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

presque toujours abondamment. D'un autre côté, la stagnation des fluides dans la vulve et l'état variqueux des veines du vagin, si fréquent chez les femmes enceintes, disposent toutes ces parties au thrombus. Pendant la grossesse, en effet, ces veines très-tuméfiées, surtout dans les derniers mois, se crevassent, soit spontanément, soit à la suite d'une violence extérieure, et le sang s'épanche dans le tissu cellulaire; une tumeur plus ou moins considérable se développe; au bout d'un temps variable, la gangrène s'empare des parties distendues, et une hémorrhagie quelquefois abondante, quelquefois même mortelle, a lieu [1].

Ces thrombus de la vulve n'appartiennent pas exclusivement aux femmes enceintes; ils peuvent se manifester aussi pendant l'état de vacuité. Suivant M. Velpeau, ils seraient même plus fréquents alors que pendant la grossesse. Il faut avouer néanmoins que, pendant la gestation, la gêne apportée par le développement de l'utérus dans la circulation des parties inférieures doit nécessairement favoriser la production de cet accident, et que pendant l'état de vacuité les thrombus vulvaires sont loin d'offrir la même gravité.

Le thrombus de la vulve affecte le plus souvent les grandes lèvres; on l'a observé cependant dans les petites. Il n'envahit ordinairement qu'une seule lèvre: il y a pourtant quelquefois une double tumeur, car l'épanchement peut envahir les deux grandes lèvres à la fois. Baer a eu tort de penser que la lèvre droite en était le siége le plus exclusif. Il se montre indifféremment dans l'un et l'autre côté.

Il se manifeste très-rarement dans les premiers mois de la grossesse, on l'a observé plus souvent dans les derniers temps; mais c'est surtout pendant le travail ou après l'accouchement qu'on a eu l'occasion de l'étudier. Pendant la grossesse, les causes les plus fréquentes de ces thrombus sont les coups, les chutes, les commotions violentes, etc. Dans quelques cas, il n'a pas été possible de les rattacher à aucune violence extérieure, et la rupture toute spontanée ne pouvait évidemment s'expliquer que par une distension excessive d'une des veines du vagin. Pendant le travail, ils se manifestent presque toujours lorsque la tête ou les fesses, parvenues au détroit inférieur, font effort pour franchir la vulve. Évidemment la rupture des veines est alors causée par la distension qu'elles éprouvent comme toutes les autres parties, distension à laquelle elles peuvent se prêter beaucoup plus difficilement, et par l'accumulation trop considérable du sang dont le retour est gêné par l'obstacle que la présence de la tête apporte dans la circulation. Aussi le séjour trop prolongé de la tête au détroit inférieur, l'étroitesse du bassin, son volume excessif, les efforts immodérés auxquels se livre alors la femme, en sont les causes les plus ordinaires. Quelques auteurs ont encore considéré comme pouvant les produire, l'obliquité de la matrice, et les attouchements trop fréquents et trop brusques des parties de la génération; mais il est évident que ces circonstances ne peuvent

[1] En 1647, Vestingius a décrit assez exactement cet accident. « J'ai déjà observé deux fois, dit-il, dans un accouchement difficile, un épanchement de sang entre les tuniques du vagin. Les lèvres de la vulve étaient distendues par une tumeur considérable, et, après l'avoir ouverte, il s'en échappa une assez grande quantité de sang. »

avoir l'action que les auteurs leur ont attribuée qu'autant qu'il existe une prédisposition variqueuse.

Ces tumeurs ne se montrent souvent qu'après la délivrance; c'est même alors qu'elles sont le plus dangereuses, d'abord parce qu'elles peuvent plus facilement passer inaperçues, puis parce que le relâchement des parties leur permet d'acquérir un volume très-considérable.

