

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 siège, 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 tirillés, 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

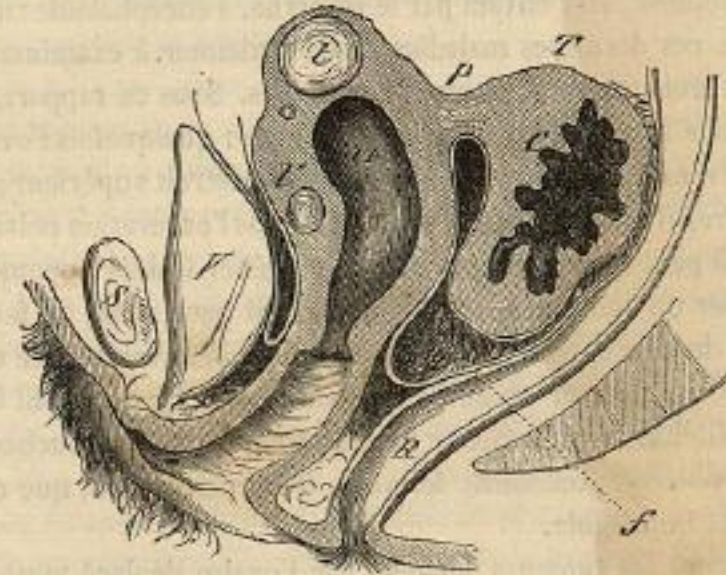


FIG. 110. — Coupe de la tumeur fibreuse.

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 métrite-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 siège 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 complètement 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 siège 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 dégénération 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 facilement 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 siège, 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 siège 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'éconler 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 siège. 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 Lamerjot, 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 complètement cessé, se réveillèrent, et l'accouche-

ment 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 garde-robe 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 Oberteuffer, 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 Lamerjot, 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

calcul, si la tumeur que l'on sent derrière la symphyse des pubis est dure, circonscrite, si elle détermine des douleurs par la pression du doigt ou de la tête. si elle est située en dehors du vagin; si, fixée fortement pendant la contraction, elle est mobile pendant le relâchement de la matrice. Ces soupçons devront nécessairement conduire à pratiquer le cathétérisme, et l'on parviendra presque toujours alors à sentir avec la sonde le corps étranger.

*Traitement.* — Avant le travail et même pendant le travail, avant l'engagement de la tête, il faut s'empresse de refouler le calcul au-dessus du détroit supérieur. Si, quoique engagée, la tête était encore mobile, il faudrait la soulever et reporter le calcul au-dessus d'elle. Malheureusement il n'est pas toujours possible de refouler le calcul, soit parce que la tête est trop avancée pour pouvoir être refoulée, le calcul étant placé au-dessous d'elle, soit parce qu'il est fortement engagé comme un coin entre elle et la symphyse. Dans ces cas, l'extraction du calcul paraît être la seule ressource. Il ne faudrait pourtant pas trop se presser d'agir. Quelques faits prouvent que leur expulsion spontanée peut avoir lieu, alors même que leur volume paraîtrait devoir ôter toute espérance. La femme d'un porteur de charbon, dit Smellie, qui depuis longtemps souffrait de la présence d'un calcul de la vessie, devint enceinte. Une sage-femme, appelée au moment du travail, fut surprise de sentir un corps dur au devant de la tête. Les ressources de la malade ne permettant pas d'appeler un accoucheur en consultation, la sage-femme se contenta de l'encourager pendant ce long et pénible travail. Enfin elle sentit sortir quelque chose : c'était une pierre de la forme et du volume d'un gésier d'oie, qui pesait 150 à 180 grammes. Immédiatement après sa sortie, l'enfant fut expulsé. La femme s'est bien rétablie, mais a conservé une incontinence d'urine.

Ce sont probablement les faits dont je parle qui ont engagé quelques chirurgiens à tenter l'extraction des calculs par l'urèthre préalablement dilaté; mais c'est une opération qui exige trop de temps pour pouvoir être pratiquée pendant le travail. Si le volume du calcul ne laissait aucune espérance de réussir par le forceps ou la version pelvienne, il faudrait évidemment se décider à la lithotomie vaginale, et inciser l'urèthre directement sur la pierre, à travers la paroi antérieure du vagin.

