

Le diagnostic des *kystes de l'ovaire inclus dans le petit bassin* présente de grandes difficultés. Lorsqu'ils sont immobiles, il est en effet fort difficile de les différencier des fibromes du segment inférieur de l'utérus, et même des tumeurs des parois de l'excavation. Le chloroforme vient souvent aider le diagnostic, mais il ne suffit pas toujours pour trancher cette question qui cependant a un grand intérêt au point de vue de l'intervention.

**Pronostic.** — Il est encore bien difficile de dire quel est le pronostic, pour la mère et pour le fœtus, des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse et l'accouchement; le pronostic dépend, comme nous l'avons vu, du volume, du siège, de la nature de la tumeur, et de la conduite tenue par l'accoucheur. Nous rappelons à nouveau la grande distinction qu'il faut établir entre les tumeurs kystiques développées dans l'abdomen et celles qui ont leur siège dans l'excavation.

**Traitement.** — 1° PENDANT LA GROSSESSE. Il ne serait point sage de donner ici de règles fixes. La conduite varie suivant une foule de circonstances qui résultent non seulement des différents caractères de la tumeur kystique, mais encore de l'époque de la grossesse à laquelle on fait le diagnostic, et surtout des troubles plus ou moins accentués qui existent chez la femme.

D'une manière générale l'expectation est la règle, lorsque le kyste est de petit volume et semble ne devoir causer aucun accident. Cependant, lorsque dès le début de la grossesse on a fait le diagnostic, il est sage de pratiquer l'ablation du kyste; cette intervention donne les meilleurs résultats dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, ainsi que cela résulte des statistiques de Heiberg, de Terrillon, etc.

Lorsque, au cours de la grossesse, certaines complications telles que des phénomènes de péritonite, de torsion ou de rupture du kyste, etc., conduisent l'accoucheur à une intervention d'urgence, il faut avoir recours à l'ovariotomie. L'avortement et l'accouchement prématuré artificiel sont des opérations irrationnelles; dans les cas où la tumeur n'est susceptible ni d'être enlevée, ni d'être diminuée par ponction, il faut attendre que la femme soit à terme, et pratiquer l'opération césarienne, si la tumeur met un obstacle insurmontable à l'accouchement.

La *ponction*, abandonnée à l'heure actuelle par les gynécologues pour les kystes de l'ovaire existant en dehors de la grossesse, ne doit trouver que rarement ses indications chez la femme enceinte. Cependant elle a donné d'assez bons résultats, puisque, d'après la statistique de Rémy, sur 50 femmes ayant subi 95 ponctions, on note 5 femmes mortes, et 8 chez lesquelles le travail s'est déclaré dans les quelques jours qui ont suivi la ponction.

L'ovariotomie a d'abord été faite dans des cas où il y avait erreur de diagnostic et où la grossesse avait été méconnue. Bientôt les excellents résultats obtenus par Spencer Wells, Schröder, encouragèrent les chirurgiens à intervenir par l'opération radicale. Les statistiques n'indiquent pas, il est vrai, de résultats excellents, puisqu'elles donnent en moyenne 15 à 20 pour 100 de mortalité maternelle, mais cette mortalité élevée est surtout due à ce que, dans la pluralité des cas, l'opération n'a été faite que parce qu'un accident forçait la main du chirurgien. Si l'ovariotomie était appliquée

systématiquement à presque tous les cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, les résultats statistiques seraient meilleurs.

L'ovariotomie pendant la grossesse donnait en 1886 (thèse de Remy) une mortalité maternelle de 19,4 pour 100 et une mortalité fœtale de 50 pour 100. Depuis cette époque où l'on opère des cas moins graves avec une antiseptie meilleure, Schröder, Olshausen, etc., ont obtenu des résultats plus satisfaisants: ainsi sur 12 cas Schröder a sauvé 9 enfants, sans perdre une femme, Olshausen a pratiqué une série de 26 opérations sans une mort. Ces faits sont relevés par Dsirne<sup>1</sup>, qui a réuni 155 cas d'ovariotomie au cours de la grossesse avec une mortalité maternelle de 5,9 pour 100; dans 22 pour 100 des cas, l'ovariotomie a été suivie de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Delagenière (du Mans)<sup>2</sup> a obtenu deux succès dans 2 cas où il a enlevé un kyste de l'ovaire, l'un chez une femme enceinte de cinq mois, l'autre chez une femme enceinte de trois mois; la grossesse a évolué normalement jusqu'à terme.

