

TROISIÈME PARTIE

DÉSORDRES PAR SUITE D'UNE PRESSION MÉCANIQUE OU DE DISTENSION

CHAPITRE PREMIER

HERNIE

A mesure que l'utérus se développe, il distend de plus en plus les parois abdominales. Dans la plupart des cas, ces parois cèdent également sur tous les points; dans d'autres elles résistent davan tage, et il arrive alors

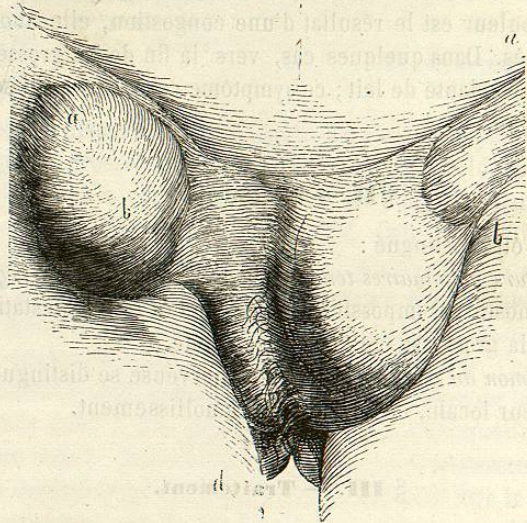


Fig. 239. — Hernie inguinale oblique externe chez la femme, à gauche (*).

quelquefois que sur un point il y a relâchement, tandis que sur l'autre il y a encore résistance. C'est ainsi que l'on voit les muscles droits se séparer entièrement sur certains points et permettre aux parois abdominales de former des sacs volumineux. Quelquefois il n'y a qu'une partie des fibres qui cèdent ainsi, et alors sur ce point les tissus sous-musculaires font saillie avec une portion de l'intestin. Après l'accouchement, ces tumeurs ont un volume variable.

* *a, b*, hernie crurale, à droite. — La hernie inguinale descend dans la vulve; la grande lèvre est repoussée au dehors, du côté droit; à l'aîne, en haut, est un petit renflement entre *a, b*, qui ressemble à une petite tumeur. (Vidal, de Cassis.)

La ligne blanche peut aussi céder complètement et donner lieu à ce qu'on appelle l'éventration.

La tumeur ainsi formée est molle et très-sensible.

Si la séparation de la ligne blanche a lieu très-bas, il peut y avoir saillie de la vessie (1). Alors même que les parois abdominales résistent peu, il n'y a pas forcément séparation des muscles dont nous venons de parler; mais les ouvertures naturelles, l'anneau ombilical, les anneaux inguinal ou crural, peuvent être considérablement agrandis et faciliter la sortie d'une portion des intestins. Si à cette cause de distension forcée des parois on ajoute la pression exercée par l'utérus sur les intestins, on se rend facilement compte de la fréquence des *hernies ombilicales*. M. Imbert fait remarquer à ce sujet que les muscles droits, en se séparant, laissent entre eux un espace qui n'est occupé que par le péritoine et la peau. Il n'y a donc rien de plus fréquent que la hernie ombilicale.

Les hernies *inguinales* et *crurales*, quoique n'étant pas rares, sont cependant moins fréquentes. Ordinairement, dit-il, c'est la vessie qui fait saillie sous la peau.

Chez quelques personnes, ces hernies paraissent à chaque grossesse et disparaissent ensuite. Chez deux dames que j'ai observées, il en était ainsi : les hernies étaient alors faciles à réduire.

Le développement progressif de l'utérus suffit quelquefois, au contraire, pour faire disparaître une hernie par suite du tiraillement exercé sur les intestins. Mais ce fait ne peut avoir lieu que quand la hernie est récente. Quand elle est ancienne et qu'elle a donné lieu à des adhérences, la grossesse, au lieu de la faire disparaître, tend au contraire à produire un étranglement. C'est ce qui arriva dans le cas rapporté par Puzos; la malade mourut, et à l'autopsie on trouva une partie de l'iléum complètement étranglé (2).

§ I. — Causes.

