, d'en venir à l'instrument tranchant. Si cependant on jugeait convenable, avant l'accouchement, d'avoir recours à l'opération pour diviser les parties agglutinées, ou pour inciser l'hymen, ou pour détruire une cloison ou une adhérence vaginale, il faudrait attendre que les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse fussent révolus. A cette époque, on aurait moins à craindre, en effet, l'influence que l'ébranlement causé par l'opération pourrait avoir sur la marche de la grossesse. L'hymen ou les cloisons vaginales présentant presque toujours une ouverture, on y introduirait une sonde cannelée, sur laquelle on dirigerait le bistouri qui devrait inciser les parties. Lorsqu'il s'agit de diviser les lèvres réunies, on peut, cette agglutination étant presque toujours incomplète, se servir de ciseaux; mais, dans tous les cas, il faut prolonger l'incision le plus bas possible, afin de ménager aux lochies un libre passage. Quand on veut détruire un hymen ou une cloison, on conseille généralement de faire une incision cruciale, et même d'en exciser les lambeaux pour empêcher qu'ils ne se réunissent. On se comporterait de la même manière au moment du travail. Seulement, on ne devrait pas attacher la même importance à l'excision des lambeaux, l'écoulement des lochies s'opposant à leur réunion.

Quant aux brides et rétrécissements partiels dans un des points de la longueur du canal, le plus souvent il faut attendre, et ils finissent par se ramollir, s'assouplir, et permettent encore l'accouchement. Dans le cas contraire, il faudrait évidemment les inciser.

Enfin, l'oblitération accidentelle et complète de la vulve survenue pendant la grossesse obligerait de créer à la tête une voie, dès qu'elle ferait saillir le périnée. L'incision devrait être pratiquée alors sur le lieu qu'occupe ordinairement l'ouverture vulvaire.

§ V. — Renversement du vagin.

Le renversement du vagin survient quelquefois pendant le travail. La membrane muqueuse, refoulée par la tête du fœtus, renversée plus ou moins complétement en dehors, forme, hors de la vulve ou entre les lèvres, un bourrelet fongueux, livide, et d'un volume considérable, qui s'oppose au passage de la tête. La compression que celle-ci exerce sur la muqueuse renversée en produit assez souvent la gangrène. Pour s'opposer à cet accident fâcheux, il faut appliquer le forceps. Un accouchement long et difficile, un volume considérable de la tête, un relâchement marqué de la muqueuse, telles sont les causes qui prédisposent les femmes au renversement du vagin. Si ce renversement du vagin est constaté avant l'engagement de la tête, on pourra prévenir les accidents en repoussant la membrane du vagin dès le commencement du travail, et en la maintenant réduite jusqu'à la fin de l'accouchement.

CHAPITRE VI

TUMEURS DE LA VULVE ET DU VAGIN

Les tumeurs dont la vulve et le vagin peuvent être le siége sont très-variées : ainsi nous avons à noter l'œdème des grandes lèvres, le thrombus de la vulve et du vagin, les kystes, les abcès, les tumeurs fibreuses pédiculées ou non, les dégénérations cancéreuses et les végétations de toute espèce.

§ I. — Œdèmes des grandes lèvres.

L'*œdème des grandes lèvres*, dont nous avons déjà parlé à propos des complications fâcheuses de la grossesse, est quelquefois tellement considérable au moment du travail, qu'il oblitère presque complétement l'ouverture du vagin. En s'opposant à la distension nécessaire de la vulve, il peut rendre l'accouchement très-difficile, mais surtout très-douloureux. La compression que la tête du fœtus exerce, au moment de son passage, sur des parties ainsi tuméfiées, peut en causer la gangrène, ou tout au moins la rupture profonde. Il faut donc prévenir ces accidents en pratiquant des mouchetures avec la lancette sur toutes les parties tuméfiées. Le nombre des mouchetures doit nécessairement varier suivant l'étendue des parties tuméfiées et suivant le degré de l'engorgement.

L'œdème de toutes les parties molles de l'excavation, surtout chez les femmes qui ont naturellement beaucoup d'embonpoint, produit une sorte de rétrécissement des voies génitales qui met obstacle à l'accouchement naturel, et gêne singulièrement l'opérateur quand il est obligé d'intervenir. Cette cause de dystocie est assez rare, mais elle n'en est pas moins réelle, et tout dernièrement, à l'hôpital Saint-Antoine, elle a rendu très-laborieuse l'extraction d'un fœtus chez une femme éclamptique très-bien conformée.

§ II. — Tumeurs sanguines ou thrombus.

Le thrombus de la vulve et du vagin est un épanchement de sang qui se fait dans les parties molles du petit bassin ou de la vulve. On le voit quelquefois dépasser les limites du détroit supérieur, et remonter très-haut dans l'abdomen. Le thrombus est donc une véritable hémorrhagie, et à ce titre il y aurait quelque avantage à le décrire avec les autres pertes de sang qui compliquent le travail de l'accouchement, mais les causes qui le produisent, la tumeur qu'il forme habituellement dans le vagin, le traitement qu'il réclame, le distinguent si nettement des hémorrhagies utérines, qu'il nous a paru plus convenable de le classer avec les tumeurs de la vulve et du vagin. Cette place est d'ailleurs justifiée par le nom même de la maladie.

Le tissu qui double l'entrée du vagin, qui constitue les lèvres de la vulve, se compose de veinules, d'artérioles, de filaments celluleux et de pelotons graisseux tellement entrecroisés et combinés, que le sang qui s'y épanche le fait