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'empresser 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 siége 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 siége de l'entérocèle 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'entérocèle. 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 seulemement 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. Stubss 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 siégent 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 siége 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 reparaît quand la femme se lève et fait le moindre effort, feront reconnaître sa nature. Le gargouillement qui accompagne le réduction distinguera

l'entérocèle 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 problablement 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 d'uriner sans pouvoir le satisfaire complétement, 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.

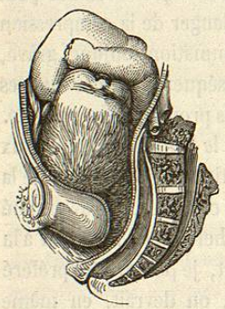

Fig. 111. — Cystocèle vaginale observée par Rhamsbotham.

La tumeur formée par la cystocèle est quelquefoi 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 siége 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 complétement, 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 siége, 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 siége, 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 c'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 contrations 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 Collins 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 siégent 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