Sans aucun doute, la facilité avec laquelle les hernies se forment pendant la grossesse doit être rapportée à la distension inégale des parois abdominales, à leur relâchement, et à la pression exercée par l'utérus hypertrophié sur les intestins. Mauriceau a signalé l'influence des corsets trop étroits, qui, en retrécissant la cavité abdominale, font que les organes thoraciques pressent sur le foie et le diaphragme.

§ II. — Diagnostic.

Dans tous les cas de constipation opiniâtre et de vomissements, il est absolument indispensable d'examiner l'abdomen ainsi que les régions in-

(1) Gardien, vol. II, p. 112.

(2) Puzos, *Traité des accouchements*, p. 81.

guinales et crurales, et souvent on découvre quelque hernie. Les tumeurs de cette nature se reconnaissent toujours à leur mollesse, à leur volume variable, à leur réductibilité, à leur accroissement de volume, à la suite de la toux.

§ III. — Traitement.

Quand les parois abdominales s'écartent ainsi, il faut appliquer autour du corps un bandage ou ceinture : il faut seulement avoir soin de ne comprimer aucune portion des intestins ou de la vessie.

Il faut aussi, autant que possible, réduire les hernies et les maintenir

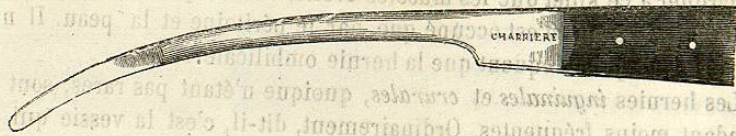


Fig. 240. — Bistouri courbe boutonné.

réduites par un bandage compressif. Si la réduction est impossible, il faut se contenter d'un bandage contentif qui presse suffisamment et ne puisse

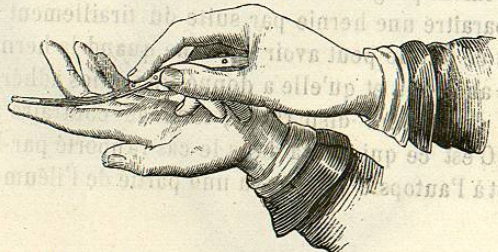


Fig. 241. — Débridement à l'aide du bistouri courbe boutonné.

produire l'étranglement. Si cependant l'accident avait lieu, on aurait recours aux moyens ordinaires et, au besoin, au débridement [qui s'opère

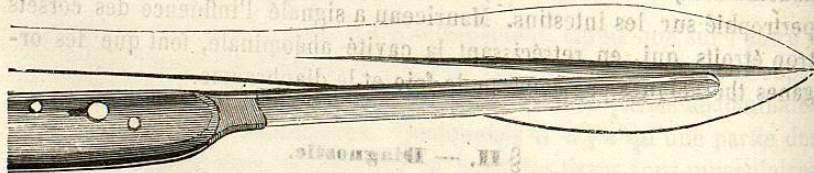


Fig. 242. — Bistouri coupé carrément à son extrémité; et spatule.

soit à l'aide du bistouri courbe boutonné (fig. 240), tranchant dans une étendue de 15 millimètres sur son bord concave, à partir de 10 ou 12 mil-

limètres de son extrémité qui est mousse et arrondie; on le tient de la main droite et on le conduit sur l'index gauche (fig. 241), soit à l'aide d'un bistouri coupé carrément à son extrémité et de la spatule de Vidal,

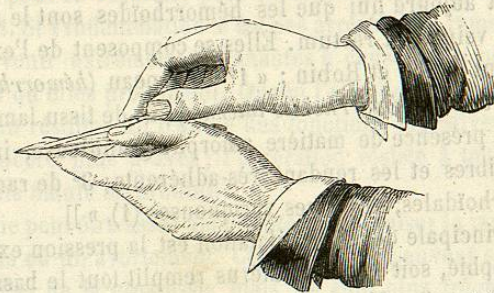


Fig. 243. — Débridement à l'aide du bistouri coupé carrément et de la spatule.

de Cassis (fig. 242). On tient ces instruments comme le représente la figure 243].

