sur le cordon, à la méthode accoutumée; il faudra alors décoller artificiellement le placenta. Immédiatement après son extraction, l'utérus revient sur lui-même et sa réduction est souvent assez facile [1].

§ IV. — Tumeurs du corps de l'utérus.

Puchelt cite dix observations dans lesquelles une dégénérescence cancéreuse occupait le corps de l'utérus, le col étant resté sain. Une fois, la dégénérescence cancéreuse occupait la totalité du corps de l'utérus. Ces tumeurs n'apportent guère d'obstacle mécanique à l'expulsion du fœtus; nous nous contenterons de faire remarquer qu'elles sont une cause d'irrégularité des contractions utérines, et qu'elles prédisposent aux ruptures de l'utérus.

De toutes les tumeurs, les plus fréquentes sont les tumeurs fibreuses, qu'on divise suivant leur siége, en tumeurs sous-muqueuses, interstitielles et sous-péritonéales. Ces trois variétés de corps fibreux peuvent entraver l'accouchement en empêchant la régularité des contractions utérines, mais surtout en constituant un obstacle mécanique à l'expulsion du fœtus.

Les corps fibreux, pédiculés ou non pédiculés, qui se développent sur le segment inférieur de l'utérus, doivent être rapprochés des tumeurs fibreuses et des polypes du col. Nous n'avons donc rien à ajouter ici à ce que nous avons dit précédemment (voy. *Tumeurs fibreuses du col*, page 714).

Les corps fibreux du segment supérieur sont d'autant plus graves qu'ils ont des pédicules plus allongés. En effet, les corps fibreux non pédiculés, occupant le fond de l'utérus, n'auraient aucune tendance à s'engager dans l'excavation au-dessous de la tête du fœtus, tandis que les polypes fixés par un long pédicule au fond de l'organe pourraient, lorsque leur extrémité inférieure s'engage au-dessous de la tête, constituer un obstacle sérieux. Dans ce dernier cas, la seule conduite à tenir serait de couper le pédicule et d'enlever la tumeur.

Tous les corps fibreux, sous-muqueux, exposent à une hémorrhagie pendant la délivrance, parce qu'ils gênent le retrait de l'utérus par leur volume. Ces hémorrhagies peuvent même prendre une gravité exceptionnelle quand le placenta s'insère directement sur la muqueuse utérine qui recouvre la tumeur fibreuse. Cette disposition malheureuse, en s'opposant à l'action rétractile des fibres musculaires, favorise, on le conçoit, l'écoulement du sang par l'ouverture des vaisseaux utéro-placentaires restés béants.

Le travail particulier qui survient à la face interne de l'utérus pendant les suites des couches, a quelquefois une singulière influence sur l'existence des corps fibreux sous-muqueux. Quelques exemples prouvent que la muqueuse utérine peut s'ulcérer, et le corps fibreux laissé à nu, énucléé, pour ainsi dire, est chassé dans le vagin. C'est là un mode de guérison spontanée que j'ai déjà, pour mon compte personnel, observé deux fois.

[1] C'est surtout, comme le dit M. Moreau, dans les cinq ou six premières semaines qui suivent l'accouchement que les femmes sont exposées à ces sortes de déplacements. L'utérus qui a été distendu par le produit de la conception, encore imbibé de sucs, en quelque sorte hypertrophié, a un volume plus grand, une pesanteur plus considérable que dans le cas ordinaire; les ligaments qui ont été tiraillés, n'ont encore repris ni leur consistance, ni leur force habituelle. Or, si d'un côté il y a plus de poids dans l'organe qui doit être soutenu, de l'autre plus de faiblesse dans les ligaments qui doivent le soutenir, on concevra facilement que telle cause qui, dans l'état habituel de la vie, serait insuffisante pour amener un déplacement, le produise dans les circonstances que nous venons d'indiquer. C'est pour ces motifs qu'on ne saurait trop engager les femmes à garder la position horizontale dans les premiers temps de leurs couches, et à s'abstenir de toute espèce d'efforts pendant les premières semaines qui suivent leur délivrance.

