



DES
KYSTES DU PETIT BASSIN

AU POINT DE VUE DE LA DYSTOCIE

PAR M. PORAK

Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis un cas extrêmement rare de dystocie par kyste du petit bassin. Nous publions aujourd'hui cette observation avec une autre du même genre, qui nous a été communiquée par M. Doléris. Nous nous proposons de rechercher et de comparer les faits analogues que renferme la littérature mentale.

Obs. I. — Il s'agit d'une femme de vingt ans, doreuse, primipare, à terme. Les dernières règles remontaient du 6 au 10 juin 1882, et elle est entrée dans notre service le 5 mars 1883. Elle était en travail depuis la veille à six heures du soir. La dilatation du col était complète le lendemain 5 mars, vers deux heures de l'après-midi. Comme le travail ne se terminait pas, quoique les contractions utérines fussent répétées et violentes, on me fit mander. J'arrivai près de cette malade vers neuf heures du soir, c'est-à-dire vingt-sept heures après le début du travail. L'enfant se présentait en O. I. D. A. L'obstacle à la descente de la partie fœtale était dû à la présence d'une tumeur siégeant à la face interne et latérale droite de l'excavation pelvienne; elle était hémisphérique, saillante de près de 2 centimètres dans l'excavation, étalée à sa base, où elle pouvait bien mesurer 5 centimètres de diamètre. Le vagin n'était pas chaud, ni douloureux, comme s'il se fut agi d'un abcès. La tumeur n'était pas pulsatile, elle était rénitente, donnant la sensation d'une tumeur liquide très tendue. Elle était assez dure pour

Biblioteka Główna
WUM

Biblioteka Główna WUM

Br.6684



000029247 wum.edu.pl

qu'on puisse hésiter entre un fibrome ramolli, comme cela arrive pendant la grossesse, et une tumeur liquide : kyste ou thrombus. Elle paraissait appliquée contre l'os et il était impossible de lui communiquer aucun mouvement. Un thrombus aussi nettement circonscrit était l'hypothèse la moins probable. Nous pensons à un kyste, mais admettant la possibilité d'un fibrome ramolli. La tumeur n'étant pas très volumineuse, le diagnostic étant un peu incertain, nous nous décidâmes à tenter d'emblée une application de forceps, prudente, modérée, nous proposant de recourir à la ponction exploratrice pour peu qu'il existât des difficultés trop grandes à l'extraction de l'enfant. Le placement de la cuiller postérieure droite ne fut pas très facile ; mais nous parvînmes néanmoins à faire une application oblique de forceps suivant le diamètre oblique gauche. A la suite de quelques tractions très modérées, nous vainquîmes brusquement la résistance qui s'opposait au dégagement de la tête. Et au moment où la tumeur de l'excavation pelvienne disparaissait, au point qu'il ne fut pas possible d'en constater la moindre trace après l'accouchement, la grande lèvre correspondante, c'est-à-dire la droite, doublait au moins de volume. Il n'était plus douteux qu'il s'agit d'un kyste. Celui-ci venait de se rompre, et le liquide s'était épanché dans le tissu cellulaire de la grande lèvre après avoir détruit l'obstacle qui lui était opposé par les aponévroses du périnée. L'extraction de l'enfant ne présentait dès lors aucune difficulté, celui-ci pesait 3100 grammes. La délivrance fut normale. Les suites de couches furent bonnes, sans que la température prise tous les jours dénotât une élévation supérieure à 38 degrés. L'œdème, qui occupait la grande et la petite lèvre droite, se dissipa progressivement en trois jours. La malade quitta l'hôpital, le 21 mars, dans un état satisfaisant. On sentait encore à cette date le fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis ; mais le kyste était reconstitué, il occupait un siège plus élevé que celui constaté au moment de l'accouchement et le même volume ; il paraissait avoir les dimensions et la situation de la lame carrée ; son bord supérieur avoisinait le détroit supérieur ; son bord inférieur, à peu près la partie moyenne de la face latérale interne de l'excavation ; les bords antérieur et postérieur atteignaient les deux colonnes antérieure et postérieure du vagin ; il avait les dimensions d'une mandarine à peu près ; sa consistance était nettement fluctuante, et le doigt, déprimant la surface de la tumeur, en était facilement repoussé par son élasticité. L'examen n'était pas douloureux ; le vagin ne présentait pas une température plus élevée que normalement.

Nous avons revu cette malade. Elle nous fournit les renseignements suivants : originaire de Paris, elle y a toujours habité ; elle demeure depuis longtemps dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis, qui est desservi par les eaux impures du canal de l'Ourcq ; elle boit de cette eau, qu'elle puise à une fontaine et qu'elle ne fait jamais filtrer. Ces conditions si mal comprises au

point de vue de l'hygiène expliquent l'origine de l'affection qu'elle a présentée.

Un mois après avoir quitté notre service, vers la fin du mois d'avril, elle tomba malade et demanda son admission dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière. Les renseignements suivants ont été confirmés par M. Siredey. Elle fut atteinte d'un abcès pelvien du côté droit, qui fut ouvert par M. Benjamin Anger. La guérison ne suivit pas cette opération; l'inflammation gagna même la grande lèvres droite, où on dut pratiquer de nouvelles incisions. Cette malade quitta le service de M. Siredey au mois d'août, malgré l'avis du médecin et sans être guérie. Vers le mois d'octobre 1883, elle rendit par le rectum, à la suite d'épreintes et de douleurs dont elle compare le caractère et la violence à celles de l'accouchement, du sang, du pus et une membrane qu'elle porta à l'hôpital Lariboisière. M. Siredey reconnut qu'il s'agissait, sans aucun doute, d'une membrane hydatique.

Aujourd'hui, 20 janvier 1884, notre ancienne malade est de nouveau enceinte de trois mois; elle vient nous demander si son prochain accouchement présentera les mêmes difficultés que le précédent. Rien n'a justifié, dans notre examen, un semblable pronostic pour l'avenir. Les tissus sont certainement moins souples dans toute la région occupée antérieurement par la tumeur, mais on ne constate nulle part de saillie appréciable. Quoique un peu pâle, cette femme ne se plaint de rien, sa santé paraît bonne.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Doléris la relation d'un second fait.

Obs. II. — L..., femme M..., vingt ans, primipare, entre le 6 février 1883 à la Clinique d'accouchement de la Faculté. Elle est au terme de sa grossesse, et le travail est régulièrement commencé (présentation du sommet).

En examinant cette femme, on constate par le toucher vaginal l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule à peu près, rénitente, paraissant néanmoins renfermer un contenu liquide, logée dans la paroi droite du vagin et allongée dans le sens de l'axe de ce conduit.

La tête ne progresse que très lentement à partir du moment de la dilatation complète, et il semble que la tumeur se laisse déprimer peu à peu; la paroi en est très tendue.

Vu la lenteur de l'expulsion, et les battements du cœur fœtal devenant lents et irréguliers, M. Maygrier, chef de clinique, fait une application de forceps.

