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'infiltre 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 récidive. La tumeur, survenue au septième mois de la grossesse, dans la lèvre 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 pendant 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 19 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 offriraient à l'œil attentif du chirurgien certaines modifications qui l'avertiraient 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 Osiander 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 tiraillée 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 (1), 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 revenues sur elles-mêmes. Elle aura d'ailleurs l'immense avantage de rendre plus facile l'extraction des caillots.

(1) 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.

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 résolutives 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 squirrhes, 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.