pédicule de la tumeur nous paraît la seule ressource. Si son volume rendait ensuite son extraction trop difficile, on pourrait le couper en plusieurs fragments, comme je l'ai vu faire deux fois, ou le saisir fortement avec un petit forceps armé de dents. La version pelvienne, conseillée par quelques accoucheurs, ne pourrait être pratiquée que dans les cas où la longueur du pédicule laisserait à la tumeur une grande mobilité et permettrait de la repousser au-dessus du détroit supérieur. Il est inutile de dire que si, pendant les derniers mois de la grossesse, l'existence d'un polype dans le vagin était reconnue, on devrait, dès le début du travail, procéder à son excision, si son volume était de nature à rendre la parturition difficile.

§ X. — Tumeurs fongueuses, choux-fleurs, etc.

Ces tumeurs, qui se présentent sous la forme de choux-fleurs, peuvent naître de l'une ou de l'autre lèvre : elles acquièrent parfois un volume considérable, peuvent masquer l'orifice et le rendre presque inaccessible. Elles produisent souvent des hémorrhagies, et, comme le tissu fongueux qui les constitue offre quelque analogie avec le tissu placentaire, elles ont fait croire, dans quelques cas, à l'insertion du placenta sur le col. Madame Lachapelle, Denman, citent des erreurs de ce genre. J'ai été témoin d'un cas encore plus singulier : j'ai vu les internes à l'hôpital de Lourcine faire appeler M. Nélaton, qui était le chirurgien de cet hôpital, pour faire la version dans un prétendu cas de présentation de la main. M. Nélaton me pria de l'accompagner, et, à notre arrivée, nous constatâmes que ce que ces messieurs avaient pris pour une main était un énorme chou-fleur qui naissait de la lèvre antérieure du col. Son pédicule avait au moins 3 centimètres de longueur et sa base offrait cinq ou six petites végétations qui avaient été prises pour de véritables doigts.

Ces tumeurs sont souvent assez peu volumineuses pour permettre l'accouchement spontané : il en fut ainsi dans le cas que je viens de citer, mais dans beaucoup d'autres cas on a été beaucoup moins heureux. C'est ainsi que, sur les sept cas cités par Puchelt, il a fallu une fois pratiquer sur une autre partie du col dure et squirrheuse des incisions qui permissent d'introduire la main; dans un autre cas, enlever à l'aide de ciseaux la tumeur qui, fixée à la lèvre antérieure, occupait tout le vagin; dans un troisième, faire, à cause de la rupture de l'utérus, la gastrotomie, qui ne sauva pas même l'enfant; dans un autre, enfin, malgré la perforation du crâne, l'extraction de l'enfant fut impossible, et la femme succomba avant d'être délivrée. Une seule mère survécut!

§ XI. — Tumeurs enkystées.

Des tumeurs enkystées, adhérentes au col utérin ou aux parois vaginales, peuvent encore exister dans l'excavation. Elles sont en général arrondies, bien circonscrites, mobiles, élastiques, s'affaissent un peu sous une pression modérée, et quelquefois offrent de la fluctuation. La membrane muqueuse qui les recouvre

n'est point altérée. S'il restait quelques doutes sur la nature, une ponction exploratrice les dissiperait, si au moins elles contenaient un liquide; et dans le cas où elles contiendraient une masse solide, caséeuse ou butyreuse, on en retrouverait quelques parcelles dans la canule.

Avant l'engagement de la tête on pourrait essayer de repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur. On se hâterait ensuite de rompre les membranes, pour déterminer l'engagement du fœtus. Dans le cas contraire, il faudrait, par une simple ponction, faire évacuer le liquide, ou bien faire une incision assez étendue pour pouvoir en exprimer par la compression les matières qu'elles contiennent.

§ XII. — Induration avec hypertrophie du col.