L'ovariotomie double donne une proportion un peu plus forte d'avortements et d'accouchements prématurés que l'ovariotomie simple. Sur 6 faits rapportés par Dsirne d'ovariotomie double au cours de la grossesse, les 6 femmes guérirent, mais 5 seulement eurent ensuite une grossesse normale; chez deux autres il y eut avortement et chez une autre accouchement prématuré.

2° PENDANT L'ACCOUCHEMENT la conduite à tenir est beaucoup plus délicate: il va de soi que, si la tumeur kystique semble n'entraver que fort peu la marche du travail, on s'abstient de toute intervention.

Si la tumeur est intra-pelvienne ou tend à s'engager, il faut essayer de la réduire en ayant au besoin recours au chloroforme.

Dans certains cas la ponction suffit, en réduisant le volume de la tumeur, à permettre l'accouchement par les voies naturelles: c'est à elle qu'il faut tout d'abord avoir recours. Lorsqu'elle ne suffit pas, on peut tenter l'ablation du kyste, mais c'est alors une opération grave, d'autant qu'elle doit être le plus habituellement suivie de l'opération césarienne. Les procédés d'embryotomie permettant de réduire le volume du fœtus ne doivent être employés que dans les cas où l'enfant est mort, et encore à la condition que l'extraction du fœtus, même réduit, à travers les organes génitaux, n'amène pas de froissements, de contusions de la tumeur pouvant provoquer son inflammation.

#### TUMEURS AU VOISINAGE DE L'UTÉRUS

Les kystes de l'ovaire ne sont pas les seules tumeurs qui peuvent, au voisinage de l'utérus, créer un obstacle à la sortie du fœtus; il en est d'autres dont nous allons passer quelques-unes en revue.

1° *Kystes hydatiques.* — Ces kystes siègent plus ou moins profondément et peuvent occuper différentes places par rapport à l'utérus.

Les symptômes de compression auxquels ils donnent lieu varient suivant

<sup>1</sup> Archiv. f. Gynæk., XLII, 5, 1892.

<sup>2</sup> Archiv. provinciales de chirurgie, nov. 1894.

leur siège et leur volume; le diagnostic n'est généralement fait que par la fluctuation très nette qui existe et par la ponction qui donne issue à un liquide dans lequel on trouve des crochets d'échinocoques, à moins qu'il ne soit suppuré.

Sous l'influence de la grossesse, le kyste hydatique augmente habituellement de volume; à la suite de l'accouchement, qu'il y ait eu ou non intervention, l'attrition causée par le passage du fœtus amène la mort des échinocoques: le kyste suppure ou bien il se résorbe.

Au point de vue obstétrical, les kystes hydatiques même volumineux n'apportent guère d'obstacle insurmontable à la sortie du fœtus, puisque, si le diagnostic est fait à temps, la ponction lève l'obstacle. Toutefois le pronostic est assez sérieux: sur 17 femmes ayant eu 24 accouchements, dont Porak a réuni les observations, 6 sont mortes. Il est certain que plusieurs observations datent d'une époque où l'antisepsie n'était pas née.

Pinard a publié (*Ann. de gyn.*, 1888) l'observation d'une femme arrivée à la Clinique avec une tumeur empêchant l'engagement du fœtus; après avoir pensé à un kyste hydatique, il confirma ce diagnostic par la ponction et retira 1 litre 1/2 de pus. La femme, infectée avant son arrivée dans le service, succomba le quatrième jour; à l'autopsie on trouva que le kyste ponctionné était contenu dans l'épaisseur du ligament large; de plus l'abdomen était envahi par une grappe de neuf kystes qui semblaient naître de la face inférieure du foie.

Pendant la grossesse, si le kyste paraît volumineux, on peut le ponctionner ou chercher à l'enlever.

Au cours du travail, si la tumeur est peu volumineuse, on attend; si elle crée un obstacle sérieux à la progression du fœtus, on la ponctionne.