A peine l'instrument est-il placé, que l'utérus excité par sa présence se contracte violemment, et avant qu'une seule traction ait été exercée sur la partie fœtale, le kyste vaginal éclate brusquement. Le liquide jaillit au dehors et assez loin jusque sur l'opérateur et les aides; il paraissait limpide.

On put recueillir une membrane blanche d'aspect fibrineux,

solide, unie et régulière, ressemblant absolument à une poche hydatique.

M. Doléris a examiné presque séance tenante cette membrane, et sur la coupe microscopique a retrouvé aussi nette que possible la striation régulière, indice de la superposition des lames parallèles et concentriques de la paroi kystique : c'était bien la texture classique des membranes des kystes hydatiques.

L'enfant, rapidement extrait, un peu étonné, a été promptement ranimé. Délivrance normale.

Suites de couches. — Au bout de trente-six heures la femme fut prise d'accidents septiques : frissons, fièvre, lochies fétides, température élevée (entre 39 et 40 degrés), et cet état persista plusieurs jours.

La malade sortit néanmoins le huitième jour, et de nouveaux accidents se produisirent aussitôt rentrée chez elle. Elle reçut les services du docteur Delaunay, et finalement se rétablit.

Il est important de noter que, dès après l'accouchement, le professeur Depaul, ayant pratiqué le toucher dans le but de rechercher le siège exact du kyste, ne put y parvenir.

Dans le courant du traitement que lui fit subir à domicile le docteur Delaunay, il eut occasion de la toucher plusieurs fois, et ne retrouva jamais aucun vestige de la tumeur.

I

On peut rencontrer dans le petit bassin des kystes de différente nature. Les kystes de l'ovaire ou des annexes de l'utérus n'appartiennent pas en propre à cette région ; ils ne nous intéressent qu'au point de vue de leur diagnostic. Les kystes des os se rencontrent presque exclusivement aux maxillaires ; nous n'en connaissons aucun cas dans les os du pelvis. Certaines tumeurs des os, les tumeurs malignes, en particulier le sarcome, d'autres tumeurs, les chondromes et les myxomes sont susceptibles de se creuser de cavités. On est convenu de ne pas les considérer comme des kystes à proprement parler.

Les seules variétés de kystes que nous ayons à considérer sont donc les kystes hydatiques et les kystes du vagin.

Les kystes du vagin sont superficiels ou profonds ; aucune confusion n'est possible à propos des kystes superficiels ; mais, par contre, il n'y a pas de délimitation précise entre les kystes hydatiques et les kystes profonds ; ceux-ci peuvent même ne pas appartenir au vagin. Les uns naissent du prolongement souvent élevé de la glande de Bartholin, d'autres peuvent prendre leur origine au-dessous de la muqueuse, absolument comme quelques kystes hydatiques issus du tissu cellulaire

de la même région. Jusqu'à plus ample informé, on peut cependant considérer les kystes du vagin comme des kystes muqueux. Nous diviserons donc les kystes du petit bassin, pouvant mettre obstacle à l'accouchement, en kystes hydatiques et en kystes muqueux.

Nous reproduirons les faits épars dans les recueils scientifiques des cas de dystocie due aux kystes. Nous en ferons l'analyse la plus succincte pour ne pas donner à ce travail trop d'étendue. L'indication bibliographique exacte de ces observations permettra d'ailleurs de retrouver les originaux.

Les observations de kystes ayant mis obstacle à l'accouchement sont assez rares.

Le premier cas a été publié par Park dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, 1817 : nous en devons la connaissance à M. Charcot, qui en a traduit la relation dans son *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin* (*Gazette médicale*, 1852). Il s'agissait d'une femme dont le premier accouchement fut considérablement retardé par une tumeur située entre le rectum et le vagin, mais qui cependant se termina spontanément. A sa seconde grossesse, elle eut deux jumeaux, qui furent expulsés, le premier à quatre mois, le second à sept mois, sans grandes difficultés. Mais la grossesse suivante fut impossible ; on dut inciser la tumeur ; il s'en écoula un liquide séro-sanguinolent, et en même temps des *fragments membraneux ressemblant à des morceaux de tripes*. Le rétablissement fut lent. La malade eut plus tard des accouchements rendus difficiles par les cicatrices vicieuses du vagin, consécutives à l'opération qu'elle avait subie.

Roux, en 1828 (*Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 46, et *Journal de médecine de Sédillot*, 1828, t. III, p. 287), cite une opération qu'il pratiqua à une femme de trente-huit ans pour une tumeur du vagin qu'il croyait solide. Dès qu'il l'eut incisée, il s'en écoula un liquide clair et des échinocoques ; il dut enlever la membrane blanc-nacré du kyste. Cette femme avait eu huit ans auparavant un accouchement long et pénible, à la suite duquel sa santé fut satisfaisante pendant cinq ans ; dans les trois années suivantes, elle se plaignait de difficulté de la miction et de constipation opiniâtre. Il est possible, mais non pas certain, que l'accouchement antérieur à l'opération a été rendu difficile par la présence de la tumeur existant peut-être déjà à ce moment.

Blot (*Comptes rendus de la Société de biologie*, avril 1859, et Neyret, thèse de Paris, 1863 : *Des kystes hydatiques du*

tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin) présente à la Société de biologie un liquide provenant de la ponction par le vagin d'un kyste volumineux situé dans la cloison recto-vaginale, mettant obstacle à l'accouchement à terme d'une femme de vingt-quatre ans. Le travail, qui languissait depuis trois jours, se termina en vingt minutes après cette ponction par la naissance d'un enfant vivant. Le liquide était transparent, non coagulable par les acides, ne contenant cependant à l'examen microscopique que des globules huileux. La nature du liquide recueilli permet de penser qu'il s'agissait bien dans cette observation d'un kyste hydatique.

Guéniot (*Des grossesses compliquées*, in *Bulletin de thérapeutique*, 1866) rapporte le fait suivant : « Une femme de vingt-sept ans, à sa troisième grossesse, est à terme et en travail; elle n'avait souffert antérieurement d'aucun trouble : pas de constipation, miction facile, aucune gêne dans les rapports conjugaux. Il présentait une tumeur qui occupait la partie médiane de la cloison recto-vaginale, du milieu de cette cloison en bas, jusqu'à un point inaccessible en haut, plus volumineuse que le poing, régulièrement sphérique, repoussant les muqueuses restées indépendantes du vagin et du rectum, de consistance ferme, élastique, analogue à celle d'une vessie distendue, ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile. L'état de la mère et celui de l'enfant étaient satisfaisants. Après vingt-cinq heures de travail, on ponctionna la tumeur par le vagin, et il en sortit un liquide incolore et clair comme de l'eau de roche. La tumeur s'affaissa de moitié, et on put sentir sur la canule et au doigt un frémissement très accusé. On ponctionna de nouveau avec une canule à hydrocèle, et il n'en sortit rien. La canule était oblitérée par deux vésicules hydatiques qui, flottant dans l'eau, avaient le volume d'une aveline. On ne se décida à intervenir que trente-neuf heures après le début du travail. L'enfant se présentait en O. I. G. A. On fit une application de forceps, et on obtint un garçon bien constitué et bien portant. Les suites de couches furent normales. »

