

Au point de vue obstétrical et dystocique, on peut diviser les fibromes en :

Fibromes latéro-supérieurs ;

Fibromes prævia ;

Les derniers (*prævia*) se trouvent sur la voie que doit parcourir le fœtus pour arriver au dehors.

Les *fibromes latéro-supérieurs* ont un certain intérêt obstétrical, car souvent ils entravent la conception, la grossesse, soit par leur volume, soit par leur situation au niveau du placenta ; mais je bornerai ici ma description aux *fibromes prævia*, dont l'importance, au point de vue pratique, est beaucoup plus considérable.

Tout fibrome grossit et subit un certain degré de ramollissement, sous l'influence de la gestation, puis diminue après l'accouchement. On conçoit ainsi qu'un fibrome petit à l'état de vacuité puisse, par son développement puerpéral, opposer un obstacle sérieux à l'accouchement.

Les fibromes *prævia* prédisposent à l'expulsion prématurée de l'œuf, aux présentations vicieuses, à la rupture prématurée des membranes, aux procidences des membres et du cordon, aux hémorragies de la délivrance et du postpartum ; mais leur conséquence la plus grave est la difficulté ou l'impossibilité de l'accouchement, à cause de l'obstacle même qu'ils opposent à la sortie du fœtus.

Quand le fibrome n'est pas très volumineux, le fœtus, poussé par la contraction utérine, peut le comprimer, le laminer et se frayer ainsi un passage à côté de lui.

Dans le cas de polype proéminent dans le col ou le vagin, on a vu la tumeur, chassée par le fœtus, se détacher de l'utérus et être ainsi expulsée de l'intérieur des organes génitaux ; la femme accouche de son fibrome et de son enfant.

Avec un fibrome attaché à la face externe de l'utérus, comme le représente la figure 380¹, la tumeur peut, dans les derniers temps de la grossesse ou au moment de l'accouchement, remonter au-dessus du détroit supérieur, débarrasser ainsi la voie que doit parcourir le fœtus, et ne plus entraver l'expulsion.

Mais certains fibromes opposent un obstacle absolu à l'accouchement et nécessitent parfois des interventions pénibles pour l'extraction du fœtus.

Le pronostic des fibromes *prævia* est toujours sérieux à cause des complications dont ils peuvent être la source au moment de l'accouchement, et la conduite à tenir en leur présence est souvent fort embarrassante.

A la femme atteinte de fibromes volumineux, occupant le segment inférieur ou le col de l'utérus, il faudra déconseiller le mariage ou la conception, ou au moins la prévenir des complications possibles au moment de l'accouchement. Il est vrai que ces tumeurs sont souvent par elles-mêmes une cause de stérilité.

Pendant la grossesse, si la tumeur est de volume moyen, ou si malgré de

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 177.

notables proportions elle siège en dehors de l'utérus, et semble se déplacer facilement sous la pression du doigt dans la direction du détroit supérieur, on pourra laisser la grossesse aller à son terme normal. Mais si par son volume (tumeur intra-vaginale) ou par sa fixité (tumeur péri-utérine), le fibrome paraît devoir opposer un obstacle sérieux à l'accouchement, il faudra ou pratiquer l'ablation de la tumeur, ce qui est possible dans les cas de polypes proéminent dans le vagin, ou recourir à l'interruption de la grossesse par l'avortement ou l'accouchement provoqué.

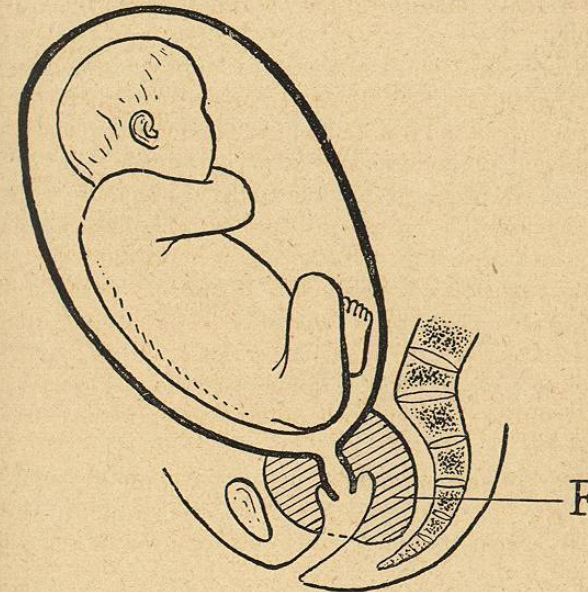


Fig. 380. — F, Fibrome prævia.