2° *Tumeurs provenant du vagin.* — Elles sont nombreuses; on a observé des kystes hydatiques, des kystes séreux, des épithéliomas, des carcinomes du vagin. — La plupart de ces tumeurs sont faciles à diagnostiquer avec un peu d'attention: elles deviennent plus saillantes au cours de la grossesse et sont également au cours du travail chassées au-devant d'elle par la partie fœtale. — Le traitement varie pour ainsi dire avec chaque tumeur: c'est ainsi qu'on a recours à l'expectation antiseptique, à la ponction, à l'excision. — Il est important d'instituer pendant et après l'accouchement une antisepsie rigoureuse: un pansement vaginal iodofonné est alors utile.

3° *Tumeurs provenant du rectum.* — Les plus communes sont constituées par la rectocèle qui forme à la paroi postérieure du vagin, au niveau de la commissure postérieure, une saillie plus ou moins considérable, mais qui n'apporte pas réellement d'obstacle à l'expulsion. Disons tout de suite que l'intestin et l'épiploon peuvent venir faire hernie au niveau des culs-de-sac du vagin et même au niveau de la grande lèvre. Ce sont des faits exceptionnels qu'il faut cependant connaître: il faut réduire l'intestin ainsi hernié et se garder de le ponctionner.

Le rectum, chez une femme enceinte, peut être envahi par un néoplasme qui rarement est assez développé pour créer de la dystocie par son volume.

4° *Tumeurs de la vessie.* — La *cystocèle* au niveau de la paroi vaginale antérieure est fréquente: pour qu'elle n'apporte pas d'obstacle, il suffit au cours du travail, de veiller à la vacuité de l'organe, et, au moment de la période d'expulsion, de refouler avec les doigts la portion de la vessie qui est entraînée par la tête fœtale.

Les *calculs de la vessie* sont rares, mais ils doivent souvent passer inaperçus; on ne connaît guère que les observations qui ont donné lieu à des interventions ou à des lésions de la vessie. Si le diagnostic est fait pendant la grossesse, il faut pratiquer la lithotritie. Si le calcul n'est reconnu qu'au cours du travail, il faut essayer de le refouler au-dessus du détroit supérieur, de manière qu'il ne vienne pas se loger entre la tête fœtale, dont il peut gêner l'engagement, et le pubis; la paroi vésicale peut être lésée et le calcul sortir ultérieurement par cette fistule.

Dans un cas, Pinard fit une application de forceps pour extraire une tête retenue au détroit supérieur; la femme eut une fistule vésicale par laquelle furent expulsés les jours suivants les débris d'un calcul qui, pincé entre le pubis et la branche antérieure du forceps, avait été broyé pendant l'opération.

Lorsque le calcul volumineux est reconnu au début du travail, il est préférable de l'enlever: on évite ainsi la compression possible de la paroi vésicale contre lui. On a observé également chez des femmes enceintes le *cancer*, la *tuberculose* de la vessie, mais ces affections ne causent réellement pas de dystocie.

*Trompes.* — Les tumeurs de la trompe, même volumineuse, sont dans le même cas, parce qu'elles sont situées haut et ne peuvent pas descendre dans le petit bassin.

*Tissu cellulaire du bassin.* — Les tumeurs, inflammatoires ou non, du bassin peuvent par leur volume gêner et même empêcher l'accouchement. Tel le fait d'*ostéostéatome* rapporté dans l'Atlas de Lenoir, Tarnier et Sée.

*Dystocie causée par la vulve, le vagin, le périnée.* — Il est exceptionnel que, lorsque ces parties permettent des rapports sexuels normaux et féconds, elles puissent opposer un obstacle sérieux à l'accouchement.

Sans doute, chez certaines femmes âgées, les tissus ne présentent pas l'élasticité suffisante pour permettre la sortie facile du fœtus; mais il faut se rappeler que le principal obstacle est causé par le défaut de mobilité du coccyx solidement amarré par le releveur de l'anus (voir page 295). Budin a signalé un obstacle causé par le développement anormal d'une portion de ce muscle qui, enserrant le vagin, empêchait la progression du fœtus.