#### § V. — Des tumeurs herniaires.

Une portion plus ou moins considérable de l'intestin, de l'épiploon ou de la vessie, peut s'engager dans les culs-de-sac que forme le péritoine, en se réfléchissant de la vessie sur l'utérus et du vagin sur le rectum, et constituer une véritable hernie *vaginale*. Lorsque les parties déplacées et engagées entre le rectum et le vagin descendent davantage, et viennent faire saillir le périnée, on donne à la hernie le nom de *périnéale*.

Enfin, on a décrit sous le titre de hernie *vagino-labiale* une tumeur herniaire dont le siège se trouve dans l'épaisseur de la lèvre ou du pli cutané qu'elle forme là où ce pli cutané est le plus saillant et plus déclive.

A. *Hernie intestinale ou épiploïque.* — Le siège de l'entérocele ou de l'épiplocèle vaginale est quelquefois entre le vagin et la vessie, mais le plus souvent entre le rectum et la paroi postérieure du canal, et toujours un peu de côté, à cause des adhérences du vagin en arrière et en avant. L'organe déplacé constitue là une tumeur très-variable en volume, et qui présente la mollesse pâteuse de l'épiplocèle, ou l'élasticité et les gargouillements de l'entérocele. Quoique assez faciles à reconnaître, ces tumeurs ont cependant donné lieu à quelques méprises, qui ont failli être bien funestes aux malades. « J'ai été appelé, dit Levret, pour un cas semblable: on discutait sur la question de savoir s'il fallait enlever la plus grande partie de la tumeur; mais je démontrai palpablement qu'il s'était glissé quelque portion d'intestin dans l'épaisseur de la cloison, par le fond du cul-de-sac qui se trouve entre le col de la matrice et la partie supérieure du rectum. » (Levret, *Abus des règles.*)

Le pronostic n'est pas seulement grave par l'obstacle que la tumeur peut opposer à l'expulsion de l'enfant, mais encore par le danger de la compression que la tête peut exercer sur l'intestin hernié. Une inflammation toujours grave, quelquefois même la gangrène, peuvent en être la conséquence. Aussi tous les auteurs ont-ils recommandé de réduire la hernie le plus promptement possible.

Pour obtenir ce résultat, il convient de faire mettre la femme sur les genoux et sur les coudes, afin de faciliter la rentrée de l'intestin et l'engagement de la tête. Cette position eut le plus heureux résultat dans le cas que nous avons cité plus haut. Stuhss se contenta de comprimer la tumeur herniaire; il parvint à la réduire par le taxis, et la tête s'engagea. Le taxis devrait, je pense, être préféré au procédé de Levret. Si la hernie était volumineuse, on devrait, en même temps, soutenir un peu la tête avec l'autre main. Si la réduction était impossible, il faudrait terminer l'accouchement le plus promptement possible à l'aide du forceps ou par la version.

B. *Hernies vulvaires ou périnéales.* — Qu'on nous permette de signaler succinctement les hernies vulvaires ou périnéales, qui ne constituent pas, il est vrai, un obstacle mécanique à la parturition, mais peuvent pourtant devenir pendant la grossesse et l'accouchement la source de quelques indications spéciales. Ces tumeurs, qui siègent dans la partie la plus inférieure et postérieure de la grande lèvre, peuvent être formées par l'issue d'une anse d'intestin et quelquefois d'une portion de la vessie. Elles ont été observées plus souvent pendant la grossesse qu'à toutes les autres époques de la vie, et peuvent acquérir à la longue un volume très-considérable. Papus dit en avoir disséqué une qui avait la forme d'une grosse bouteille, pendante au côté droit de l'orifice de l'anus, et se prolongeant jusqu'à la jambe. Dans un des cas observés par Smellie, la tumeur, qui, vers la fin de la grossesse, avait le volume du poing, s'étrangla et se gangrena.

