

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 complètement 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 siège 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 dégénéralions 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 complètement 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 éclampsique 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 cellulaires 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 siège 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'acquies 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 pour tant 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 siège, 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 siège 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'au près 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 siège 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 siège 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 îles, 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 siège 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 aminciée, finit par se rompre ; il en résulte alors un écoulement de sang plus ou moins considérable, avec une diminution instantanée des douleurs. Cette hémorragie 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 amiotique 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).

que l'accident a été méconnu et que les moyens appropriés n'ont pas été employés, la malade a succombé en quelques instants.

On a vu quelquefois une hémorrhagie abondante exister pendant qu'il se formait un thrombus. Cette circonstance peut avoir lieu toutes les fois que la muqueuse est déchirée en même temps qu'une ou plusieurs veines. Pour peu qu'il n'y ait pas un parallélisme exact entre les deux ouvertures, une partie du sang s'écoule dans le vagin, tandis que l'autre s'infiltré dans le tissu cellulaire.

Lorsque les thrombus ont acquis un volume considérable, ils peuvent, cela se conçoit sans explication, s'opposer au passage de la tête, et, après l'accouchement, à celui du délivre et des lochies.

Madame Lachapelle rapporte une observation très-curieuse dans laquelle un thrombus, qui avait commencé à se développer pendant l'accouchement, prit après l'expulsion du fœtus un développement considérable. La tumeur obstruait tellement le vagin, qu'elle s'opposa à l'écoulement du sang des lochies. Celui-ci s'accumula dans l'utérus, et devint un peu plus tard la cause d'une hémorrhagie des plus heureuses. Heureusement, dit-il, que dans les efforts que je fis pour introduire la main dans l'utérus, afin d'en extraire les caillots, je rompis involontairement la tumeur vers l'entrée du vagin; il en sortit beaucoup de sang coagulé: elle s'affaissa, et tous les accidents qu'elle avait fait naître se dissipèrent avec elle sans aucun traitement particulier.

Enfin, la compression que la tumeur exerce sur le col de la vessie, sur le rectum, peut occasionner une rétention des urines et des matières fécales.

Lorsqu'il s'est manifesté à une époque peu avancée de la grossesse, et qu'à l'aide d'une incision on a vidé le foyer et guéri la malade, le thrombus peut se reproduire quelque temps après et dans le même lieu. M. Montgomery raconte un exemple d'une semblable récurrence. La tumeur, survenue au septième mois de la grossesse, dans la levre gauche, causait des douleurs telles que l'auteur crut devoir la ponctionner le 18 juin, et évacuer les liquides qui y étaient contenus. Mais le 13 juillet il fut appelé de nouveau, constata une tumeur beaucoup plus grosse que la précédente, et, pour soulager la malade, fut encore obligé d'en pratiquer la ponction. Elle ne se renouvela plus jusqu'au 24 août, époque à laquelle accoucha la jeune femme.

Le diagnostic de ces tumeurs est en général assez facile: leur apparition brusque, leur développement rapide, leur dureté lorsque le sang est simplement infiltré, leur fluctuation quand il est réuni en foyer, les douleurs violentes qu'elles déterminent, leur coloration bleuâtre, suffisent toujours pour les faire reconnaître. Cependant elles ont été quelquefois confondues avec quelques autres tumeurs, telles que les simples tumeurs variqueuses, le renversement du vagin, la chute ou le renversement de la matrice, les hernies vaginales formées, soit par l'intestin, l'épiploon ou la vessie. Comme nous aurons plus loin l'occasion de parler de chacune de ces tumeurs et des signes qui leur sont propres, je crois inutile de résumer ici leur diagnostic différentiel.

Le pronostic est en général grave. Sur soixante-deux faits parvenus à ma connaissance, dit M. Deneux, vingt-deux fois la femme a succombé, soit pen-

dant la grossesse, soit pendant ou après l'accouchement. Et, à l'exception d'un cas, tous les enfants de ces vingt-deux femmes ont succombé. L'abondance de l'hémorrhagie est la cause la plus ordinaire de la mort des femmes; mais celle-ci peut encore être occasionnée par la gangrène ou la suppuration qui succèdent assez souvent aux premiers accidents.

La gravité du pronostic, établie par Deneux, a été confirmée par M. Blot, dans sa thèse de concours (Paris, 1853). Ce dernier auteur, en dressant un relevé de 49 observations publiées depuis 1830, trouva en effet que sur ces dix-neuf malades, cinq moururent. Quant aux enfants, ils étaient tous morts au moment de la naissance chez les femmes qui ont succombé.

Ces tumeurs peuvent se terminer par résolution, suppuration, rupture, et par gangrène; dans tous les cas, la marche de la maladie ne présentant rien de particulier, nous ne ferons que les indiquer.