Les tumeurs fibreuses sous-péritonéales sont, en général, moins graves que les tumeurs sous-muqueuses; elles peuvent cependant créer un obstacle très-sérieux lorsqu'elles occupent une partie de l'excavation. J'en ai rapporté, dans ma thèse de concours [1], une observation qui m'avait été communiquée par M. Blot : Une femme d'Argenteuil fut apportée à la Clinique, après d'inutiles tentatives pour

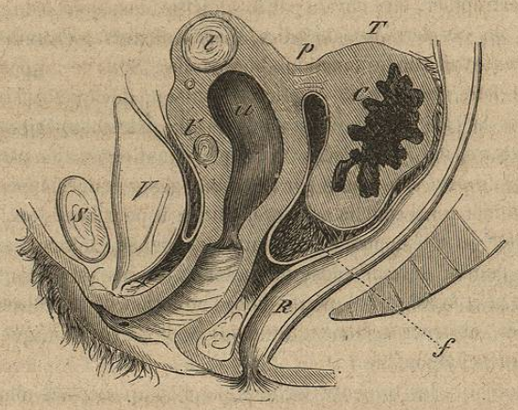

Fig. 110. — Coupe de la tumeur fibreuse.

S. Symphyse du pubis. — V. Vessie. — *t*. Petite tumeur fibreuse. — *t'*. Autre petite tumeur fibreuse. — T. Tumeur principale. — *c*. Cavité centrale de la tumeur. — *r*. Rectum. — *f*. Cul-de-sac utéro-rectal. — *p*. Pédicule de la tumeur au point où il se confond avec la face postérieure de l'utérus.

accoucher. Le fœtus se présentait par l'épaule; la main gauche et une anse de cordon pendaient hors de la vulve. La version fut très-difficile; la tête fut un moment arrêtée au détroit supérieur qu'elle franchit brusquement. La malade succomba à une métro-péritonite, et à l'autopsie on trouva trois tumeurs fibreuses. L'une d'elles partait de la partie moyenne de la face postérieure de l'utérus par un pédicule de 5 à 6 centimètres. Elle se renflait bientôt, pour acquérir un volume plus grand que celui d'une tête de fœtus à terme; elle remplissait, d'une part, le cul-de-sac utéro-rectal, dépassait le détroit supérieur, et s'élevait, d'autre part, jusqu'au fond de l'utérus. Elle adhérait au cul-de-sac recto-utérin en de nombreux points. Une incision antéro-postérieure fit voir que le centre de la tumeur était ramolli, et contenait une bouillie grisâtre (voy. fig. 110).

CHAPITRE IX

DES TUMEURS PROVENANT DES PARTIES VOISINES DU CANAL PELVIEN ET DU TISSU CELLULAIRE DE L'EXCAVATION

Ces tumeurs sont très-variées : elles peuvent appartenir à l'ovaire, à la trompe, au rectum, à la vessie, à l'intestin, au tissu cellulaire du bassin.

[1] Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire*. Paris, 1860.

§ I. — Tumeurs de l'ovaire.

L'ovaire peut être affecté d'une foule de maladies qui, presque toutes, ont pour résultat d'augmenter singulièrement son volume. On y observe très-souvent des kystes remplis de matières solides ou liquides : on y a vu des abcès ; il peut s'hypertrophier, être envahi par le squirrhe, l'encéphaloïde : nous n'avons pas à traiter de ces dernières maladies, mais seulement à examiner l'influence qu'elles peuvent avoir sur les fonctions puerpérales. Sous ce rapport, il est très-important de faire attention au siége de la tumeur : quelquefois l'ovaire malade est resté dans la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur ; assez souvent, au contraire, il a été déplacé et est tombé dans l'excavation pelvienne. Dans le premier cas, il peut sans doute par sa masse, gêner le développement de l'utérus et déterminer un accouchement prématuré ; il peut aussi, en forçant l'utérus à se porter du côté opposé à celui qu'il occupe déterminer une obliquité de l'organe qui pourra devenir cause de dystocie : mais c'est surtout lorsqu'il est situé dans le petit bassin qu'il mérite toute l'attention de l'accoucheur. Alors il peut, en effet, obstruer tellement les voies de la parturition, que celle-ci devient complément impossible.