D'une manière générale, lorsque les parties molles présentent une étroitesse congénitale ou acquise (rétrécissements cicatriciels), il suffit dans le premier cas d'une application de forceps, dans le second de quelques incisions prudentes, pour terminer l'accouchement.

Nous avons vu que l'orientation du canal vagino-vulvaire — trop reporté en avant — apportait un obstacle assez sérieux et nécessitait souvent l'application du forceps.

Lorsque le bassin mou est petit, il est parfois utile de faire la dilatation préalable avec un ballon de Champetier de Ribes modérément distendu.

La *persistance de l'hymen*, intéressante à différents points de vue, ne l'est guère au point de vue de la dystocie; tantôt l'hymen existe au niveau de l'orifice vaginal sous forme d'un diaphragme, à orifice étroit, qui résiste aux poussées de la tête fœtale, malgré des contractions utérines énergiques; tantôt l'hymen est représenté seulement par une bride plus ou moins verticale qui sépare en deux l'orifice du vagin et peut résister de manière à empêcher la sortie de la tête (Budín, Charpentier, etc.).

Dans le premier cas, il suffit le plus habituellement de presser avec l'index sur différents points du diaphragme pour que les bords de l'orifice cèdent complètement. S'il est nécessaire, on a recours aux ciseaux ou au bistouri.

C'est à l'aide de ces instruments que d'emblée on sectionne la bride; la compression exercée par la tête fœtale suffit pendant l'expulsion à assurer l'hémostase; aussitôt le fœtus sorti, on regarde au niveau des deux commissures si les deux points d'insertion ne saignent pas; s'il y a hémorragie, deux pinces hémostatiques sont laissées à demeure jusqu'au moment de la délivrance.

Nous ne signalons que pour mémoire les *tumeurs* (kystes, carcinomes, polypes, etc.), qui siègent *sur les lèvres*, au niveau de la vulve; il faut qu'elles aient un certain volume pour gêner l'accouchement. Tout au plus leur présence rétrécit-elle l'orifice de sortie et facilite-t-elle les déchirures du périnée.

Il est plus important de bien connaître une tumeur temporaire, qui se produit au cours de la grossesse et de l'accouchement, le *thrombus de la vulve et du vagin*.

#### THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN

Le *thrombus* est un épanchement de sang qui se fait dans le tissu cellulaire entourant la vulve et le vagin; tantôt cet épanchement est collecté, formant une véritable tumeur, tantôt il infiltre seulement les parties qu'il envahit.

C'est une complication relativement rare qui survient quelquefois pendant la grossesse, mais surtout après l'accouchement. On l'observerait environ 1 fois sur 2000 accouchements, mais cette proportion est tout à fait approximative. En relevant les faits observés à la clinique Baudelocque, Devoir trouve que le thrombus existerait environ 1 fois sur 1500 accouchements. D'après la statistique de Perret, sur 45 cas, le thrombus est apparu 2 fois au cours de la grossesse, 6 fois pendant le travail et 35 fois après la délivrance.

**Causes.** — Il est assez difficile de déterminer quelle valeur il faut attribuer à certaines causes telles que les vices de conformation du bassin, l'étroitesse du vagin, les varices vulvo-vaginales, l'œdème des parties génitales, etc.

La multiparité semble favoriser la formation du thrombus; ce qui est certain, c'est que le travail laborieux, les interventions avec le forceps ou la version, le volume exagéré de la tête fœtale contribuent fortement à sa

production. Il en est de même des efforts prolongés de la période d'expulsion.

Le thrombus des organes génitaux a été signalé successivement par J. Rueff (de Zurich) (1554), par J.-H. Kranauer (de Bâle) (1754), par Boër (1806); signalons en outre les travaux de Legouais (*Dict. des sciences médicales*) qui créa la dénomination de *thrombus*, ceux de Deneux (*Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*, 1850), de Laborie (1860), les thèses de Perret (1864), de Girard (1874), de Devoir (1896) et le mémoire de Chaintre (*Lyon médical*, 1890).