Le traitement du thrombus varie nécessairement suivant l'époque à laquelle il se manifeste, suivant son volume et les souffrances qu'il occasionne.

Il est évident que, si la femme est en travail au moment où se montre la tumeur, et que celle-ci soit assez considérable pour gêner d'une manière sérieuse le passage de la tête, il faudra évacuer le liquide épanché par une large incision. Cette incision sera pratiquée sur le point le plus déclive du foyer, et son étendue sera proportionnée au volume de la tumeur.

Si l'on opère longtemps avant l'engagement de la tête dans l'excavation, il faut, après avoir vidé le foyer, prendre la précaution de tamponner, afin de prévenir l'hémorrhagie; si, au contraire, on n'ouvre la tumeur qu'au moment où cet engagement de la tête s'opère, on pourra se dispenser d'appliquer le tampon; car la tête, par son volume, comprimera suffisamment les vaisseaux divisés pour s'opposer à l'écoulement ultérieur du sang. Dans ce dernier cas, il faudrait, après l'accouchement, prendre les précautions que nous indiquerons plus bas.

Mais la question n'est pas aussi facile à résoudre quand le thrombus se montre pendant la grossesse ou après la délivrance, et les auteurs sont loin d'être d'accord sur la conduite à suivre. Pour mettre plus de précision dans nos conseils thérapeutiques, nous distinguerons les cas dans lesquels il faut: 1° inciser tout de suite; 2° inciser plus tard; 3° ne pas inciser du tout.

1° *Il faut inciser tout de suite.* — La tumeur est quelquefois tellement volumineuse qu'elle remplit en grande partie l'excavation et paraît pouvoir s'opposer par sa masse à l'écoulement des lochies. En l'examinant avec soin, on voit alors que la peau ou la muqueuse qui la recouvre à sa face interne est très-amincie par la distension, et présente une coloration violette très-prononcée, à tel point que la gangrène partielle de cette paroi, ou sa rupture spontanée, peuvent survenir d'un instant à l'autre. D'un autre côté, la quantité du liquide épanché, et les désordres qu'il a dû nécessairement produire dans le tissu cellulaire au milieu duquel il s'est creusé un vaste foyer, en rendent la résorption très-peu probable; la fluctuation bien évidente, constatée sur la plus grande

partie de la tumeur, fait croire avec raison qu'il n'existe dans celle-ci aucun caillot volumineux, et que rien dès lors ne s'oppose à la continuation incessante de la perte interne; des douleurs vives sont ressenties par la malade; enfin la faiblesse toujours croissante de la femme, la petitesse du pouls, la décoloration de la peau, etc., portent à penser que tout le mal n'est pas circonscrit dans la tumeur de l'excavation, mais que bien probablement le sang reflue vers la partie supérieure du ventre. Certes, ce serait folie de compter alors sur les ressources de l'organisme, et l'incision immédiate nous paraît indispensable.

2° *Il faut inciser plus tard.* — Mais si la tumeur est peu volumineuse et ne dépasse pas, par exemple, le volume d'un gros œuf; si les parois conservent leur coloration normale et une épaisseur assez grande; si elle est peu douloureuse; si son volume paraît ne pas augmenter; si, le fluide épanché se coagulant, la fluctuation y devient de plus en plus obscure; si, en un mot, tout fait espérer non-seulement l'arrêt de l'hémorrhagie interne, mais encore l'impossibilité de sa reproduction, puisque le sang coagulé comprimera lui-même les vaisseaux ouverts, je n'hésite pas à penser qu'il faut tout faire pour en faciliter la résolution, et, par conséquent, n'avoir recours à l'instrument que lorsque quelques accidents, possibles, il est vrai, en pareille occurrence, le rendront nécessaire.

Cette méthode, je le sais, offre ses avantages et ses inconvénients; mais je crois que les premiers l'emportent sur les seconds. Parmi ses avantages, je signalerai: 1° la possibilité de la résorption; certes, on voit tous les jours de plus vastes épanchements se résorber; 2° la rareté des hémorrhagies consécutives. Nous aurons plus tard à discuter ce dernier point.

Les partisans de l'incision immédiate reprochent à l'expectation d'exposer à la suppuration et à la gangrène de la tumeur, et pensent que l'incision tardive ne met pas toujours à l'abri de l'hémorrhagie. Voyons la valeur de ces objections.