Dans le cas où l'étranglement aurait lieu au moment du travail, on devrait hâter l'accouchement pour sauver l'enfant et mettre la mère dans de meilleures conditions. Pendant le travail on devra autant que possible empêcher l'accroissement de la hernie.

CHAPITRE II

HÉMORRHOÏDES

Le mot *hémorrhôïdes* est employé pour désigner de petites tumeurs vasculaires qui se forment à l'extrémité du gros intestin. Quand ces tumeurs sont en dedans de l'anus, on les appelle *hémorrhôïdes internes*; quand elles sont en dehors, on les nomme *hémorrhôïdes externes*. Quand elles s'accompagnent d'écoulement, elles sont appelés *hémorrhôïdes fluentes*; quand elles ne s'accompagnent d'aucun écoulement, on les appelle *hémorrhôïdes non fluentes*. Quand elles se compliquent d'excoriations, d'ulcérations, etc., on les appelle *hémorrhôïdes compliquées*.

Elles sont pour les femmes enceintes la cause de grandes souffrances; et, si elles se produisent dès la première grossesse, elles se reproduisent très-souvent aux grossesses suivantes. Les femmes d'une constitution délicate ou lymphatique y sont très-exposées, surtout dans les cas de constipation.

§ I. — Causes.

Quant aux causes prochaines des hémorrhôïdes, il y a entre les auteurs une grande divergence d'opinions. Les uns les considèrent comme for-

mées par des veines variqueuses; les autres, par des artères dilatées; d'autres, par des artères et des veines tout à la fois; d'autres enfin les regardent comme indépendantes des artères et des veines.

[[On admet aujourd'hui que les hémorroïdes sont le résultat de la dilatation des veines du rectum. Elles se composent de l'extérieur à l'intérieur, suivant Littré et Robin : « 1° de la peau (*hémorroïdes externes*) ou de la muqueuse (*hémorroïdes internes*); 2° de tissu lamineux épais, induré par la présence de matière amorphe granuleuse, interposée aux faisceaux de fibres et les rendant très-adhérents; 3° de ramifications des veines hémorroïdales, devenues variqueuses (1). »]]

La cause principale de cette dilatation est la pression exercée par l'utérus hypertrophié, soit quand l'utérus remplit tout le bassin, soit à une période plus avancée. C'est vers le quatrième mois, ou vers le huitième ou le neuvième mois que ces tumeurs se produisent surtout. Burns attribue surtout les hémorroïdes à un encombrement des intestins, coïncidant avec une torpeur des veines hémorroïdales : toujours est-il que les hémorroïdes sont plus fréquentes et plus grosses quand il y a constipation. Les purgatifs drastiques sont aussi considérés comme pouvant donner lieu à la production d'hémorroïdes. Il est sûr qu'une accumulation anormale de sang dans les organes pelviens peut favoriser la production de ces tumeurs au moment où les parois intestinales relâchées sont moins contractiles.

§ II. — Symptômes.

La malade éprouve d'abord une sensation désagréable de pesanteur et de démangeaison autour de l'anus : à l'examen on découvre les tumeurs si elles sont extérieures. Quand au contraire elles sont internes, on ne les découvre que par le toucher anal, ou plus tard au moment où elles descendent, une fois que l'intestin est désempi. Qu'elles soient externes ou internes, ces hémorroïdes, en se congestionnant et en s'enflammant, donnent lieu à des douleurs beaucoup plus vives. La malade éprouve une sensation de pesanteur et de poussement continu dans les parties; le pouls devient rapide; la face est rouge, la peau très-chaude, etc. Il y a de la soif, de la sécheresse de la langue, des maux de tête violents. La douleur devient beaucoup plus vive quand la malade s'assoit ou marche : elle est presque intolérable au moment des selles. Il y a un ténesme presque continu et un écoulement glaireux et sanguinolent. Dans beaucoup de cas l'écoulement de sang plus ou moins abondant soulage la malade. L'irritation devenue excessive donne lieu à des contractions spasmodiques du sphincter et même du rectum, ce qui augmente encore notablement le malaise des malades. Dans le cas d'hémorroïdes internes, elles font saillie au moment où la malade va à la selle, et si l'on a le soin