Il est toutefois important de remarquer, avec M. Deneux, que la plupart des thrombus, constatés seulement après l'accouchement, avaient commencé à se former pendant le travail, ou que du moins la rupture vasculaire, sinon l'épanchement, avait eu lieu durant les dernières douleurs expulsives. Dans beaucoup de cas, en effet, où une des veines est déchirée, la tête, plongée dans l'excavation, comprime assez le vaisseau ouvert pour s'opposer à tout épanchement; et ce sera seulement après la complète terminaison du travail que le sang pourra librement s'en échapper. Comme après la délivrance on a rarement occasion de porter la main dans le vagin, la tumeur ne sera reconnue que lorsque son volume deviendra gênant pour la malade, ou que déjà les phénomènes généraux de l'hémorrhagie éveilleront la sollicitude du médecin. Or, un temps assez considérable peut s'écouler entre ce moment et le début de l'accident.

Une autre condition peut encore retarder l'apparition du thrombus : c'est que l'ouverture un peu étroite de la veine soit bouchée par du sang coagulé.

Enfin, il peut arriver, comme le pense M. Dubois, que les parois des vaisseaux violemment contus, peut-être même mortifiés, ne se rompent que plus tard, alors seulement que la partie qui a subi l'attrition se détache. La muqueuse, plus extensible que les parois veineuses, pourra fuir pour ainsi dire devant la violence subie par le vaisseau distendu, et ne pas en subir elle-même un aussi fâcheux effet : d'où épanchement tardif du sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et formation de tumeur sanguine.

M. Perret (thèse de Paris, 1864) admet de plus que, dans certains cas, la tête du fœtus peut faire subir aux parois du vagin une sorte de glissement sur les tissus voisins, glissement qui aura pour résultat de décoller ces parois dans une plus ou moins grande étendue, de déchirer les cloisons du tissu cellulaire, en produisant une cavité plus ou moins spacieuse. Tous les capillaires rompus pourraient fournir du sang qui s'accumulerait dans la cavité ainsi toute préparée pour le recevoir. M. Perret, à l'appui de son opinion, vit dans une autopsie l'eau d'une injection poussée dans la veine fémorale sourdre en nappe à la surface du foyer; il en conclut qu'aucune veine un peu importante n'était rompue.

Il est probable que c'est par la rupture d'une ou plusieurs veines qu'il faut expliquer le mécanisme ordinaire de la formation des thrombus pendant l'accouchement. Il en est de même après l'accouchement; dans ce dernier cas l'épanchement seul est consécutif à l'expulsion du fœtus. On comprend pourtant que les choses puissent se passer différemment; car souvent les parois veineuses ayant été très-affaiblies, soit par une distension excessive, soit par

le tiraillement qu'elles ont subi pendant le travail, il est possible que sous l'influence d'un mouvement brusque, d'un effort violent d'inspiration ou de toux, il se fasse tout à coup dans ces vaisseaux un afflux de liquide assez considérable pour en produire la déchirure spontanée, même plusieurs heures après la délivrance.

L'apparition des tumeurs sanguines est ordinairement précédée d'une douleur très-vive dans la partie qui en est le siége, douleur causée sans doute par la rupture de quelques vaisseaux. Bientôt l'une des grandes lèvres, quelquefois les deux, ou bien seulement les petites, se gonflent, se distendent rapidement, et forment une tumeur plus ou moins volumineuse. Cette tumeur peut acquérir un volume considérable, et la quantité de sang épanché être assez grande pour que la malade en soit affaiblie, et même tombe en syncope. Cette tumeur parvient quelquefois instantanément au volume qu'elle doit avoir, quelquefois elle continue à augmenter pendant vingt-quatre heures. Elle peut se borner aux parties extérieures, ou s'étendre profondément dans le bassin et jusqu'aux fosses iliaques.

Dans un mémoire publié en 1860, M. Laborie, en étudiant le siége du thrombus, a pris pour base de sa classification la description des aponévroses du périnée. Aussi admet-il les variétés suivantes :

1° Le thrombus superficiel qui peut s'étendre au loin sous la peau, se prolonger en arrière jusqu'auprès de l'anus, remonter en avant jusqu'aux parois abdominales, envahir latéralement la région fessière ;

2° Le thrombus situé entre les aponévroses superficielles et moyennes, qui se trouve limité dans la loge où il a pris naissance ;

3° Le thrombus situé entre les aponévroses moyenne et supérieure, qui sera toujours fort petit ;

4° Le thrombus placé entre l'aponévrose périnéale supérieure et l'aponévrose pelvienne. Dans cette variété le sang peut fuser au loin, gagner latéralement les fosses iliaques, en arrière le sacrum et même la région lombaire;

5° Le thrombus dont le siége est au-dessus de l'aponévrose pelvienne. Dans cette variété, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et peut envahir tout le bassin, les ligaments larges, remonter dans l'épaisseur des mésentères et même jusqu'au diaphragme ;

6° Enfin, M. Laborie décrit comme sixième variété un épanchement de sang qui se ferait dans l'épaisseur même de la paroi vaginale, sans déchirer sa tunique fibreuse. Dans ce cas, l'épanchement dissèque le vagin qu'il refoule en dedans.