Les tentatives de résolution ne dispensent pas d'une surveillance active: or, avant d'être frappées de gangrène, les parois de la tumeur offriront à l'œil attentif du chirurgien certaines modifications qui l'avertiront du danger. D'un autre côté, lorsque le sang, devenu au milieu de nos tissus corps étranger, sollicite autour de lui une irritation, puis une inflammation intense, la suppuration n'arrive pas sans avoir été précédée de chaleur, de rougeur, de tension plus vives dans la tumeur, et de douleurs plus ou moins perçues par la malade: or, on ne peut supposer assez de négligence dans le médecin pour laisser passer inaperçus tous les phénomènes d'une inflammation suppurative. Eh bien, dès que, loin de tendre vers une résolution complète, la tumeur offrira quelques-uns de ces symptômes préliminaires, il sera temps alors d'en venir à l'opération. Mais n'eût-il pas mieux valu la pratiquer tout de suite? Non; car, indépendamment des chances que vous aviez d'obtenir la résolution, vous avez l'avantage de faire l'incision dans des conditions plus propres à prévenir une hémorrhagie consécutive.

Il me semble incontestable, en effet, que, lorsque l'hémorrhagie aura cessé

depuis plusieurs jours, lorsque la plus grande partie du sang sera convertie en un coagulum solide, et que, soit par la compression directe, soit en se prolongeant dans l'ouverture du vaisseau divisé, le caillot l'aura oblitéré, l'incision du foyer pourra être faite sans danger probable d'hémorrhagie. Je connais pourtant les observations sur lesquelles s'appuient M. Deneux et quelques autres, pour dire que la perte secondaire n'est pas impossible; mais, pour moi, ces faits ne sont pas concluants contre l'opinion que je soutiens.

Certes, si l'hémorrhagie est jamais à craindre à la suite de l'incision des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, je maintiens que c'est surtout lorsqu'elle est pratiquée immédiatement; alors, en effet, la crevasse des veines variqueuses est encore récente, rien ne s'oppose à l'issue du sang à l'extérieur; le raptus sanguin, qui peut avoir contribué à la rupture vasculaire, existe encore, et, pendant la grossesse, la gêne que l'utérus développé et élevé au-dessus du détroit abdominal apporte au retour du sang dans les gros troncs veineux, favorise singulièrement l'hémorrhagie veineuse. Je sais bien qu'on peut tamponner, et que c'est surtout sur le tampon que comptent les partisans de l'incision immédiate; mais tous ceux qui ont employé le tamponnement savent quelles angoisses il détermine quand on est obligé de le laisser en place plusieurs jours, et combien, malgré les moyens proposés à cet effet, il est difficile, après l'accouchement, de conserver aux lochies une issue suffisante.

M. Velpeau, qui traite de chimériques les craintes manifestées par quelques auteurs au sujet de l'hémorrhagie, me paraît avoir pensé beaucoup plus aux thrombus qu'il a souvent observés chez les femmes en vacuité, qu'à ceux qui se manifestent pendant l'état puerpéral: *car on ne trouve, suivant lui, dans cette région, aucun vaisseau assez volumineux pour inquiéter.* Cette dernière proposition me semble erronée, si au moins elle s'applique aux femmes enceintes; les artères et les veines du vagin participent, comme on le sait, au développement considérable de tout l'appareil générateur, et tout le monde a senti, pendant la grossesse, des veines variqueuses se dessiner sous la muqueuse vaginale, et des artères assez volumineuses battre sous le doigt: cette dernière sensation est tellement manifeste, qu'elle a été désignée par Oslander sous le nom de *pouls vaginal*.

Enfin, dira-t-on que, en ne pratiquant pas l'ouverture de la tumeur, on s'expose à voir l'épanchement s'étendre, en décollant le péritoine dans une très-grande étendue, ce qu'on éviterait en lui ouvrant une issue facile à l'extérieur. Sans doute, cela est possible; mais, en réfléchissant aux conditions que nous avons mises à l'expectation et aux tentatives de résolution, on verra que nous sommes à l'abri d'un danger semblable; et d'ailleurs, si, après l'incision immédiate, on est obligé d'avoir recours au tampon, celui-ci, en s'opposant à l'issue du sang au dehors, ne pourra-t-il avoir la même influence? Malheureusement ce n'est pas une hypothèse, et une observation de M. Deneux lui-même vient à l'appui de cette assertion.

Quelle que soit l'époque à laquelle on pratique l'incision, il ne faut pas insister trop vivement pour enlever tous les caillots jusqu'au dernier. Il faut

respecter au premier pansement ceux qui paraissent avoir contracté des adhérences trop intimes avec les parties voisines; car, en les décollant quand même, on s'exposerait à la reproduction de l'hémorrhagie: ils se détacheront petit à petit aux pansements suivants. A la rigueur, on pourrait faciliter leur décollement en faisant chaque jour des injections détersives.