Dans certains cas, l'ablation de la tumeur, tout en exposant à l'interruption de la grossesse, permet souvent à la gestation d'arriver sans accident à son terme normal.

Surveiller pendant la grossesse la situation du fœtus ; on doit donner la préférence à la présentation du sommet, et la favoriser en cas de besoin.

Pendant le travail :

1° Attendre, tant que la vie de l'enfant et surtout celle de la femme ne sont pas en péril. On voit quelquefois l'accouchement se terminer spontanément, alors qu'on avait porté le pronostic le plus sérieux ; l'expectation réserve souvent d'heureuses surprises.

2° Si l'accouchement spontané est impossible, recourir soit au forceps, soit à la version ou à l'extraction. Il est en général meilleur ici, comme d'habitude, d'extraire l'enfant tête première (forceps) que dernière (extraction manuelle).

3° Dans les cas graves, où le forceps et l'extraction manuelle sont insuffisants, il restera comme ultime ressource : l'ablation ou le refoulement des fibromes, l'embryotomie, l'opération césarienne.

Le *refoulement* du ou des *fibromes* pourra être tenté sous le chloroforme, mais il n'aura de chances de réussite que s'il s'agit d'une variété sous-péritonéale, occupant la cavité de Douglas; dans le cas de fibromes intra-vaginaux, l'*ablation* (avec le bistouri, l'écraseur, l'anse galvano-caustique, la torsion du pédicule) pourra au contraire être une heureuse opération.

L'*embryotomie* sera préférable si l'enfant est mort, ou si avec une voie suffisamment large pour l'emploi commode des instruments le refoulement ou l'ablation de la tumeur sont impraticables.

L'*opération césarienne* sera l'ultime ressource à laquelle on sera quelquefois obligé de recourir.

Pendant la *délivrance* et le *postpartum*, l'hémorragie et la septicémie sont les complications les plus fréquentes des fibromes; on appliquera les moyens ordinaires de traitement. En cas d'hémorragie, le *tamponnement intra-utérin* sera très précieux; l'ablation des fibromes pendant les suites de couches pourra parfois trouver son indication.

Aphorismes :

Il n'est pas de cause de dystocie qui déroute le pronostic, autant que les fibromes utérins.

Bien que certains fibromes n'entravent pas la puerpéralité, il vaut toujours mieux pour une femme fibromateuse rester stérile.

Il n'est pas de cause de dystocie qui réserve plus d'imprévu au moment de l'accouchement, que les fibromes utérins, surtout les fibromes prævia.

Quand une fibromateuse vient vous demander si elle pourra devenir mère, évitez absolument de vous prononcer, sans quoi vous vous tromperez presque certainement.

19. HERNIES DE LA VESSIE, DE L'INTESTIN, DE L'ÉPIPLOON. — Les cystocèle et rectocèle ne réclament pendant le travail aucun traitement spécial, sinon d'être autant que possible maintenues réduites.

En cas de hernie inguinale, crurale ou ombilicale de l'intestin, avec ou sans épiploon, maintenir la réduction à l'aide d'un bandage approprié, afin d'éviter l'étranglement. Épargner les efforts à la femme, en abrégant, par le forceps ou l'extraction, la période d'expulsion.

20. INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. — L'influence réciproque des suppurations péri-utérines et de la puerpéralité a été étudiée par M. E. BLANC¹. Ces suppurations sont au nombre de quatre principales, suppuration du péritoine, du tissu cellulaire des ligaments larges, de la trompe et enfin de l'ovaire.

Relativement à la mère, cette complication est des plus sérieuses puisque, d'après cet auteur, elle entraîne en bloc une mortalité de 49 p. 100.