La lèvre antérieure en est beaucoup plus souvent le siége que la postérieure; mais la maladie peut affecter les deux lèvres. Dans aucun cas, le volume de la partie indurée n'est assez considérable pour gêner mécaniquement l'expulsion de l'enfant; mais l'altération retarde très-souvent et quelquefois même rend impossible la dilatation. La saignée, les bains, ont été conseillés avec avantage. Quelques praticiens anglais vantent surtout l'émétique à dose suffisante pour produire des nausées. Je n'ai pas eu occasion d'en constater l'efficacité. Si ces moyens étaient infructueux, ou si une circonstance plus grave nécessitait la prompte terminaison du travail, on devrait recourir aux incisions multiples pratiquées sur le col.

§ XIII. — Du col cancéreux.

Le col utérin, comme tous les organes de l'économie, peut être affecté de squirrhe, de tumeur encéphaloïde. Le pronostic est alors très-grave pour la mère et pour l'enfant : ainsi, sur vingt-sept femmes dont Puchelt a recueilli l'observation, cinq moururent pendant le travail, neuf peu de temps après l'accouchement, dix se rétablirent; on ignore le sort des trois autres. Toutefois, si la maladie est encore au premier degré, si l'état général de la femme n'est pas gravement altéré, si surtout la maladie est peu étendue ou la tumeur peu volumineuse, le danger est moins grand, et l'expulsion du fœtus peut se faire assez régulièrement. Mais alors même que l'accouchement s'est opéré spontanément, il n'a pas moins une bien fâcheuse influence sur la marche ultérieure de la tumeur : dans la plupart des cas, en effet, la pression à laquelle a été exposée la partie malade semble activer son développement, et, que le travail ait été naturel ou artificiel, ses progrès sont ensuite beaucoup plus rapides. Les enfants succombent aussi très-souvent dans les cas dont nous parlons. Des vingt-sept femmes citées plus haut, quinze accouchèrent d'un enfant mort, dix seulement d'un enfant vivant : il n'est rien dit de l'état des deux autres.

Les indications qui se présentent, dans les cas où le col est affecté de cancer, varient nécessairement suivant le siége et le volume de la tumeur. Si elle est peu

volumineuse, si surtout c'est la lèvre postérieure qui est malade, si le bassin est largement conformé, il y a tout lieu d'espérer que les efforts de la nature suffiront à la dilatation et à l'expulsion du fœtus. J'ai vu la dilatation s'opérer aux dépens de la lèvre antérieure, restée saine; l'autre était envahie en totalité par un cancer qui s'étendait aussi sur la paroi postérieure du vagin [1] : il ne faut donc pas trop se presser d'agir; mais si la dégénérescence est peu étendue, il ne faut pas oublier que la nature est presque toujours impuissante.

Quelques auteurs ont conseillé de larges saignées : avantageuses dans les cas de rigidité du col ou de simple induration, les émissions sanguines ne feraient ici qu'affaiblir la malade, sans avoir aucune influence sur l'état de l'orifice. La seule ressource de l'art est encore dans les incisions multiples pratiquées sur le pourtour de la masse cancéreuse. La version ou l'application du forceps, conseillée par quelques accoucheurs, n'est évidemment praticable qu'autant que le bistouri aura préalablement facilité l'entrée de l'utérus. Sans cette précaution, il se forme nécessairement une ou plusieurs fissures qui partagent les lobes du squirrhe, et, au moment du passage de la tête, ces fissures peuvent s'élever très-haut et envahir même le corps de l'utérus. Si ces fissures ne se forment pas, le col, ne se dilatant pas, met obstacle à l'accouchement, et la femme est exposée à la rupture de l'organe, aux convulsions, à toutes les conséquences enfin des accouchements rendus laborieux par un obstacle mécanique, à moins qu'il n'y ait rupture de la portion sous-vaginale de l'utérus et passage du fœtus à travers cet orifice accidentel.