Dans les traités classiques, en France, on ne trouve aucune mention détaillée sur cette cause de dystocie. M^{me} Lachapelle (*Mémoires sur les accouchements*, 1825, t. III, p. 309), et presque dans les mêmes termes A. Dugès (*Manuel d'obstétrique*, 1830), disent cependant que les tumeurs fibreuses, polypeuses, *hydatiques*, squirrheuses et syphilitiques, peuvent mettre obstacle à la sortie de l'enfant; mais aucune des observations rapportées par M^{me} Lachapelle dans ses *Mé-*

moires ne s'adresse à cette cause de dystocie. Cazeaux (*Traité théorique et pratique des accouchements*) cite, d'après Meier (?), l'observation d'un accouchement rendu impossible par un kyste du volume de la tête d'un enfant, situé entre l'utérus et la vessie (?).

Davaine (*Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, 2^e édit., 1877) s'occupe de l'étude générale des kystes hydatiques du petit bassin sans s'étendre d'une façon spéciale sur les difficultés qu'ils peuvent occasionner au moment de l'accouchement. Il rappelle cependant les observations de Park, de Roux et de Blot. Schröder, dans son *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1874, cite les observations de kystes hydatiques connues au moment de la publication de son livre.

Puchelt (*Commentatio de tumoribus in pelvi partum impediensibus*, 1840, p. 213) mentionne, chez une femme de trente et un ans, l'arrêt du travail depuis trois jours par une tumeur s'étendant du coccyx au promontoire et d'un os iliaque à l'autre, occupant une place assez importante de l'excavation pelvienne pour qu'on ne puisse atteindre le col qu'avec peine. On crut qu'il s'agissait d'une tumeur solide, et on pratiqua l'opération césarienne. Mort de la mère quarante heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva cinq tumeurs hydatiques qui pesaient ensemble 15 livres. Quatre de ces tumeurs sièg-aient dans la cavité abdominale : une dans la région hypogastrique, deux dans la région qu'occupent habituellement les trompes et les ovaires, une contre l'utérus. La cinquième tumeur occupait l'excavation pelvienne; elle avait contracté une union si intime avec le rectum, le vagin, le col et le corps de l'utérus, qu'il eût été impossible de l'en séparer sans déchirer ces organes. Ce fait serait rapporté par Meyer dans le *Museum de médecine de la Société suisse des médecins et des chirurgiens* (vol. II, 15, p. 211) (?). Serait-ce cette observation à laquelle Cazeaux fait allusion ?

Birnbaum (*Monatschrift für Geburtkunde und Frauenkrankheiten*, t. XXIV, p. 428) relate l'observation d'une femme enceinte pour la troisième fois. Arrivée au troisième mois de sa grossesse, présentant à gauche de l'utérus une tumeur volumineuse, irrégulière, semblant prendre naissance de l'union osseuse pubio-iliaque, s'étendant dans la cavité abdominale; à droite de l'utérus, une autre tumeur ronde, régulière, nettement indépendante de l'utérus, occupant toute la concavité sacrée et la plus grande partie de l'excavation pelvienne, du volume d'une tête de fœtus. L'utérus est en

rétroflexion, le col étant fortement porté en avant, contre la symphyse du pubis. Le travail survient prématurément dans le courant du septième mois. La tumeur occupait une si grande partie de l'excavation pelvienne, qu'il était difficile d'atteindre le col de l'utérus. Les tentatives de réduction de la tumeur ayant échoué, le travail ayant duré vingt-quatre heures, on se décida à ponctionner le kyste : issue de sang noir et de liquide séro-sanguinolent. La tête de l'enfant s'engage après cette opération. Application de forceps et extraction d'un enfant de 5 livres $1/2$. Accidents fébriles pendant les suites de couches, issue par l'urèthre de la membrane du kyste, dont l'expulsion fut suivie de l'issue d'autres kystes, soit immédiatement, soit les jours suivants. Le nombre des plus grosses hydatiques expulsées s'élevait bien à une quarantaine. Rétablissement lent de la mère ; mais on constata encore des tumeurs appartenant probablement à des hydatides mortes.

Sadler (*Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, t. XXV, p. 73) rapporte le cas d'une primipare de vingt et un ans, à terme, dont l'accouchement fut rendu impossible par une tumeur qui s'étendait du promontoire vers la symphyse du pubis. Le travail durait depuis deux jours au moins ; on ne pouvait atteindre la partie fœtale. Comme on pensait qu'il s'agissait d'une tumeur solide, on pratiqua l'opération césarienne. L'enfant était à terme, mais mort. La mère succomba le lendemain. On reconnut à l'autopsie qu'il s'agissait d'une énorme tumeur hydatique qui occupait la région du foie et de là s'étendait derrière l'utérus, jusque dans l'excavation pelvienne. Sous l'influence de la pression qu'elle supportait, cette tumeur avait pris une dureté osseuse.

Wiener (*Ueber Echinococcus geschwülste des Beckens als geburtshinderniss in Archiv für Gynäk.*, 1877, t. II, p. 572) réunit six cas d'hydatides du bassin. Ce sont les cas de Park, de Roux, de Blot, de Puchelt, de Birnbaum et de Sadler ; il y joint l'observation suivante, qui lui est personnelle. Il s'agit d'une primipare de vingt-six ans. Elle présente une tumeur dépassant la symphyse du pubis, à droite, qui avait le volume de deux fois le poing ; elle était élastique et tendue ; elle paraissait liée à l'utérus par un ligament court ; pas de fluctuation. Le cul-de-sac de Douglas était rempli par deux tumeurs élastiques, mais de consistance résistante et donnant l'impression de tumeurs solides : la gauche avait le volume du poing et la droite celui d'une pomme ; elles paraissent dépasser en haut le promontoire ; elles peuvent être réduites par

les tentatives pratiquées par le vagin ou par le rectum. Le col de l'utérus est repoussé au-dessus du détroit supérieur, on ne peut l'atteindre qu'avec deux doigts. La partie fœtale se présente en O. I. G. T. Après seize heures de travail, on ponctionne à travers le rectum la tumeur située à gauche; il s'en écoule 200 grammes d'un liquide trouble et jaune. On ponctionne la tumeur droite à travers le vagin, et on obtient l'issue d'un liquide présentant les mêmes caractères. Ces tumeurs ne furent plus reconnaissables à la palpation. On rompt la poche des eaux, et le liquide amniotique qui en sort est fortement teint par le méconium. La tête du fœtus s'applique assez solidement contre le détroit supérieur. Le lendemain, après vingt-deux heures de travail, la tête est engagée dans l'excavation pelvienne, mais l'enfant est mort. On procède alors à la perforation du crâne et à l'extraction de l'enfant à l'aide du cranioclaste. L'opération fut difficile. Le lendemain, la femme succombait avec les signes d'une péritonite aiguë. L'autopsie permit de constater l'existence de nombreux échinocoques ayant jusqu'au volume d'une tête d'enfant, situés en avant, sur les côtés et en arrière de l'utérus, dans l'épiploon; un échinocoque mort dans le foie. Adhérences nombreuses de l'utérus avec les parties voisines, la paroi abdominale et l'épiploon; lésions de la péritonite aiguë; déchirure du col utérin, latérale, gauche.