Quand la grossesse survient alors qu'existe une des suppurations pelviennes susmentionnées, elle en aggrave la marche, augmente la collection purulente et expose à la rupture dans le péritoine, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, d'où la production de péritonite septique

¹ Soc. obstétricale et gynécol. de Paris. Janvier 1892.

rapidement mortelle. Ces suppurations, lorsqu'elles sont restées latentes pendant la grossesse, deviennent parfois, quelques heures après l'accouchement, la source d'accidents septicémiques rapidement mortels et dont l'étiologie nous échappe. Dans la septicémie à développement rapide et à marche grave, il ne faudra pas oublier cette pathogénie possible, que l'autopsie est parfois seule capable de prouver.

Chez les femmes atteintes de ces suppurations la grossesse est interrompue à peu près dans la moitié des cas, et presque toujours cette interruption est un avortement, plus rarement un accouchement prématuré. Quand l'avortement survient dans ces conditions, l'utérus étant plus ou moins englobé dans des masses inflammatoires, le diagnostic de l'état anatomo-pathologique du bassin est ordinairement des plus ardues. C'est dans des cas semblables, surtout si on est mal renseigné sur les antécédents, qu'on peut croire à une intervention criminelle ayant amené les accidents péri-utérins, alors qu'au contraire ces accidents sont la cause de l'avortement. La collection purulente peut mettre obstacle à la sortie du fœtus au moment de l'accouchement, et nécessiter une ponction pour évacuer la poche purulente, afin d'ouvrir au fœtus une voie suffisante pour sa sortie. Malheureusement ces ponctions pouvant traverser le péritoine exposent à des accidents de septicémie rapidement mortels.

La conduite à tenir en présence de ces suppurations péri-utérines pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, est des plus difficiles à tracer, et cette difficulté provient en grande partie du vague dans lequel est obligé de rester le diagnostic. — Au début d'une grossesse, si on constate l'existence de la suppuration, il sera indispensable de la traiter par les moyens habituels : ablation de la poche par la laparotomie, ou l'ouverture de la collection, et drainage soit par l'abdomen, soit par le vagin. A une période plus avancée de la grossesse, ce traitement sera difficile, le volume de l'utérus gênant l'intervention; mais si la présence du pus était démontrée par une ponction aspiratrice, il ne faudra pas hésiter à pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, pour intervenir quelques semaines après sur la collection purulente. — Au moment du travail, ne pas toucher à la collection purulente, si elle ne gêne pas l'accouchement; si au contraire elle met obstacle à la sortie du fœtus, la ponctionner, et si elle est assez superficielle l'inciser de manière à pouvoir ensuite laver l'intérieur de la poche, et se tenir prêt pendant les suites de couches à intervenir promptement par la laparotomie, s'il survient des accidents de septicémie indiquant l'invasion du péritoine. — Pendant le postpartum, existe-t-il une septicémie qu'on suppose causée par la présence d'une suppuration pelvienne, on ne devra pas hésiter à faire la laparotomie et à traiter la collection par les moyens actuellement usités en pareils cas. (Voir mon *Traité de gynécologie*, traitement des suppurations pelviennes.)

Aphorismes.

Le voisinage du pus est le plus dangereux que puisse avoir l'utérus au moment de l'accouchement.

Dans le cas de septicémie grave et rapide, n'oubliez pas la possibilité d'une collection purulente péri-utérine; le pus est la source non soupçonnée des accidents.

21. TUMEURS DE L'OVAIRE ET DU VOISINAGE. — Toute tumeur de l'abdomen est susceptible d'amener une entrave au cours normal de la grossesse et de l'accouchement; parmi elles, je mentionnerai surtout les *kystes de l'ovaire et du ligament large*, à cause de leur importance relative