Dans les cas enfin où, même après les débridements, l'application du forceps est encore impossible, une grave question peut se présenter. En supposant l'enfant vivant, on n'a plus qu'à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Quelque grave que soit cette dernière opération, elle me semble pourtant ici préférable à la première; pratiquée en temps opportun, elle donne de grandes chances de sauver l'enfant, et la vie de la mère est déjà si gravement

[1] Ce cas me paraît trop remarquable pour ne pas être rappelé, au moins en abrégé. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, ayant eu déjà plusieurs enfants, entra à la Clinique au commencement du dernier mois de sa grossesse. En la touchant, on s'aperçut que la paroi postérieure du vagin était occupée dans toute sa hauteur par une tumeur allongée, recourbée en serpentin, et qui, naissant de la lèvre postérieure du col, s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve. La lèvre postérieure avait au moins 2 centimètres d'épaisseur dans toute son étendue transversale, qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire. Elle avait contracté des adhérences, par sa face postérieure, avec le vagin. La tumeur offrait à peu près la même épaisseur dans toute son étendue. Sa surface intérieure était inégale, bosselée, et ses inégalités et ses bosselures existaient aussi sur la lèvre postérieure du col. La surface postérieure adhérait, ou plutôt était confondue avec la cloison recto-vaginale. Cette femme étant arrivée à son terme, le travail commença. La dilatation fut très-lente, mais elle finit par s'opérer complétement aux dépens de la lèvre antérieure. La tumeur, dont le volume paraissait devoir offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête, rendit seulement la seconde partie du travail un peu plus lente : repoussée par la tête du fœtus, elle devint presque transversale, et formait sur le périnée un bourrelet, une espèce de croissant dont la convexité était inférieure, et la concavité, dirigée en haut, arrêtait la tête ; enfin, sous l'influence de contractions violentes, la tête repoussa la tumeur en arrière en déprimant fortement le périnée, passa au devant d'elle, et franchit bientôt les parties extérieures.

compromise par la maladie dont elle est affectée, qu'on ne doit pas, à mon avis, hésiter à tout sacrifice au salut de son enfant.

CHAPITRE VIII

OBSTACLES DUS AU CORPS DE L'UTÉRUS

§ I. — De l'obliquité utérine.

En étudiant les phénomènes de la grossesse, nous avons indiqué les causes qui forçaient l'utérus à s'éloigner plus ou moins de la direction de l'axe du bassin. Nous avons établi que le plus souvent la matrice, dans les derniers mois de la grossesse, se portait, sous l'influence de ces causes, en avant et à droite. Ce n'est donc pas de cette inclinaison antéro-latérale droite que nous voulons parler, en traitant ici de l'obliquité utérine comme cause de dystocie. Lorsqu'elle est peu considérable, en effet, et telle que nous l'avons supposée, quand nous l'avons considérée comme résultat normal du développement de l'utérus, elle n'occasionne aucune difficulté dans la parturition. Mais, lorsque l'obliquité utérine est exagérée, elle peut s'opposer à l'expulsion spontanée du fœtus : nous avons donc à nous en occuper.

Deventer, et, depuis lui, la plupart des auteurs qui ont traité de cette obliquité, en ont considéré quatre espèces : 1° l'obliquité antérieure; 2° l'obliquité postérieure; 3° l'obliquité latérale droite; 4° l'obliquité latérale gauche. Les accoucheurs modernes, Baudelocque, Gardien, Desormeaux, P. Dubois, ont regardé comme impossible l'obliquité postérieure. La saillie du sacrum et des vertèbres, disent-ils, s'oppose à ce que l'utérus puissse se porter en arrière. Nous nous croyons autorisé, d'après les faits cités par Deventer, Levret, Merriman, Dugès et M. Velpeau, à conserver ces quatre variétés.

1° Obliquité antérieure.

La résistance offerte par le plan postérieur de l'abdomen oblige tout naturellement la matrice à se porter en avant, où elle ne rencontre que les muscles abdominaux, paroi molle et extensible. Quand cette obliquité n'est pas trop considérable, l'art n'a rien à faire qu'à rester simple spectateur des efforts de la nature : mais, lorsqu'elle est exagérée, elle devient, pendant les derniers mois de la gestation, la cause d'incommodités, de douleurs, auxquelles il est bon de remédier, et, pendant le travail, produit des difficultés qu'il faut prévoir ou corriger.

Cette obliquité est favorisée par une inclinaison trop grande du plan du dé-