Presque toujours les tumeurs formées par l'ovaire déplacé tombent dans le cul-de-sac que forme le péritoine, en se réfléchissant de la face postérieure du vagin sur la face antérieure du rectum. Dans un seul cas, cité par Jackson, elle était située derrière le rectum, qu'elle refoulait au-devant d'elle. Cette anomalie singulière doit être notée avec soin.

Le volume et la forme de ces tumeurs ovariennes varient beaucoup, depuis le volume d'une petite orange jusqu'à celui de la tête d'un enfant. Tantôt elles n'occupent qu'une partie de l'excavation, tantôt elles l'emplissent tellement, qu'il est à peine possible de glisser le doigt entre elles et les parois du bassin.

Il est important de constater ces différences de siége et de volume ; mais il ne l'est pas moins de s'assurer de la nature de la tumeur, de la matière qui la constitue. Dans quelques cas d'hydropisie de l'ovaire, la fluctuation est si évidente, que le doute n'est pas possible : mais quelquefois cette sensation n'est pas clairement perçue, et la surface lisse et polie de la tumeur, sa forme arrondie, comparées aux inégalités, aux bosselures qu'elle présente dans les dégénérations cancéreuses de cet organe, pourront seules éclairer le diagnostic. La densité de la tumeur liquide, la résistance élastique et la fluctuation qu'elle présente, sont singulièrement modifiées pendant la contraction. Pressée violemment alors par la tête du fœtus, la tumeur, d'abord molle et facilememt fluctuante, devient dure, tendue, résistante ; aussi est-il bon de l'examiner pendant et après la douleur, car les différences qu'elle présente sont encore un des éléments du diagnostic. L'exploration sera faite à la fois par le vagin et le rectum ; c'est le meilleur moyen de distinguer les tumeurs de l'ovaire de celles qui appartiennent à l'utérus ou au vagin. Cette double exploration ne permet de les confondre qu'avec les tumeurs de la cloison recto-vaginale, mais l'erreur serait alors peu grave, puisque les deux cas présentent les mêmes indications.

La présence de semblables tumeurs est toujours un accident très-fâcheux. Leur pronostic varie nécessairement suivant leur volume, leur siége, leur mobilité, leur nature, et suivant aussi l'époque à laquelle le médecin est appelé à donner des soins à la femme. Sur trente et un cas rappelés par Puchelt, quinze furent mortels pour la femme, vingt-trois pour l'enfant. Vingt et un enfants et une femme succombèrent pendant le travail.

La conduite à suivre, dans les cas dont nous parlons, n'est pas toujours la même. Si le volume et le siége de la tumeur permettent d'espérer l'accouchement spontané, il n'y a évidemment rien à faire. Lorsque la tumeur est mobile, que la tête n'est pas encore engagée, il est de précepte de chercher à la refouler au-dessus du détroit supérieur. Si, après cette répulsion, la tumeur avait encore quelque tendance à retomber, il faudrait la maintenir pendant qu'on irait chercher les pieds, ou qu'on pratiquerait l'application du forceps.

Mais dans quelques cas plus graves, l'engagement de la tête ou les adhérences de la tumeur rendent son refoulement impossible. C'est ici surtout qu'il importe d'être bien fixé sur sa nature ; et si les signes indiqués plus haut n'avaient pas suffi pour éclairer le diagnostic, il faudrait pratiquer une ponction exploratrice, qui fixerait sur l'état liquide ou solide de la tumeur. Si l'on constate une hydropisie de l'ovaire, on pratique une ponction avec un trocart un peu plus gros que celui qui a servi à la ponction exploratrice. Une incision serait évidemment nécessaire, si le kyste était multiloculaire, ou contenait une espèce de bouillie dont l'issue ne pourrait avoir lieu par la canule du trocart.