Le siège de la tumeur, constamment placée dans la partie inférieure de la grande lèvre, entre la marge de l'anus et la tubérosité de l'ischion, la facilité de la réduction dans la position horizontale, et la promptitude avec laquelle elle reparait quand la femme se lève et fait le moindre effort, seront reconnaître sa nature. Le gargouillement qui accompagne la réduction distinguera

l'entéroccèle de la cystocèle. Celle-ci diminuera d'ailleurs souvent après la miction ou le cathétérisme, et la pression exercée sur la tumeur, dans ce dernier cas, provoquera le besoin d'uriner.

On comprend facilement que les efforts du travail pourraient augmenter beaucoup le volume de la hernie, et même en produire l'étranglement. La maintenir réduite par une pression convenable est donc ce qu'il convient de faire.

C. *Hernie vésicale ou cystocèle.* — Le bas-fond de la vessie descend quelquefois au-dessous de la tête pendant le travail, et vient constituer, à la partie supérieure et antérieure du vagin, une tumeur plus ou moins volumineuse. Cette procidence est probablement due à la pression qu'exerce sur le fond de cet organe la tête de l'enfant ou la partie inférieure de l'utérus.

La malade éprouve un sentiment de pesanteur, de plénitude dans le bassin, et une sensation de tiraillement à l'ombilic. Elle ressent constamment le besoin



FIG. 111. — Cystocèle vaginale observée par Rhamsbotham.

d'uriner sans pouvoir le satisfaire complètement, bien que parfois chaque contraction utérine soit suivie de l'émission d'une certaine quantité d'urine; le toucher fait reconnaître, à la partie supérieure et antérieure du vagin, une tumeur plus ou moins ovale, lisse, molle, fluctuante pendant l'intervalle des douleurs, dure et tendue pendant la contraction: on distingue souvent la tête au-dessus d'elle; le doigt peut facilement se glisser derrière cette tumeur et atteindre le col, mais il ne peut pénétrer entre elle et la symphyse.

La tumeur formée par la cystocèle est quelquefois très-considérable. « La première chose qui nous frappa, dit madame Lachapelle, fut une tumeur pédiculée, du volume d'un œuf, qui, sortant peu à peu de la vulve, paraissait attachée à la paroi antérieure et droite du vagin, vers le milieu de sa hauteur. Le pédicule avait environ un pouce et demi d'épaisseur, et la tumeur contenait un liquide qu'on pouvait repousser en totalité à travers le pédicule: alors on sentait une ouverture à bords épais et qui me paraissait communiquer avec la vessie. En effet, au rapport de la femme, la tumeur augmentait par la station directe, souvent disparaissait après l'émission de l'urine, et rentrait constamment lors d'un bain froid. Les douleurs utérines augmentaient le volume de la hernie, et la tête en descendant la poussait et la tendait fortement. Je la réduisis après avoir vidé la vessie, et je recommandai aux élèves de la soutenir avec deux doigts pendant chaque contraction de la matrice. La tête franchit bientôt le passage, maintint elle-même la hernie, et l'accouchement se termina heureusement.

La tumeur siège presque toujours à la partie antérieure du vagin; dans un seul cas rapporté par Sandiford, elle était placée entre le rectum et le vagin.

Il est une variété de tumeur formée à l'intérieur du bassin par la vessie distendue, et qui est d'autant plus digne d'attention, que sa situation singulière peut faire méconnaître sa véritable nature. Elle dépend d'un déplacement latéral

de ce réservoir. M. Christian lui assigne les caractères suivants: on reconnaît ce déplacement de la vessie à une plénitude particulière sur l'un des côtés du bassin, remarquable surtout pendant les contractions utérines, qui donne à la tumeur de la tension et une élasticité évidente. Quoique les limites de cette tumeur soient en général circonscrites, sa base est pourtant un peu diffuse; elle s'étend sur le côté du bassin jusqu'au sacrum. Son volume varie en raison de la quantité de fluides accumulés dans la poche; on l'a vu égaler le tiers du diamètre transverse du bassin. Après le cathétérisme, la tumeur s'affaisse complètement, et l'on peut, en dirigeant en bas la concavité de la sonde, sentir à travers ses parois le bec de l'instrument, qu'on fait facilement mouvoir d'avant en arrière dans une direction horizontale. La tumeur étant recouverte par le vagin, et la base étant diffuse, il n'y a pas à craindre qu'elle soit prise pour la poche des eaux, d'autant plus qu'elle n'empêche pas le doigt d'atteindre l'orifice de l'utérus.