L'auteur fait suivre la relation des sept observations qu'il a réunies, de considérations intéressantes. Le mémoire de Wiener est le premier qui traite avec quelques détails la question de la dystocie causée par les kystes hydatiques du petit bassin. La symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette affection y sont étudiés avec soin.

Haussmann (*Ueber Echinococcus des Beckens. Archiv. für Gynäk.*, t. XII, p. 163) ajoute aux observations de Wiener trois autres cas. L'un ne doit pas être considéré comme authentique. Krappe rapporte que Finsen relate un cas de dystocie consécutive à un kyste hydatique du bassin. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans le mémoire de Finsen. Les deux autres observations appartiennent à Pauls et à Küchenmeister.

Pauls (*Ein seltener Geburts hinderniss in Preussische medicinalzeitung*, IV, N. F. Berlin, 1861) cite le cas d'une femme de vingt-cinq ans qui était à sa deuxième grossesse. Son premier accouchement dut être terminé par une application de forceps; mais la fille qui naquit à la suite de cette intervention pesait 11 livres(?). Deux ans après, l'accouchement

ne put être terminé malgré deux applications successives de forceps, quoique la présentation fût bonne. La tête était profondément engagée. Il existait sur la face postérieure du vagin une tumeur piriforme du volume d'une noix, située au-dessous de la tête, devenant convexe et plus résistante pendant les tractions sur le forceps. La tumeur était beaucoup plus facilement reconnaissable par le toucher rectal. Pendant les tractions sur le forceps, on gratta avec l'ongle au niveau de la tumeur, et on déchira ainsi la paroi postérieure du vagin. Il s'échappa tout à coup une masse noirâtre, qui fit saillie en bas et apparut jusqu'à l'orifice vulvaire. Cette tumeur avait la forme d'un ballon de caoutchouc et le volume du poing d'un adulte; elle tenait encore par une partie amincie qui lui constituait comme une espèce de pédicule qu'on coupa entre deux ligatures préalablement posées. Dès lors, l'extraction d'une fille, qui était très pesante, n'offrit plus de difficultés. La section du kyste fit reconnaître qu'il contenait, au milieu d'un liquide noirâtre, des corps ronds assez nombreux, noirs ou plutôt gris clair, ayant le volume et l'apparence des œufs de caviar. Les couches furent normales. Les accouchements ultérieurs de cette femme furent faciles. Il n'y avait pas de tumeurs parasitaires en d'autres points de l'organisme.

L'observation de Küchenmeister (in *Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologische Anatomie*, Leipsig, 1877, p. 1156) est extrêmement curieuse; elle est malheureusement très courte. L'autopsie lui fit reconnaître que la cavité péritonéale était remplie de nombreux kystes d'échinocoques. L'un d'eux était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit par atrophie la paroi utérine à une mince lamelle, et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait l'obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rupture sous-séreuse de l'utérus, consécutive à une intervention obstétricale difficile.

Stadfeldt (*Labour obstructed by pelvic tumours*, in *The obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1879) ne s'occupe pas des kystes hydatides du petit bassin d'une façon spéciale; il relate cependant deux observations: l'une appartenant à Späth, p. 355; l'autre à Pintos Pasella, p. 282. Voici le résumé de ces deux observations:

Späth (*Ärtzliche Bericht der K. K. Gebär und Fingdelanstalt zur Wien*, 1864, p. 29) mentionne l'accouchement

d'une femme de vingt-trois ans, rendu difficile par une tumeur occupant la partie supérieure de l'excavation pelvienne, à droite, au niveau du *concave pelvic angle*. Cette tumeur était ronde, dure, parce que quoique fluctuante elle était très tendue, immobile; elle emplissait l'excavation pelvienne au point qu'on ne pouvait introduire que deux doigts dans le vagin, du côté gauche de l'excavation pelvienne. On fit la ponction de la tumeur; il s'en écoula un liquide purulent où on reconnut la présence des crochets caractéristiques des échinocoques. La tumeur disparut après la ponction. Le travail se termina alors naturellement par la naissance d'un enfant vivant. A la sortie de la mère, la tumeur s'était reproduite; elle était longue et épaisse comme le pouce.

Pintos Pasella (in *Corradi dell' ostetricia in Italia*, p. 1524, Cagliari) rapporte un fait dont l'interprétation est difficile, et dont la nature hydatide ne nous semble pas certaine. Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, boitant depuis quatre ans, qui eut un accouchement rendu difficile par la présence d'une tumeur du côté gauche du bassin. Les tentatives d'application de forceps et de craniotomie ne furent pas suivies de succès, et la femme succomba sans être délivrée, après soixante-deux heures de travail. A l'autopsie, on constata que la paroi utérine, à gauche et en bas, était amincie. La partie postérieure de l'acétabulum était enfoncée; il y avait une fracture de l'ischion, et la tête du fémur était déplacée; la branche horizontale du pubis était cariée et fracturée, mais les fragments étaient maintenus ensemble par du tissu fibreux. Toute la partie gauche de l'excavation correspondante à ces lésions était transformée en un sac présentant des fragments osseux et des cavités communiquant les unes avec les autres; il contenait du pus et des *hydatides*, mais pas de crochets. Des tumeurs hydatides semblables ont été trouvées à la face antérieure de l'ischion, du grand ligament sacro-sciatique gauche, et à la face antérieure du sacrum. S'il s'agit bien, dans ce cas, d'une tumeur hydatique, les lésions osseuses importantes qui sont indiquées, démontrent que l'hydatide s'est développée dans les os eux-mêmes.

Freund fit une communication in *der Gynäkologischen Section der 52 Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Baden-Baden*, 19 septembre 1879, dont l'analyse trop courte se trouve dans les *Archiv für Gynäk.*, 1880, t. XV, p. 354 : *Ueber Echinococcus im weiblichen Becken*. Cet auteur observa à lui seul dix-huit cas d'hydatides

du petit bassin, dix à l'autopsie, huit après la ponction. Cette importante collection de faits lui permit d'aborder un certain nombre de questions dont nous retiendrons les conclusions si autorisées. Nous regrettons seulement de ne pas pouvoir ajouter à nos cas les difficultés obstétricales que Freund a dû très probablement relever dans ses faits.