Les thrombus qui surviennent pendant la grossesse sont presque toujours dus à un traumatisme local qui amène la rupture d'un vaisseau. Au cours du travail, le thrombus se forme surtout par suite du glissement du vagin sur les tissus du voisinage. Ce décollement permet au sang de s'épancher dans le tissu cellulaire (Perret). Mais, pour que cet épanchement se produise, il faut qu'il y ait déchirure de quelques vaisseaux; parmi les causes qui favorisent ces solutions de continuité, il faut citer la gêne de la circulation en retour invoquée par Blot, la distension des veines et l'amincissement de leurs parois.

Perret fait remarquer que l'hémorragie n'est pas seulement veineuse, mais qu'elle est artérielle. Il est facile de comprendre pourquoi le thrombus apparaît généralement au moment de la délivrance ou immédiatement après. En effet, tant que l'accouchement n'a pas eu lieu, la partie fœtale exerce une compression salutaire au niveau des vaisseaux lésés, il se forme des caillots temporaires; cette compression se trouve même en partie prolongée au moment de la délivrance par la présence du placenta dans le vagin. Mais, dès que le délivre est extrait, l'absence de compression favorise la formation de la tumeur sanguine.

**Symptômes.** — La *douleur* causée par l'épanchement sanguin est généralement vive; c'est elle qui souvent appelle l'attention sur la complication existante. Cette douleur siège au niveau de la vulve, du vagin, et irradie dans les régions voisines; il existe en même temps des crampes, des sensations de fourmillements dans les membres inférieurs, et surtout un ténésme rectal et vésical s'accompagnant du besoin de pousser.

La *tumeur* formée par le thrombus a des caractères variables, suivant son volume et suivant son siège; lorsqu'elle se développe jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire, elle se présente sous la forme d'une masse généralement unilatérale ayant déterminé du côté de la peau des taches ecchymotiques; assez souvent la peau ne présente pas de changement de coloration.

Lorsque le thrombus reste localisé dans le vagin, aucun signe extérieur ne traduit sa présence; ce n'est qu'en pratiquant le toucher vaginal, puis le toucher rectal, qu'on établit le diagnostic. Cette tumeur est généralement arrondie, distendue, plus ou moins fluctuante, sans battement. Dans certains cas où l'épanchement sanguin est diffus, il est difficile d'en déterminer les limites; les symptômes généraux varient d'intensité suivant l'abondance de l'hémorragie.

Il n'est pas besoin que le thrombus soit rompu et qu'il donne lieu à un

écoulement sanguin abondant pour que la femme présente un état général inquiétant; il suffit en effet que la collection sanguine soit volumineuse pour que se manifestent tous les symptômes d'une hémorragie interne plus ou moins grave (faiblesse et rapidité du pouls, nausées et vomissements, etc.).

La terminaison du thrombus varie: ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il suppure. Le plus habituellement le thrombus se termine par résolution; la tumeur diminue peu à peu pour bientôt disparaître. Dans certains cas, il se produit du sphacèle de la paroi du thrombus; à la chute de l'eschare, le thrombus se trouve en communication avec le vagin et peut s'infecter.

**Pronostic.** — Le pronostic ne présente plus à l'heure actuelle de gravité que lorsque l'épanchement sanguin dû au thrombus est volumineux et remonte dans l'abdomen, ou lorsque les précautions antiseptiques n'ont pas été suffisamment prises. Aussi ne faut-il guère tenir compte des statistiques anciennes qui donnaient une mortalité considérable pour la mère et le fœtus, lorsque le thrombus survenait avec l'accouchement.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du thrombus est généralement facile lorsqu'il survient chez une femme dont on suit l'accouchement: c'est la seule tumeur qui apparaisse ainsi au cours ou à la fin du travail et prenne un aussi rapide développement.

Les phénomènes généraux qui accompagnent toute hémorragie grave, et qui surviennent au moment où le thrombus se forme, peuvent faire penser au moment de la délivrance à une inversion de l'utérus: il suffit de pratiquer le toucher avec soin pour différencier la tumeur formée par le thrombus de celle formée par l'utérus inversé.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'un thrombus, il est utile, au point de vue du pronostic, d'en déterminer la variété; la chose est assez facile en se rappelant les quatre variétés principales décrites par Hervieux:

1° *Thrombus vulvaires*; ce sont les plus fréquents; ils sont généralement limités à l'une des grandes lèvres et présentent un volume plus ou moins considérable. A la face interne la tumeur, n'étant recouverte à ce niveau que par la muqueuse, présente une coloration violacée.