En permettant l'évacuation du liquide, cette incision aura le double avantage de faciliter l'accouchement quand la tumeur est très-volumineuse, et de prévenir l'inflammation consécutive du kyste, lorsque celui-ci, trop peu volumineux pour s'opposer d'une manière absolue à l'expulsion du fœtus, est assez gros cependant pour la retarder longtemps. Dans ce dernier cas, en effet, la compression qu'il subit pendant le travail peut y causer une inflammation violente, et dans quelques cas même en produire la rupture. A la suite de cette rupture, le liquide peut s'écouler à l'extérieur à travers une perforation du vagin, ou s'épancher dans la cavité péritonéale.

Cette incision ou cette ponction se pratique ordinairement par le vagin. C'est en effet par là que l'évaporation des matières est plus facile. Quelques personnes cependant, craignant que l'incision pratiquée sur la paroi vaginale ne s'agrandisse au moment du passage de la tête de l'enfant, ont proposé d'introduire l'instrument par le rectum. Ce procédé, qu'on doit en général rejeter, devrait être certainement suivi dans le cas, très-rare d'ailleurs, où la tumeur serait placée entre la face antérieure du sacrum et la face postérieure du rectum.

Enfin la tumeur est solide, ne peut être refoulée, et son volume est tellement considérable, qu'elle rend impossible l'extraction du fœtus. Le cas est alors des plus graves, puisqu'on n'a plus à choisir qu'entre l'extirpation de la tumeur, l'embryotomie ou l'opération césarienne. Si l'on pouvait s'assurer que la tumeur n'a pas contracté de larges et nombreuses adhérences avec les parties voisines, j'adopterais volontiers l'opinion de Merriman, qui conseille de procéder à son

extirpation. Si l'on jugeait celle-ci impraticable, on aurait recours à l'embryotomie, dans le cas où la tumeur laisse entre elle et la paroi du bassin assez d'espace pour donner passage au fœtus saisi par le céphalotribe : dans le cas contraire, l'opération césarienne nous paraît la seule proposable.

J'emprunte à M. Puchelt le relevé suivant, qui pourra faire comprendre la gravité des opérations que nous avons conseillées : dans cinq cas, où l'on crut devoir abandonner l'accouchement aux ressources de l'organisme, quatre des mères moururent, et deux enfants seulement naquirent vivants. Le refoulement simple de la tumeur n'a été qu'une fois suivi de succès pour les deux individus : dans un autre cas, l'enfant est né mort. Deux fois on a fait la version, après avoir refoulé préalablement : cette double opération n'a été heureuse pour la mère qu'une fois, et, dans ce cas, l'enfant extrait vivant succomba peu après ; dans l'autre, la mère et l'enfant périrent. La ponction simple de la tumeur fut faite une fois avec succès ; dans deux autres cas, elle ne prévint pas la nécessité de l'embryotomie : les deux femmes moururent. L'incision, pratiquée trois fois, ne fut heureuse pour les deux individus que dans un seul cas ; dans les deux autres, les enfants succombèrent ; dans un quatrième, la version fut pratiquée après l'incision, et la mère et l'enfant moururent. Il en fut de même du forceps appliqué une seule fois. Sur six cas dans lesquels la perforation du crâne fut nécessaire, trois femmes seulement se rétablirent. Celles qui furent délivrées avec les crochets guérirent toutes deux.

§ II. — Tumeurs appartenant à la trompe de Fallope.

Les tumeurs de la trompe, plus rares que celles de l'ovaire, constituent plus rarement aussi un obstacle mécanique à l'accouchement. On ne connaît qu'un cas raconté par Chambry de Boulaye, dans l'ancien *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie :* il s'agissait d'une tumeur dure, ronde et inégale, en partie osseuse, et dont l'autopsie permit de constater le véritable siége. Si un cas semblable se présentait, il offrirait les mêmes indications que les tumeurs ovariennes.

§ III. — Tumeurs du rectum.