Toutes ces divisions sont plus anatomiques que cliniques; nous les avons cependant reproduites pour montrer nettement que le siége du thrombus peut être très-variable.

J'ai eu l'occasion, en 1846, d'observer un cas dans lequel l'épanchement avait pris une extension très-considérable. L'autopsie me permit de constater que, dans toute la moitié inférieure et droite des parois antérieures du ventre, il existait entre les muscles et le péritoine qui les tapisse une couche de sang

coagulé et comme étalé en nappe. Cette couche avait à peu près 5 millimètres d'épaisseur, et s'étendait de bas en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et occupait en travers tout l'espace qui sépare la ligne blanche de la crête iliaque.

Au niveau de la crête de l'os des iles, cette couche sanguine se continuait avec un caillot de 9 à 10 millimètres d'épaisseur, aussi situé au-dessous du péritoine : elle tapissait toute la fosse iliaque, et venait, en bas et en dedans, contourner le bord du détroit supérieur, et se perdre dans un foyer assez large, où le sang entièrement coagulé constituait la tumeur qui, pendant la vie, nous avait particulièrement occupé. En cet endroit, le caillot, dans sa partie centrale, avait au moins 17 millimètres d'épaisseur, allait en s'amincissant du centre à la circonférence, de manière à envahir toute la partie droite de l'excavation : tout le reste du tissu cellulaire pelvien était fortement coloré par du sang infiltré.

Là pourtant ne se bornait pas le désordre ; car, remontant, en décollant le péritoine, sur la partie postérieure et latérale droite du ventre, le sang coagulé s'étalait en nappe jusque dans l'hypochondre droit, de manière à baigner tout le tissu cellulaire qui entoure le rein, se glissait même entre les replis du péritoine qui forment l'origine du mésentère, s'élevait enfin jusqu'aux attaches du diaphragme aux fausses côtes droites, attaches qui, seules, semblaient s'opposer à sa progression. L'épaisseur de cette large couche coagulée variait dans les points différents entre 4 et 6 millimètres. Somme toute, la quantité de sang épanché fut évaluée à un kilogramme par les personnes présentes à l'autopsie [1].

Il arrive fréquemment que l'épanchement commence dans le bassin, et vient ensuite se montrer au dehors. La tumeur prend bientôt une teinte violacée livide. Lorsque le thrombus a son siége très-bas, la teinte violacée ou bleuâtre de la peau permet rarement de le méconnaître ; mais en haut et dans la profondeur ou au-dessus des grandes lèvres, il peut au contraire n'être accompagné d'aucune ecchymose. On n'y sent ni pulsation ni frottement. Dure, lorsque le sang est seulement infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, la tumeur devient molle et fluctuante quand ce tissu est déchiré et qu'il existe un foyer. Enfin, il arrive assez souvent que la peau ou la muqueuse, graduellement amincie, finit par se rompre; il en résulte alors un écoulement de sang plus ou moins considérable, avec une diminution instantanée des douleurs. Cette hémorrhagie peut être assez abondante pour produire rapidement la mort, surtout quand la tumeur était volumineuse et que sa rupture est survenue pendant les efforts du travail. On a vu des cas dans lesquels, à la suite de la rupture, le sang a jailli avec tant de violence, qu'il a été projeté à plusieurs pieds de la malade, et avec tant d'abondance, que les personnes présentes ont cru à la rupture de la poche amniotique et à l'écoulement très-abondant des eaux. Toutes les fois

[1] Voyez, pour les détails de cette observation, le journal *la Gazette médico-chirurgicale* (20 février 1846).