La cystocèle disparaît quelquefois par la pression, presque toujours par le cathétérisme. Son volume varie suivant l'étendue de la portion de l'organe déplacé et suivant la quantité d'urine qu'il renferme.

Ces cas méritent d'autant plus de fixer l'attention, que cette sorte de hernie peut être confondue avec d'autres tumeurs, et que cette erreur de diagnostic pourrait conduire à la pratique d'une opération inutile et peut-être dangereuse. Merriman (*Synopsis*, page 202) raconte qu'un chirurgien, croyant avoir affaire à une tête hydrocéphale, pratiqua une ponction: la même faute fut commise, au rapport de Hamilton, par un autre praticien qui croyait ouvrir la poche des eaux. Le cathétérisme est, dans tous les cas obscurs, le meilleur moyen de diagnostic. Il est bon de remarquer toutefois que, pour être concluant, il doit être pratiqué de manière que le bec de la sonde plonge dans le liquide que contient la poche, c'est-à-dire qu'après son introduction, l'instrument doit être retourné de manière que sa concavité regarde en bas et en arrière. C'est aussi le seul remède à employer. La sonde doit être laissée dans la vessie jusqu'après l'engagement de la tête. Malheureusement, il n'est pas toujours facile d'introduire l'instrument, surtout quand la tête est depuis longtemps engagée: il faut alors essayer de la repousser pendant l'intervalle des douleurs; mais si cela était impossible, et que la distension excessive de la vessie pût en faire craindre la rupture, je ne vois guère de ressource que dans la ponction de l'organe, ponction qu'on devrait pratiquer avec un trocart très-délié.

#### § VI. — Des tumeurs développées dans le tissu cellulaire du bassin.

Parmi les tumeurs qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire du petit bassin, nous avons encore à noter les masses graisseuses, fibreuses ou cancéreuses, des abcès ou des tumeurs enkystées. Presque toutes se trouvent habituellement placées dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, quelquefois pourtant sur les côtés du vagin. Dans un seul cas rapporté par Ed. Meier, l'accouchement fut rendu impossible par un kyste du volume de la tête d'un enfant,

situé entre l'utérus et la vessie. Quant aux tumeurs stéatomateuses ou cancéreuses, elles sont ordinairement en contact avec les parois osseuses ou ligamenteuses du bassin, parois auxquelles elles semblent appartenir (voy. p. 694).

Comme on le voit, il y a entre ces tumeurs du tissu cellulaire et celles de l'ovaire, identité de nature et de siège, et la réductibilité des unes, quand elles ne sont pas adhérentes, et l'irréductibilité des autres, constituent la seule différence tranchée. Aussi le diagnostic est-il en général difficile après l'engagement de la tête, ou quand la tumeur ovarienne est maintenue en place par des adhérences anciennes; mais heureusement qu'alors une erreur serait de peu d'importance, puisqu'elles présentent toutes les mêmes indications.

Il est plus facile de distinguer les tumeurs du tissu cellulaire de celles qui appartiennent aux organes dont nous avons déjà parlé, et nous renvoyons aux signes déjà indiqués à propos de chacune d'elles.

On comprend que le pronostic varie encore ici suivant le volume, le siège, la densité et la nature de la tumeur. Si elle est petite, compressible, située dans la direction d'un des plus grands diamètres du bassin, elle permettra le plus souvent la terminaison spontanée. Le résultat sera encore quelquefois heureux, si, quoique dure et un peu plus volumineuse, elle jouit d'une certaine mobilité. Même dans les cas, en effet, où il est impossible de la refouler au-dessus du détroit supérieur, on peut espérer que, poussée violemment par la tête du fœtus, elle permettra à celle-ci de passer. J'ai vu, pendant mon séjour à la Clinique, une femme chez laquelle la tête fut longtemps arrêtée au détroit supérieur par une tumeur probablement fibreuse, située au-devant et à la hauteur de la symphyse sacro-iliaque. On pensait déjà à l'application du forceps, lorsque, sous l'influence de contractions violentes, la tumeur, située dans la cloison recto-vaginale, fut peu à peu abaissée par la tête jusqu'au niveau du plancher du bassin; elle fut alors refoulée en arrière, en refoulant elle-même le périnée, et l'accouchement se termina par la naissance d'un enfant vivant.