Brill (*Centralblatt für Gynäk.*, 1882, p. 399) cite le cas d'une femme de vingt-deux ans, en travail depuis trois jours. L'obstacle à l'accouchement était dû à la présence d'une tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas, en rapport avec la lèvres postérieure du col. On dut pratiquer la perforation du crâne de l'enfant, et faire une application du cranioclaste pour délivrer la femme. Celle-ci fut très malade pendant ses couches, et le septième jour après son accouchement il y eut issue de tumeurs reconnues comme des échinocoques. La mère se rétablit.

Les faits précédents, au nombre de seize, consistent en kystes hydatiques. La plupart de ces observations sont authentiques. Les faits suivants sont plus discutables : l'une des observations, celle de Mundé, doit être classée parmi les kystes muqueux ; c'est le seul cas de cet ordre que nous ayons trouvé.

Il y aurait lieu de discuter la valeur de quelques observations rapportées par Lever (*On pelvic tumors obstructing parturition in Guy's Hospital reports*, avril 1842) et par Rhamsbotham (*Practical midwifery*, 2^e édit., 1842), et avant ces auteurs par Merriman (in *Bulletins de la Faculté de médecine*, 1820, n^o 5, p. 150, dans un Rapport de Béclard à propos d'une observation de Moreau). Mais il est impossible d'établir d'une façon suffisamment nette le diagnostic rétrospectif des tumeurs dont il s'agit dans ces différents mémoires.

Nous en dirons autant de la trop courte note qu'Hardwicke accorde à la relation d'une observation qui lui est personnelle dans *The Lancet* (1863, march 21).

L'observation suivante, où il s'agit d'un kyste muqueux du vagin, nous intéresse. Elle a été publiée par Mundé, dans *The american Journ. of obstetrics* (vol. X, p. 673). Il s'agit d'une femme de trente-six ans, enceinte pour la neuvième fois. Sa dernière grossesse s'est terminée prématurément à sept mois, et les trois grossesses précédentes avaient abouti à l'accouchement d'enfant présentant le siège et qui étaient morts. Pendant le cours de sa neuvième grossesse, cette femme avait constaté la présence d'une tumeur vaginale

siégeant à la partie antérieure, ayant le volume d'une petite orange, fluctuante, ne jouissant que très peu de mobilité, et pouvant être confondue avec une cystocèle. Cette tumeur était à peine apparente avant la grossesse, s'était depuis développée considérablement, au point d'oblitérer presque complètement le conduit vaginal. Une ponction n'avait pas amené la guérison de ce kyste, et Mundé se décida à en tenter l'énucléation. Il ne put y réussir, car pendant la dissection de la tumeur la membrane mince du kyste se rompit et laissa écouler un liquide clair et *glutineux*. On dut enlever la plus grande partie de la poche, laisser suppurer la partie qu'on était obligé d'abandonner. On badigeonna la paroi non enlevée du kyste avec de la teinture d'iode. La guérison fut obtenue au bout de quelques semaines, et l'accouchement eut lieu à terme. Dans cette observation, la nature du liquide contenu dans le kyste, l'absence de membrane hydatique et adventice semblent bien indiquer qu'il s'agissait d'un kyste muqueux.

On ne peut manquer d'être frappé à la lecture des observations précédentes, de la confusion des auteurs au sujet des dénominations des différentes parties qui entrent dans la constitution du kyste hydatique. Nous croyons qu'il est indispensable de rappeler les termes précis qui désignent ces parties.

Le scolex du *Tænia echinococcus* ou *hydatide* crée en se développant au milieu des tissus une inflammation périphérique qui aboutit à la production d'une membrane appelée *membrane adventive* ou *adventice de l'hydatide*. Hydatide et membrane adventice constituent le *kyste hydatique*.

L'hydatide se présente sous la forme d'une membrane creuse, d'apparence fibrineuse, striée, contenant un liquide ayant des caractères physiques et chimiques très caractéristiques; elle se hérissé ordinairement à sa face interne d'un très grand nombre de têtes pourvues de ventouses et de crochets, analogues à la tête du *Tænia echinococcus*. Ces têtes et ces crochets peuvent tomber et être trouvés dans le liquide contenu dans l'hydatide; elles portent le nom d'*échinocoques*. Lorsque l'hydatide est dépourvue d'échinocoques, elle est désignée sous le nom d'*acéphalocyste*. Enfin, dans l'intérieur de l'hydatide, qui porte alors le nom d'*hydatide* ou de *vésicule mère*, peuvent se trouver d'autres hydatides présentant les mêmes caractères que ceux indiqués plus haut : ce sont les *hydatides* ou les *vésicules filles*. Ces hydatides de seconde

génération peuvent contenir elles-mêmes des hydatides de troisième génération.

II

C'est en Islande qu'on rencontre le plus souvent les kystes hydatiques. Ils seraient encore assez fréquents dans le nord de l'Europe et en Silésie, si l'on s'en rapporte aux faits observés par Freund. Les médecins envoyés par le gouvernement danois en Islande ont surtout eu l'occasion d'observer cette maladie; nous leur devons la publication de mémoires intéressants. Nous nous bornerons à citer le travail de von Finsen (*Archives générales de médecine*, 1869, p. 19 et 191) et celui de Krappe (*Archiv der Heilkunde*, t. XVI).

Finsen admet qu'en Islande on rencontre 1 fois des kystes hydatiques sur 43 Islandais et sur 55,5 malades. Cette proportion est d'ailleurs très inférieure à celle indiquée par Thortensen. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes dans la proportion de 2,2 à 1. C'est surtout de dix à quarante ans qu'on rencontre cette différence dans la fréquence des kystes hydatiques suivant les sexes. Enfin ces tumeurs siègent de préférence dans la cavité abdominale. Voici les statistiques qui viennent à l'appui de cette assertion.

D'après Finsen.

| | | | |
|------------------------|---------|---------------|-----------------|
| Foie..... | 176 | 69, 4 p. 100) | } 92,52 p. 100. |
| Reins..... | 3 | 1,17 p. 100) | |
| Rate..... | 2 | 0,78 p. 100) | |
| Cavité abdominale..... | 54 | 21,17 p. 100) | } 6,81 p. 100. |
| Autres régions..... | 20..... | | |

D'après Davaine.

| | | | |
|-------------------------------|----------|--------------|----------------|
| Foie..... | 156 | 42,8 p. 100) | } 59,9 p. 100. |
| Reins et capsules surrénales. | 31 | 8,7 p. 100) | |
| Utérus..... | 1 | 0,2 p. 100) | |
| Ovaire..... | 4 | 1,1 p. 100) | } 4,7 p. 00. |
| Petit bassin..... | 26 | 7,1 p. 100) | |
| Système osseux..... | 17..... | | } 35,6 p. 100. |
| Autres régions..... | 130..... | | |

La statistique de Finsen mérite plus de créance que celle de Davaine, puisqu'elle porte sur des faits tous observés par l'auteur, tandis que celle de Davaine porte sur les faits compulsés dans les différents recueils. Mais il nous importe de rappeler que Davaine relate 7,1 pour 100 de kystes hydatiques

du petit bassin, et Finsen 21,17 pour 100 de kystes de la paroi abdominale, dans laquelle il comprend apparemment le petit bassin. Ces deux auteurs avancent donc des résultats analogues.