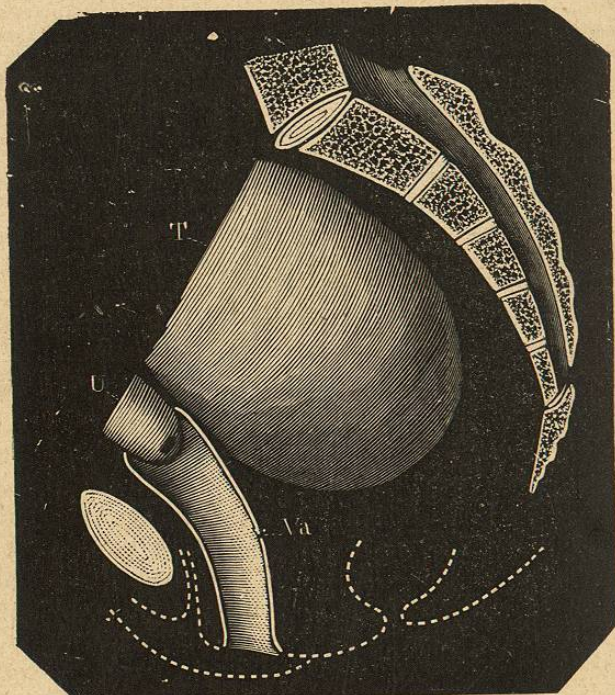


Fig. 381. — Kyste du ligament large. — U., col de l'utérus. — Va., vagin. (BUDIN.)

Le kyste peut, en plongeant dans la cavité de Douglas, mettre obstacle à l'accouchement (fig. 381), la ponction permettra de lever l'obstacle.

Pendant la grossesse, si le kyste est volumineux et fait craindre des complications sérieuses, on pourra l'enlever par l'ovariotomie.

Aphorisme.

Parmi les tumeurs, les kystes à contenu séreux sont les moins graves au point de vue de l'accouchement, car la ponction permet de lever l'obstacle sans danger pour la vie.

VII

PLACENTA

SOMMAIRE

1. Placentite. — 2. Atrophie et hypertrophie. — 3. Apoplexie, hémorragie. — 4. Œdème. — 5. Dégénérescence fibro-graisseuse, sclérose. — 6. Dégénérescence calcaire. — 7. Altérations albuminuriques. — 8. Altérations syphilitiques. — 9. Kystes. — 10. Tumeurs solides. — 11. Adhérences. — 12. Môle hydatiforme. — 13. Insertion vicieuse du placenta.

1. **Placentite.** — L'inflammation du placenta, si elle existe, est encore fort mal connue.

2. **Atrophie et hypertrophie.** — L'atrophie et l'hypertrophie, qui peuvent exister pour l'ensemble du placenta ou pour chaque élément en particulier, sont sans conséquence, à moins d'être accompagnées d'un autre état pathologique.

3. **Apoplexie et hémorragie.** — Les hémorragies ou apoplexies placentaires, d'origine maternelle, se présentent sous trois formes : 1° infiltration sanguine mal limitée ; 2° foyer à parois irrégulières ; 3° foyer nettement circonscrit. — Le sang ainsi épanché subit l'évolution habituelle en pareil cas, transformation progressive en une masse granulo-graisseuse ; à la coupe de certains placentas, on trouve parfois une série de noyaux fibro-granulo-graisseux, qui ne sont autres que les restes d'anciennes hémorragies. — CAUSES : cardiopathie, albuminurie, maladie infectieuse, traumatisme, fluxion coïncidant avec l'époque menstruelle ; souvent pas de cause appréciable. — RÉSULTAT : arrêt du développement de l'enfant, sa mort possible, avortement. — TRAITEMENT : à peu près nul, sinon la thérapeutique qui s'adresse à la cause supposée. — Chez les femmes qui, pendant la grossesse, ont mensuellement une poussée congestive du côté de l'utérus, on pourra faire une saignée de 150 à 200 grammes, qu'on répétera à chaque période des règles, si l'apoplexie a amené l'interruption de grossesses antérieures.

4. **Œdème.** — Cet œdème existe, mais est mal connu ; importance pratique nulle.

5. **Dégénérescence fibro-graisseuse. — Sclérose.** — Sous l'influence de l'endométrite, de la syphilis, ou le plus souvent d'une cause inconnue, on voit les villosités chorionales être envahies par la dégénérescence fibro-graisseuse ; le processus est analogue à celui qui détruit physiologiquement les villosités en dehors de la zone placentaire. Le placenta est ainsi partiellement ou complètement envahi de la périphérie vers le centre. Le résultat en est l'affaiblissement ou la mort du fœtus avec avortement consécutif. Cer-