(1) Littré et Robin, *Dict. de médecine*, art. HÉMORRHOÏDES, 13^e édition. Paris, 1873, p. 713.

de les réduire, elles sont comprimées et étranglées par le sphincter. Cet état donne lieu à une angoisse extrême; et si l'on n'y apporte un prompt soulagement, il peut en résulter, pour la malade, la gangrène d'abord et plus tard la mort. Si l'inflammation n'est pas arrêtée, ces tumeurs peuvent s'ulcérer, et devenir extrêmement gênantes à cause de la perte de sang et de l'irritation qu'elles produisent. Quand l'affection passe à l'état chronique, il peut en résulter un trouble des fonctions digestives. Les suites peuvent être encore plus graves; l'ulcération résiste à toute espèce de traitement et une fistule se produit.

L'hémorrhagie peut être assez abondante pour épuiser la malade, causer la mort du fœtus ou un avortement. Ces accidents peuvent se produire à toutes les périodes de la grossesse, mais ils sont plus fréquents vers le milieu ou la fin de la période de gestation. Quelques femmes en sont atteintes immédiatement après l'accouchement, par suite de la pression exercée pendant le travail de l'accouchement. Quelquefois ces hémorrhagies se reproduisent périodiquement : elles semblent être supplémentaires des règles.

§ III. — Traitement.

Que les hémorroïdes soient internes ou externes, la première chose à faire est de débarrasser les intestins par une purgation douce, après quoi l'on administre le lavement calmant, et l'on applique des sangsues, soit à l'anus, soit sur les hémorroïdes elles-mêmes. Ces moyens soulagent les malades pour un temps. Les sangsues seront réappliquées une deuxième fois, s'il y a lieu; et, pour aider à l'écoulement du sang, la malade pourra s'asseoir au-dessus d'un vase rempli d'eau bouillante. On fera usage ensuite d'injections d'eau chaude simple ou d'eau de gruau. Le régime sera adoucissant, et l'on évitera tout excitant. Si la fièvre est intense, il peut être à propos de faire une saignée du bras.

Quand les hémorroïdes sont externes, on apporte un grand soulagement en faisant usage de lotions calmantes tièdes, ou d'onctions avec une pommade à l'iodure de plomb.

Si les hémorroïdes étaient internes et si elles sont étranglées, il faut les réduire immédiatement et avoir recours aux sangsues et aux laxatifs. Si l'on ne peut les réduire, il faut faire sur les tumeurs des scarifications pour empêcher la gangrène. Des préparations de soufre, seul ou combiné avec de la crème de tartre, sont employées avec succès.

Une fois l'inflammation apaisée, on a recours aux astringents; de l'onguent fait avec de la noix de galle, du thé vert, de la décoction d'écorce de chêne. Les balsamiques ont été préconisés en pareil cas : le piment, à la dose de 25 centigrammes. Si l'hémorrhagie est très-abondante, il faut avoir recours au tampon de Petit, ou à quelque autre moyen analogue. Quelques auteurs ont conseillé d'inciser la tumeur enflammée quand elle

est interne : d'autres combattent énergiquement ce moyen. Sans aucun doute, des hémorroïdes enflammées sont un danger pour la fin d'une grossesse. Quand les hémorroïdes deviennent chroniques, on peut les enlever avec la ligature, le bistouri, la cautérisation (1) ou l'écraseur ; mais il est rarement opportun de le faire avant l'accouchement. Campbell a conseillé le moyen suivant contre les hémorroïdes qui paraissent après l'accouchement : ce serait de les inciser et d'appliquer ensuite un large cataplasme bien chaud ; le moyen est très-douloureux, mais les hémorroïdes disparaissent en quelques jours. Quand elles sont indolentes et insensibles aux applications locales, il conseille aussi de les enlever avec le bistouri ou la ligature : il préfère le bistouri qui donne lieu à moins d'inflammation. Il faut seulement se tenir en garde contre les hémorragies consécutives (1).