Les faits précédents nous autoriseraient à conclure que la dystocie spéciale aux kystes hydatiques du petit bassin est commune en Islande, et ce n'est pas sans quelque étonnement que nous constatons le silence de Finsen sur ce point. Cela doit dépendre de ce qu'on n'appelle les médecins danois que d'une façon exceptionnelle dans les cas où il y avait lieu de pratiquer une intervention obstétricale.

La fréquence des kystes hydatiques du petit bassin une fois déterminée, il est nécessaire de savoir en quel point de cette région ils se développent.

Suivant toute probabilité, le tissu cellulaire pelvien offre un terrain très propre à leur développement. Il n'est pas impossible que ces kystes se soient d'abord développés dans un organe de l'abdomen : ovaire, intestin, épiploon, et qu'ils aient ultérieurement occupé les culs-de-sac antérieur ou postérieur du péritoine, où ils se sont fixés. Dans le cas de Sadler, le kyste provenant du foie avait contracté des adhérences dans le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Il est habituellement difficile de déterminer le point de départ, l'origine exacte des kystes hydatiques. Les kystes issus du tissu cellulaire du petit bassin, au-dessous du péritoine, peuvent se développer du côté de la séreuse, faire saillie dans la cavité péritonéale; ils y provoquent une inflammation de voisinage habituellement circonscrite. Les fausses membranes qui en résultent, englobent les différents organes du bassin : utérus, vessie, rectum, S iliaque, trompes et ovaires. Il est alors très difficile de savoir quel a été le siège occupé primitivement par la tumeur.

Pour Freund, les kystes hydatiques occupent presque toujours le tissu cellulaire du petit bassin, à droite ou à gauche du rectum, moins souvent les os : pubis ou sacrum. Il admet qu'ils peuvent provenir des viscères extérieurs à l'excavation pelvienne, et se trouver accidentellement dans le cul-de-sac de Douglas. Puchelt pense que des kystes hydatiques peuvent siéger dans les trompes et dans les ovaires. Davaine, mettant en avant quatre cas, pensait que les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas prenaient naissance dans l'ovaire, qui, plus lourd, pouvait tomber dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Ces faits sont très rares.

Freund mentionne le mode de développement des kystes

hydatiques de l'excavation pelvienne. S'ils se développent de bas en haut, ils font saillie dans le grand bassin; de haut en bas, ils repoussent les organes du bassin et viennent s'appliquer sur le plancher périnéal, qu'ils peuvent refouler. Latéralement, ils peuvent s'insinuer à travers le trou ovalaire, l'échancrure sciatique ou au-dessous du ligament de Fallope. Dans aucune de nos observations, nous ne trouvons l'indication précise de ces extensions diverses des kyste hydatiques.

Mais, cliniquement, le point de départ précis du kyste hydatique ne peut pas être, le plus souvent, élucidé par les moyens d'investigation dont nous disposons. Il a d'ailleurs une importance secondaire au point de vue de la dystocie. Ce qui nous importe, c'est de savoir la place occupée habituellement par le kyste dans le petit bassin, telle que le toucher nous la révélera; c'est de savoir si son siège est différent de celui des autres tumeurs pelviennes; c'est de pouvoir apprécier son volume.

Voici le résultat fourni par le dépouillement de nos observations :

10 fois le kyste siégeait en arrière; 4 fois dans la cloison recto-vaginale; 2 fois dans le cul-de-sac de Douglas; 1 fois en arrière du rectum;

3 fois directement en avant (une fois il s'agissait d'un kyste muqueux);

3 fois en avant et sur les côtés;

4 fois les tumeurs étaient multiples et siégeaient en différents points.

Les kystes hydatiques siègent donc ordinairement en arrière, mais pas toujours, et les exceptions enlèvent à la détermination de la situation des kystes une grande partie de son importance.

Les kystes hydatiques sont souvent multiples. Sur les 27 cas de Davaine, 17 fois d'autres kystes siégeant en des points différents de l'organisme, coïncidaient avec ceux constatés dans le bassin; sur les 7 cas de Wiener, 3 fois la multiplicité des kystes hydatiques est mentionnée. Dans mon observation, ni dans celle de M. Doléris, l'attention ne fut attirée sur l'existence d'un second kyste.

Le volume des kystes du bassin est susceptible de toutes les dimensions. Ces kystes ont le volume d'une noix, d'une mandarine; mais, le plus souvent, ils occupaient une grande partie de l'excavation pelvienne, au point même, dans quelques

cas, de faire une saillie plus ou moins marquée dans le grand bassin; ils rendaient souvent impossible l'introduction de plus de deux doigts dans le vagin et l'accession du col de l'utérus. Dans tous les cas que nous avons relatés, le volume de la tumeur était suffisant pour mettre un obstacle sérieux à l'accouchement; mais cela n'autorise aucune conclusion. Les cas où le kyste hydatique était peu volumineux n'ont-ils pas échappé? Un kyste peu volumineux, n'ayant amené aucune difficulté obstétricale, a-t-il été jugé suffisamment intéressant pour être publié?

La forme des kystes hydatiques est aussi variable. Ce sont ordinairement des tumeurs lisses, arrondies, hémisphériques, lorsque ces kystes sont solitaires; mais, lorsqu'ils sont multiples, ils peuvent constituer une tumeur irrégulière et mamelonnée.

Que deviendront, dans ces conditions, les rapports de l'utérus? Ils dépendront du siège de la tumeur hydatique. L'utérus est ordinairement porté en haut et en avant, et le col est alors difficilement accessible. Dans le cas de Birnbaum, il y avait plusieurs tumeurs: l'une, semblant partir de l'union du pubis avec l'os iliaque, se développait du côté de l'abdomen et repoussait le corps de l'utérus en arrière; l'autre, siégeant dans l'excavation pelvienne, repoussait le col en avant, de telle sorte que l'utérus était en rétroflexion.

Freund insiste sur la résistance que le péritoine présente à l'usure. Lorsqu'il est comprimé par une tumeur, il s'enflamme et s'épaissit. Cependant il peut aussi finir par être détruit et permettre l'issue des hydatides par des voies diverses; mais les viscères de l'excavation pelvienne n'offrent pas la même résistance à la pression des tumeurs hydatiques, avec lesquelles elles sont en rapport. Küchenmeister mentionne que la paroi de l'utérus usée par le kyste hydatique, était réduite à une lamelle mince, et que celui-ci faisait saillie dans la cavité utérine.