Dans beaucoup de cas, le volume et la fixité de ces tumeurs ne permettent pas d'espérer un résultat aussi heureux. Il faut agir, et l'indication à remplir varie suivant les cas : ponctionner la tumeur pour en évacuer le liquide, quand on a reconnu un abcès ou une tumeur enkystée; l'inciser quand la matière ne peut être extraite par une simple ponction; si la tumeur est solide, si elle est facilement accessible, et qu'elle n'ait pas contracté des adhérences trop intimes avec le vagin ou le rectum, il faut pratiquer son extirpation. Deux procédés opératoires ont été conseillés : les uns incisent seulement la paroi vaginale; les autres arrivent jusqu'à la tumeur, en fendant le périnée. Les succès obtenus par Drow et Burns plaident en faveur de ce dernier procédé. Dans les cas plus graves où la situation de la tumeur, des adhérences nombreuses et fortes, rendent l'extirpation impraticable, il ne reste plus de ressources que dans les manœuvres obstétricales proprement dites : l'application du forceps ou les tractions sur les pieds, si la tumeur est peu volumineuse; l'opération césarienne ou l'embryotomie, si l'excavation est tellement obstruée que l'extraction d'un enfant vivant soit impossible.

## CHAPITRE X

## DES RUPTURES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

## ARTICLE PREMIER

## DES RUPTURES DE L'UTÉRUS

La rupture de l'utérus est un des plus graves accidents qui puissent arriver à la femme dans l'état puerpéral. Assez rare pendant les premiers mois de la grossesse, elle est un peu plus fréquente dans la seconde moitié de la gestation; mais c'est surtout pendant la seconde période du travail qu'elle survient le plus souvent.

La rupture de l'utérus a été rarement observée dans une première grossesse. Ainsi sur soixante-quinze cas cités par Churchill, neuf eurent lieu chez des primipares; quatorze des femmes étaient à leur seconde grossesse, treize à leur troisième, trente-sept à leur quatrième ou suivante.

L'âge des femmes ne paraît pas avoir d'influence sur la production de cet accident. Toutefois, comme les altérations organiques sont plus rares dans la jeunesse, c'est une prédisposition de plus dans l'âge avancé.

Le volume en général plus considérable de l'enfant mâle serait, suivant Clarke, une circonstance prédisposante : sur vingt cas de rupture cités par le docteur M. Keewes, quinze fois les femmes ont accouché d'enfants mâles, et sur trente-quatre observations de Collis on compte vingt-trois garçons.

La rupture de l'utérus peut siéger sur le corps ou le col de l'organe. Lorsqu'elle affecte le col, il est bien important de distinguer celle qui ne comprend que la portion sous-vaginale du col, de celle qui envahit la partie située au-dessus de l'insertion du vagin. La première, en effet, est aussi peu dangereuse qu'elle est fréquente; elle s'opère presque à chaque accouchement, au moment où la tête franchit l'orifice, et elle n'est presque jamais suivie d'accidents. La dernière offre, au contraire, les mêmes dangers, et a les mêmes conséquences que celles du corps. Aussi ne ferons-nous que mentionner ici les déchirures bornées à l'orifice et qui ne s'étendent pas au delà de l'insertion du vagin. Tout ce que nous allons dire se rapporte exclusivement aux ruptures du corps de l'utérus et de la portion sus-vaginale du col. Ces dernières sont, du reste, les plus fréquentes, et siègent un peu plus souvent sur la face postérieure que sur l'antérieure.

## § I. — Causes.

La rupture de l'utérus suppose toujours une distension de l'organe, et cette distension est le plus souvent due à la grossesse. Par suite de modifications que