A. Des matières fécales dures peuvent s'accumuler dans le rectum, et s'endurcir de plus en plus, au point de donner lieu à des accidents graves et de manière à simuler quelquefois une maladie de l'intestin. Une pareille accumulation à la fin de la grossesse peut, en rétrécissant les voies que le fœtus doit parcourir, rendre l'accouchement difficile ou même impossible. Dans plusieurs des cas rapportés, il a été impossible d'administrer des lavements, et les laxatifs donnés par la bouche ont été sans efficacité. « Nous fûmes contraint, dit Guillemeau, devant que de l'accoucher, de lui tirer tous ses excréments qui remplissaient ledit gros boyau. » « J'introduisis, raconte Lauverjat, mon doigt dans le vagin ; j'appuyai sur les matières, afin d'en diminuer la solidité ; je donnai ensuite deux lavements qui vidèrent l'intestin sur-le-champ : les douleurs qui, depuis six heures, avaient complétement cessé, se réveillèrent, et l'accouchement fut terminé en moins d'un quart d'heure. » En pareil cas, je ne connais rien de mieux à faire que d'imiter la conduite de ces deux praticiens.

Un fait curieux sous plusieurs rapports est cité par Fournier. « Je fus appelé par trois élèves en chirurgie qui, depuis cinq jours, essayaient vainement d'accoucher une femme. Ayant appris d'elle qu'elle était constipée et n'avait pas eu de garderobe depuis huit jours, j'ordonnai un lavement. L'élève chargé de ce soin s'évertuait en vain à trouver l'anus. En allant à son secours, je reconnus que l'anus était imperforé ; nul vestige ne l'indiquait : une ligne semblable au raphé partait du coccyx et se terminait à la vulve. J'introduisis le doigt dans le vagin, où je trouvai le rectum flottant et comprimant la matrice, attendu qu'il était rempli d'excréments. La canule y fut introduite, et le lavement pénétra dans l'intestin, d'où il sortit sur-le-champ une prodigieuse quantité de noyaux de cerises agglomérés avec des matières fécales. Après cette évacuation, je terminai l'accouchement. » (*Dict. des sciences médic.*, t. IV. p. 155. Cas rares.)

B. *Squirrhe.* — Le docteur Lever dit avoir vu une fois le travail difficile par suite de la tumeur formée par un cancer situé à trois pouces au-dessus de l'anus. Rarement ces tumeurs acquièrent un volume considérable, et l'application du forceps me paraît devoir être toujours suffisante.

§ IV. — Tumeurs de la vessie.

Les tumeurs de l'excavation dépendant de la vessie sont constituées par la procidence de la vessie, les cancers de cet organe, les calculs urinaires. Nous avons déjà parlé de l'influence d'une distension énorme que ce réservoir peut avoir sur les fonctions puerpérales.

A. *Procidence de la vessie.* — Quelques auteurs ont décrit, sous ce titre, un déplacement peu prononcé de la vessie, mais qui n'en constitue pas moins une véritable hernie. Nous renverrons donc ce que nous avons à en dire à l'article où nous traiterons des tumeurs herniaires.

B. *Cancer de la vessie.* — Puchelt emprunte un cas à Oberteufer, et Lever en raconte un autre, qui tous deux semblent prouver que les parois vésicales, envahies par le cancer, peuvent constituer dans l'excavation une tumeur assez volumineuse pour mettre obstacle à la parturition. Cette tumeur présente évidemment les mêmes indications que toutes les tumeurs solides dont nous avons parlé.

C. *Calculs urinaires.* — Les exemples de calculs descendus dans l'excavation, et s'opposant au libre passage de la tête, ne sont pas rares. Les faits nombreux consignés dans la science prouvent qu'ils sont toujours situés au-dessous de la tête, ou placés entre elle et la symphyse des pubis. Dans un seul cas cité par Lauverjat, le calcul était au-dessus des pubis, mais il est difficile de comprendre, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, en quoi il put arrêter l'expulsion du fœtus.

Le volume des calculs est excessivement variable et a une grande influence sur le pronostic. Il en est de même de leur forme.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. On pourra soupçonner l'existence d'un