En dehors de la grossesse, les kystes se sont frayé facilement une route à travers le rectum, la vessie et le vagin, mais non pas à travers l'utérus, comme on l'admet dans quelques traités. Il peut bien y avoir entre la cavité utérine et un kyste hydatique une fistule, mais elle n'est jamais assez dilatable pour permettre l'issue des hydatides. Les difficultés de l'accouchement, les opérations faites pour délivrer les malades peuvent favoriser la formation d'une ouverture spontanée ou artificielle aux hydatides filles et à la membrane hydatique. Dans le cas de Birnbaum les vésicules hydatiques furent éli-

PORAK.

minées par l'urèthre, dans les cas de Brill et de Doléris par le vagin, et dans notre cas par le rectum.

III

Le diagnostic des kystes hydatiques du petit bassin est difficile; le plus souvent on ne peut le faire que par exclusion; ils passent souvent inaperçus. Dans notre observation, la parturiente ne se doutait pas qu'elle avait une tumeur pelvienne : aucune douleur n'avait auparavant attiré son attention. Il a fallu que l'accouchement fût rendu impossible, et que des accidents consécutifs survinssent, pour qu'elle en eût connaissance. La longue durée de ces kystes, l'absence de douleur les distinguent de la plupart des tumeurs pelviennes. On a cependant cité l'apparition de douleurs de rein, de sensations de tiraillement dans le bassin; elles ne sont indiquées dans aucune de nos observations. On conçoit d'ailleurs que la compression du plexus sacré, des nerfs qui en dépendent, du nerf obturateur puisse devenir le point de départ de troubles spéciaux.

Lorsque la tumeur devient assez volumineuse pour comprimer la vessie, il en résultera soit des troubles de la miction, mais pas jusqu'à la distension des uretères, ni jusqu'aux troubles rénaux; il y a fréquemment de la constipation par compression du rectum.

Au point de vue de leurs signes physiques, ces tumeurs sont ordinairement lisses, arrondies, quelquefois mamelonnées et irrégulières lorsqu'elles sont multiples. Tous les auteurs ont indiqué leur dureté spéciale, qui les fait trop souvent confondre avec des tumeurs solides. On l'explique facilement par leurs caractères anatomiques. Elles sont constituées par deux membranes d'enveloppe : la membrane adventice d'enkystement, la membrane propre de l'hydatide; elles contiennent fréquemment dans leur intérieur des kystes plus petits, des hydatides filles de première ou de seconde génération. Dans ces conditions, la fluctuation doit être très obscure ou nulle. Pendant l'accouchement, au moment de la période d'expulsion, leur consistance augmente encore. Cela résulte de la pression que ces tumeurs supportent de la partie fœtale, qui est arrêtée dans son engagement et dans sa descente; elles se trouvent dans les conditions d'une tumeur liquide très tendue, qui perd ses caractères de mollesse et de fluctuation. Dans notre observation, la tumeur ne pou-

vait pas être confondue avec une tumeur solide; elle ne présentait pas la dureté osseuse de l'exostose, ni la consistance mollasse de certaines tumeurs à médullocèles ou à myéloplaxes; elle avait une certaine rénitence, qui aurait fait plutôt supposer une tumeur sanguine très tendue ou un fibrome ramolli, comme on l'observe pendant la grossesse.

Le frémissement hydatique n'a été observé que dans un cas de Davaine (obs. 167) et dans celui de Guéniot. Ce caractère est donc très rarement constaté dans les kystes hydatiques du bassin.

Ces tumeurs ne sont ordinairement pas immobiles, fixées indissolublement au point où on les constate, mais leur mobilité est très peu marquée. En aucun cas il n'a été possible de les réduire, c'est-à-dire de les repousser vers le détroit supérieur, au-dessus de la partie fœtale, ou de les attirer jusqu'à la vulve, de façon à permettre le dégagement de la partie fœtale.

Dans les cas de diagnostic difficile, il ne faudra pas oublier de rechercher s'il n'y a pas en un point quelconque de l'organisme un autre kyste de même nature, puisque ces lésions sont ordinairement multiples.

Ces tumeurs possèdent cependant un signe pathognomonique, c'est le caractère du liquide qu'elles contiennent lorsque l'hydatide est vivante. Le liquide hydatique est transparent, limpide comme de l'eau de roche; il contient du chlorure de sodium, en tout cas pas d'albumine, ni de mucine; l'examen microscopique permet quelquefois d'y reconnaître les crochets caractéristiques des échinocoques.

En résumé, on reconnaîtra les kystes hydatiques vivants à l'absence de signes réactionnels, à leurs caractères de tumeur lisse et ordinairement arrondie, rénitente, jouissant d'une mobilité très limitée, à leur multiplicité, et, dans quelques circonstances favorables, au frémissement hydatide et à la constitution physique, chimique, microscopique du liquide qu'ils contiennent; mais ces deux derniers signes importants manquent trop souvent pour qu'on puisse d'emblée diagnostiquer cette affection.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il nous paraît utile d'indiquer sommairement les caractères différents que présentent les autres tumeurs du bassin, pouvant mettre obstacle à l'accouchement.

Les tumeurs du petit bassin constituent une cause assez rare de dystocie; elles siègent dans les parties molles ou dans

les os. Nous ne connaissons aucun exemple de lipome, de myxome, d'anévrysme, ni de kystes des os du bassin.

Sans prétendre que notre statistique soit complète, nous mentionnons les chiffres suivants : Nous avons réuni comme causes de dystocie 6 observations de cancer du vagin, 2 de cancer du rectum, d'assez nombreux cas d'exostoses, 5 cas d'enchondrome, dont un cysto-enchondrome, 1 fibro-cysto-enchondrome, 6 ostéo-sarcomes, 10 fibromes du vagin, 16 fibromes intra-pelviens. C'est donc avec ces tumeurs qu'il convient d'établir un diagnostic différentiel. Beaucoup de ces néoplasmes présentent des excavations kystiques, qui peuvent par conséquent justifier une erreur.

Au point de vue de leur marche, on peut distinguer ces tumeurs en bénignes ou en malignes.

Les tumeurs malignes se distingueront suffisamment des kystes du bassin par les symptômes graves qui les accompagnent, par leur marche rapide, par la cachexie qu'elles produisent, par les douleurs qu'elles provoquent indépendamment de celles qui résultent de la compression ou de la destruction des organes voisins.

Le cancer des parties molles peut siéger primitivement au vagin ou au rectum ; il occupe de préférence la muqueuse, où il constitue une tumeur dure, irrégulière, mamelonnée, ulcérée et déterminant un écoulement ordinairement fétide. Nous ne connaissons pas un cas qui ait prêté à quelque erreur de diagnostic.