CHAPITRE III

SPASME DE L'URÈTHRE. — INCONTINENCE D'URINE

ARTICLE PREMIER

SPASME DE L'URÈTHRE

Les femmes enceintes sont sujettes à des douleurs vives des uretères remontant jusqu'aux reins.

§ I. — Causes.

Burns attribue ces douleurs au spasme des uretères : il est probable qu'elles tiennent à la compression exercée sur ces conduits, au moment où ils entrent dans le bassin. Le même effet peut être produit par un état dyspeptique de l'estomac. La crise est purement locale et se compose de douleurs très-vives, parfois intermittentes, compliquées de strangurie, et pouvant donner lieu, si elles durent, à un avortement.

§ II. — Traitement.

Il faut d'abord débarrasser les intestins par des purgatifs ou des lavements et administrer ensuite des opiacés. Au besoin on fera, sur la région des reins, quelque application dérivative. Il faut surveiller avec soin l'état des fonctions digestives et prescrire un régime spécial. Un changement de position des malades suffit quelquefois pour diminuer la douleur.

(1) Voyez Philipeaux, *Traité de la cautérisation*. Paris, 1856.

(2) Campbell, *Midwifery*, p. 516.

ARTICLE II

INCONTINENCE D'URINE

§ I. — Causes.

Cet accident, fort ennuyeux, peut se produire à toutes les périodes de la grossesse, par suite de causes très-diverses. Pendant les premiers mois, il se produit sous l'influence d'une irritabilité morbide et sympathique du col vésical seul, ou de la vessie tout entière.

[[Cette irritabilité des premiers mois a été attribuée, suivant certains auteurs, à la rétroversion de l'utérus gravide. Quant à l'irritabilité qui surviendrait dans les derniers mois de la grossesse, elle serait due, suivant le docteur Playfair (1), à une position fâcheuse du fœtus. Dans deux cas que cet auteur observa, les malades se plaignaient de mouvements tumultueux et répétés du fœtus, bien plus marqués que dans leurs premières grossesses. La dysurie survenait quand le fœtus prenait une direction oblique et cessait dès que son grand axe était parallèle au grand axe de l'utérus.]]

§ II. — Symptômes.

La malade est sans cesse tourmentée par un besoin constant et douloureux d'uriner ; et, si ce besoin n'est pas immédiatement satisfait, l'urine coule involontairement. L'irritation s'étend quelquefois jusqu'à la vulve et augmente par le passage même de l'urine : la malade souffre, surtout la nuit, de démangeaisons et de cuissons des parties externes. L'irritation s'étend jusqu'à la symphyse du pubis, ce qui rend l'articulation moins solide. Dans de telles circonstances, des saignées locales et le repos sont les remèdes principaux (2). Il peut aussi se faire que, par suite de la pression de l'utérus sur le col vésical, il y ait une paralysie partielle et temporaire de la vessie.

A une période plus avancée, l'incontinence est due à la pression de l'utérus sur le fond et sur le corps de la vessie, dont la capacité se trouve ainsi diminuée. De là, la nécessité d'une évacuation plus fréquente volontaire ou involontaire. Cette pression peut encore produire une espèce de paralysie qui ne cesse que quelque temps après l'accouchement, quand toutes les fonctions sont parfaitement rétablies. L'incontinence d'urine augmente notablement quand la malade est enrhumée. A chaque secousse de toux, le liquide sort involontairement. Inutile de dire que, dans ces cas, la situation des femmes est très-pénible, à cause des exco-

(1) Playfair, *On irritable bladder in the latter months of pregnancy* (*Transactions of the obstetrical society of London*, t. XIII, 1871, p. 42).

(2) Burns, *Midwifery*, p. 261.

riations de la vulve et des cuisses; elles ne peuvent faire le moindre mouvement sans souffrir et elles sont gênées par l'odeur infecte de l'urine.

§ III. — Traitement.