2° *Thrombus périnéaux*. — L'épanchement sanguin se trouve limité naturellement par les aponévroses du périnée; toutefois, au point de vue pratique, Hervieux n'en distingue que deux variétés: le thrombus *superficiel* qui peut se prolonger en arrière, jusqu'à l'anus, remonter en avant jusqu'au pubis et même jusqu'à la paroi abdominale, puis sur les côtés, envahir la région fessière; le thrombus *profond* qui peut gagner les fosses iliaques en décollant le péritoine et remonter même au niveau de la région lombaire.

3° *Thrombus vaginaux* ou *intra-pelviens*. — La tumeur occupe les parties latérales du vagin; elle est généralement située d'un seul côté; elle peut cependant contourner le vagin et l'entourer de tous côtés. Il est alors commun de voir l'épanchement sanguin fuser soit en avant, soit en arrière; il peut remonter assez haut dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

4° Lorsque l'épanchement sanguin est aussi étendu, remontant le long de

la paroi abdominale, Hervieux le désigne sous le nom de *tumeur sanguine péri-abdominale*: c'est une variété rare.

**Traitement.** — Peut-on empêcher la formation du thrombus de la vulve et du vagin? Dans une certaine mesure, pendant la grossesse, il est utile chez une femme qui présente des varices génitales d'éviter la fatigue, la station debout prolongée et les traumatismes locaux; mais il faut se rappeler que, dans certains cas, c'est sans cause déterminante appréciable que se produit l'hémorragie.

Pendant le travail, l'accoucheur peut, jusqu'à un certain point, prévenir la production du thrombus en ne laissant pas la femme faire de trop longs efforts d'expulsion, et, s'il intervient à l'aide du forceps, en se servant avec douceur du forceps Tarnier.

Lorsque le thrombus est constitué, quelle conduite faut-il tenir? D'une manière générale, l'expectation antiseptique est la règle; pendant la grossesse, le repos au lit est naturellement prescrit; on se contente de faire tant bien que mal de la compression, qui devra être énergique et surtout antiseptique si le thrombus vient à se rompre.

Au cours du travail, à moins que le thrombus n'apporte par son volume un obstacle presque complet à l'expulsion du fœtus, il faut se garder de l'inciser, mais terminer le plus tôt possible l'accouchement à l'aide du forceps.

Après la *délivrance*, on doit compter sur la résolution du thrombus; ce n'est que lorsqu'il vient à suppurer que l'on a recours à l'incision.

#### DES MALFORMATIONS DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS

Certaines malformations de l'utérus et du vagin<sup>1</sup>, celles qui permettent la fécondation, présentent un réel intérêt au point de vue obstétrical.

L'utérus et le vagin naissent de deux canaux juxtaposés, les canaux de Müller, et sont tout d'abord doubles; ces canaux se soudent bientôt l'un à l'autre; la cloison de séparation se résorbe de bas en haut; il n'y a plus alors qu'un seul conduit vagino-utérin.

Les malformations utérines et vaginales résultent d'un arrêt de développement; tantôt les deux tubes de Müller restent accolés l'un à l'autre, la cloison médiane ne se résorbe pas; il existe alors un appareil génital absolument double: deux utérus avec cols distincts, deux vagins ou deux cavités vaginales séparées par une cloison.

Dans certains cas, la cloison ne disparaît que dans l'utérus: le vagin reste cloisonné. Cette cloison peut être incomplète; ses vestiges forment des brides transversales, des replis falciformes, plus ou moins obliques suivant la situation respective qu'occupaient primitivement les canaux de Müller.

Lorsque les canaux de Müller s'atrophient, le vagin fait défaut avec ou sans utérus.

L'absence de vagin rend la fécondation impossible; elle n'a par suite aucun intérêt au point de vue obstétrical. Nous ne parlerons donc que des anomalies

<sup>1</sup> Consulter le *Traité de gynécologie* de Pozzi, 5<sup>e</sup> éd., p. 1209.