Une dernière question est relative au point de la tumeur sur lequel il faut pratiquer l'incision. La plupart des auteurs s'accordent à faire l'incision en dehors, du côté des téguments: ils y trouvent l'avantage de rendre les pansements plus faciles; de ne pas exiger l'introduction dans le vagin de corps étrangers qui pourraient gêner l'écoulement des lochies; de soustraire la plaie à l'irritation produite par les liquides utérins. J'ajouterai que la cicatrice sera moins tirillée dans les accouchements ultérieurs, et sera, par conséquent, moins exposée à se déchirer au moment où les parties extérieures de la génération sont fortement distendues par la tête du fœtus. J'adopte donc l'incision extérieure, mais à une condition, c'est qu'elle soit possible, et elle ne l'est pas toujours: quand, en effet, la tumeur occupe les grandes ou les petites lèvres, elle offre une surface muqueuse, une autre cutanée; et à moins qu'il n'existe un point très-aminci et très-altéré (\*), et qui, par cela même, ne laisse plus le choix au chirurgien, celui-ci peut inciser en dehors ou en dedans. Mais le thrombus n'est pas toujours situé aussi bas dans ce cas, je rappellerai celui dont j'ai raconté les détails: la tumeur, tout entière dans l'excavation limitée en dehors par les parois osseuses du bassin, n'offre alors à l'instrument qu'une surface muqueuse. Si l'incision est jugée nécessaire, on ne peut donc la pratiquer alors que sur la paroi du vagin.

J'ai fait cette remarque, parce qu'elle constitue, à mon avis, une raison de plus pour légitimer les incisions tardives. Une large plaie faite à la paroi vaginale n'offre pas dans l'état ordinaire un danger sérieux, mais chez une nouvelle accouchée elle aura d'assez grands inconvénients; car, sans parler des graves accidents qui résulteraient de l'introduction dans le foyer des liquides utérins, tout le monde comprendra les difficultés qu'on aura à faire un pansement convenable et suffisamment protecteur, tout en laissant aux lochies une issue facile.

Lorsque l'incision est décidée, il faut en général lui donner une certaine étendue: une simple ponction permettrait seulement au sang liquide de s'écouler, et laisserait certainement des caillots plus ou moins considérables dans le foyer. Une incision trop étroite aurait en partie les mêmes inconvénients; il faut donc inciser largement, et sur le point le plus favorable à l'écoulement des liquides. Très-étendue au moment où on la pratique, à cause de la distension très-grande subie par les téguments, cette incision diminue beaucoup quand, après l'évacuation des matières épanchées, les parois de la tumeur sont reve-

(\* Inutile de dire, en effet, que si, sur un point de la tumeur, les téguments étaient très-amincis ou déjà frappés de gangrène, c'est sur eux que devrait être faite l'incision.

nues sur elles-mêmes. Elle aura d'ailleurs l'immense avantage de rendre plus facile l'extraction des caillots.

Après l'incision et l'évacuation partielle des caillots, il est très-ordinaire de voir une inflammation plus ou moins vive s'emparer du tissu cellulaire au milieu duquel s'était fait l'épanchement. Cette inflammation sera combattue par les moyens appropriés; mais en première ligne nous placerons, avec M. Deneux, les soins de propreté, les lotions souvent répétées, et les injections, d'abord émollientes, puis plus tard légèrement chlorurées, poussées avec ménagement dans l'intérieur du foyer.

3° Il ne faut pas inciser du tout. — Il est bien évident que, lorsque les moyens employés pour seconder les forces résolutive de la nature paraîtront avoir une influence heureuse sur le volume de la tumeur, sur sa consistance, qui deviendra de plus en plus compacte et solide, il faudra persévérer dans leur emploi et se garder de l'instrument tranchant.

### § III. — Tumeurs diverses.

Les autres tumeurs que l'on rencontre aux parties externes de la génération sont des squirrhés, des phlegmons, des kystes dans l'épaisseur des grandes lèvres, enfin des excroissances et des végétations syphilitiques ou autres. Quelle que soit la nature de ces tumeurs, la conduite du praticien est toujours la même: ne rien faire quand elles ne sont pas, par leur volume, de nature à s'opposer à la dilatation de la vulve; dans le cas contraire, ponctionner les kystes, inciser les abcès, extirper les végétations ou les parties dégénérées, si l'on ne peut pas faire autrement. Quant au manuel opératoire, il est, dans ces cas, trop simple pour que nous ayons à nous en occuper; cependant on n'oubliera pas que des hémorrhagies graves sont à redouter. (Voyez ce que nous avons dit page 580.)

Pour les polypes, il ne faudrait pas trop se presser d'agir; car, à moins d'avoir un très-grand volume, ils opposent rarement un obstacle insurmontable aux efforts expulseurs de la matrice. Quand ils adhèrent au vagin, ils sont en effet souvent repoussés au dehors de la vulve. Dans le cas où l'on jugera leur masse trop considérable, on devra en pratiquer la résection. M. Gensoul, ayant été obligé d'appliquer le forceps, saisit en même temps la tête et le corps fibreux dont le pédicule adhérait à la partie supérieure du vagin, et les amena tous deux à l'extérieur. Le polype pesait vingt-deux onces.