Pendant les premiers mois, le but est de combattre cette irritation. Si elle est considérable, il faudra appliquer sur la partie inférieure de l'abdomen des sangsues, ou faire une saignée. Souvent les fomentations tièdes seront le seul traitement nécessaire. On prescrira en même temps de petites doses d'opium et des boissons mucilagineuses. Quand il y a atonie du col de la vessie, « on peut employer, dit Capuron (1), des injections astringentes et toniques avec les eaux thermales de Barèges, de Balaruc, de Caunterets, etc., avec la dissolution de sulfate acidulé d'alumine ». Plus tard, quand il y a pression sur la vessie, on ne peut à peu près rien : les lavages à l'eau froide tonifient dans quelques cas le col vésical, et le meilleur moyen d'éviter l'écoulement involontaire sera de vider fréquemment la vessie.

[[Les troubles de la miction qui sont dus suivant Playfair à une position vicieuse du fœtus, seront efficacement combattus en modifiant la position du fœtus par des manœuvres externes convenablement appliquées.]]

Pour empêcher les excoriations, il faut porter sans cesse une serviette que l'on aura soin de changer fréquemment. Quand, malgré tout, la peau est entamée, des fomentations mucilagineuses, deux ou trois fois par jour des lotions avec de l'eau blanche, etc., seront indiquées.

CHAPITRE IV

DYSURIE, RÉTENTION D'URINE

Un état entièrement opposé à celui que nous venons de décrire se voit souvent chez les femmes enceintes. Elles éprouvent une difficulté notable à uriner, quelquefois même il leur est impossible de vider leur vessie. Cet accident se produit soit pendant les premiers mois, soit pendant les derniers.

§ I. — Causes.

Au début, la dysurie peut être due à une irritation du col vésical, à une constriction spasmodique ou bien à la pression sur le col de la

(1) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 402.

vessie quand l'utérus remplit toute la cavité pelvienne. Plus tard cette rétention est produite par la pression sur la vessie de la partie inférieure de l'utérus. Cet accident a été considéré comme le signe d'une présentation naturelle (1). Elle peut aussi tenir à une paralysie de la vessie par suite d'une pression ou d'une distension exagérée. Dans ces cas la vessie a perdu sa sensibilité. Des hémorroïdes avec la présence d'un calcul vésical, une tumeur de l'urèthre, produisent encore de la dysurie. Les déplacements de l'utérus sont tous plus ou moins compliqués de désordres dans les fonctions de la vessie (2).

§ II. — Symptômes.

Il est à peine nécessaire de décrire les symptômes. L'évacuation de l'urine est difficile, douloureuse et enfin impossible. Dans ce dernier cas la vessie se distend, vient presser en arrière sur l'utérus qui peut alors tomber en rétroversion. Si l'on n'apporte un prompt remède, la distension et la douleur augmentent. L'abdomen devient très-sensible, les parois de la vessie peuvent se rompre et une péritonite terrible se déclare. Si la rétention a lieu au commencement de l'accouchement, les conséquences peuvent être très-sérieuses. La vessie est entraînée dans la cavité pelvienne par la tête de l'enfant et, si elle se rompt, elle subit une telle compression qu'elle s'enflamme, s'ulcère et finit par se perforer. J'ai souvent rencontré des cas semblables qui s'étaient produits par suite de la négligence des sages-femmes. Telle est la cause la plus ordinaire des fistules vésico-vaginales.

§ III. — Diagnostic.

Quand la rétention se produit dans les premiers mois, il faut examiner immédiatement par le vagin afin de s'assurer s'il y a un déplacement et, en pareil cas, y apporter immédiatement remède.

On peut encore de cette façon découvrir les calculs ou les tumeurs uréthrales et distinguer la rétention par trouble organique, de la rétention par trouble fonctionnel.

§ IV. — Traitement.

La dysurie, la strangurie par irritation peuvent exiger une saignée ou des sangsues. S'il y a des hémorroïdes, il faut appliquer des sangsues. La rétention par suite d'excès de distension ou par abolition de la sensi-

(1) Denman's *Midwifery*, p. 160.

(2) Il n'est pas rare que cet accident survienne après une application de forceps laborieuse, surtout lorsque le bassin n'offre pas ses dimensions normales. La compression excessive exercée par la tête détermine dans ces cas une paralysie à peu près complète des fibres musculaires vésicales.