Il n'en est pas de même des ostéo-sarcomes ou carcinomes et de quelques chondromes à forme cystique. Ils siègent avec une fréquence relative sur les os du bassin. Ces tumeurs ont une consistance dure ou molle, suivant qu'il s'agit d'une tumeur cartilagineuse ou sarcomateuse, centrale ou superficielle. Elles sont ordinairement inégales, fluctuantes par place, de forme ordinairement bosselée, de volume excessif, emplissant l'excavation pelvienne, adhérentes à l'os avec lequel elles font corps, envoyant parfois des prolongements plus mobiles, présentant souvent à leur superficie une crépitation parcheminée, des pulsations expansives et un bruit de souffle. Il est cependant possible que quelques-uns de ces signes si nets fassent défaut, et que le diagnostic présente des difficultés. Il faut alors recourir à la ponction ; elle donnera dans ces cas écoulement à du sang, à de la sérosité sanguinolente ou de consistance colloïde, ou pas d'écoulement du tout.

Les tumeurs solides bénignes intra-pelviennes présentent

avec les kystes du petit bassin quelques phénomènes communs : leur marche est lente, la santé des malades peut rester bonne ; elles sont indolentes ou ne provoquent des douleurs que par compression, à la façon des kystes.

Il n'est pas utile d'insister sur les exostoses et sur les calcs vicieux. On les reconnaîtra facilement à leur dureté et à leur immobilité.

Les chondromes sont des tumeurs circonscrites, parfois sphériques, mais plus souvent mamelonnées, d'une consistance à la fois dure et élastique, mais quelquefois inégale, surtout lorsqu'elles sont kystiques. L'inégalité de leur consistance par place ne se rencontre pas dans les kystes et permet d'éviter de les confondre avec eux.

Il n'est pas besoin d'insister sur les fibromes du vagin, qu'on devrait plutôt appeler polypes, parce qu'ils font toujours une saillie plus ou moins prononcée dans la cavité vaginale. Les kystes ne présentent jamais cette apparence. Les fibromes intrapelviens possèdent une forme, un volume, une consistance qui peut en imposer pour un kyste ; ils siègent habituellement sur les côtés du vagin, mais leur situation ne nous fournit pas un signe différentiel assez important pour qu'on en tienne grand compte. Leur consistance peut être très analogue à celle des kystes. Les fibromes sont, en effet, souvent ramollis pendant la grossesse. Nous avons insisté, d'autre part, sur la résistance que présentent certains kystes hydatiques, surtout au moment de l'accouchement, lorsque la tumeur est comprimée et tendue par la partie fœtale qui ne peut plus avancer. Les chondromes quelquefois, les fibromes plus souvent, peuvent donc être difficiles à reconnaître des kystes.

Dans ces cas de diagnostic difficile, il faudra recourir à la ponction exploratrice, qui lèvera tous les doutes. Dans les cas de tumeur solide, elle ne donnera aucun résultat ; dans le cas de tumeur cystique, elle donnera un liquide très différent de celui qu'on rencontre dans les kystes hydatiques, mais cependant pouvant être confondu avec le liquide contenu dans les kystes muqueux. Ce signe différentiel, valable pour les kystes hydatiques, aura donc moins d'importance comme signe distinctif des kystes du vagin.

Il est une dernière catégorie de tumeurs dont la nature est fort discutable, désignée sous le nom d'ostéostéatome. Nous en avons réuni sept observations. Si nous nous en rapportons au mémoire de M. Chapman (de Brooklyn) (*Cyr, Société médico-pratique*, 24 novembre 1880), il y a lieu d'établir leur diagnostic avec les tumeurs de l'excavation pelvienne.

Dans les deux cas de Chapman, la tumeur fut compatible avec une bonne santé de la mère, elle survint à un âge peu avancé (dix-huit ans et vingt-six ans), elle ne provoqua aucune douleur, elle se développa lentement (quatre ans dans le second cas), elle fut constituée par une tumeur globuleuse, immobile, présentant une résistance fibreuse, mais possédant en même temps un certain degré d'élasticité. Tous ces caractères peuvent être constatés dans un kyste du petit bassin. Pour faire le diagnostic, il fut nécessaire de pratiquer la ponction. Celle-ci révéla des symptômes très différents de ceux qui appartiennent aux kystes. La paroi de ces tumeurs, épaisse, fut difficile à ponctionner. La ponction ne fournit aucun écoulement liquide. Mais le signe important de ces tumeurs est que le trocart introduit dans leur intérieur put être déplacé dans tous les sens. L'incision de la tumeur permit d'évacuer une très grande quantité (un litre dans un cas) d'une substance grasseuse demi-liquide qui ne tarda pas à se figer à l'air. Ce ne serait donc qu'à l'aide de la ponction ou de l'incision et de l'évacuation du kyste qu'on pourrait distinguer ces ostéostéatomes des kystes du vagin.

Ces faits sont tellement extraordinaires et exceptionnels dans la pathologie du système osseux, que nous devons attendre la publication de nouvelles observations avant d'admettre d'une façon définitive une variété de tumeurs osseuses méritant une place nosologique spéciale sous le nom d'ostéostéatome. On ne pourrait, en effet, rapprocher de ces tumeurs que les tumeurs myéloïdes, qui correspondent aux tumeurs à médulloécèles ou à myéloplaxes de Robin. Elles s'en distinguent cependant essentiellement par leur pronostic toujours grave et leur marche ordinairement assez rapide et fatale.

C'est surtout avec les tumeurs liquides qu'on peut confondre les kystes du petit bassin. Nous ne connaissons aucun cas d'hématocèle intrapéritonéale pendant la grossesse. Quant au thrombus circonscrit du vagin, l'hématome, il n'existe pas. L'épanchement du sang débutant sous le vagin n'est pas circonscrit, il est aplati, latéral et ne tarde pas à s'étendre à la lèvre correspondante.

Les abcès, au cas où il en existerait des exemples, se reconnaîtraient facilement à la douleur et aux phénomènes inflammatoires qu'ils présentent.

C'est surtout avec les kystes de l'ovaire que le diagnostic offre de grandes difficultés. Ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence

de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche. Les signes proposés par Spencer Wells n'ont pas la valeur que cet auteur leur attribuait. Si la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou en un autre point du petit bassin, la détermination précise de la situation qu'elle occupe pourra permettre d'exclure l'idée d'un kyste de l'ovaire. Mais si la tumeur siège dans le cul-de-sac de Douglas, on ne pourra établir sa nature que par la ponction. Et cette ponction ne devra être faite que si elle est nécessaire pour lever l'obstacle opposé par la tumeur à la descente de la partie fœtale. Elle n'est, en effet, pas exempte de danger dans le cas où il s'agirait d'un kyste de l'ovaire, dépourvu d'adhérences péritonéales. Les adhérences ont toujours été constatées dans les cas de kystes hydatides du cul-de-sac de Douglas. La ponction du kyste hydatique n'aurait donc pas le pronostic fâcheux qui appartient à cette même opération dans les cas de kyste de l'ovaire.

Le kyste étant reconnu, il faudrait établir sa nature. Le diagnostic est d'ailleurs peu important au point de vue de la dystocie qui nous occupe. La ponction permettant de reconnaître la nature différente du liquide du kyste, l'élimination de membrane ou de vésicules hydatiques, quelquefois le frémissement hydatique sont les seuls signes différentiels que nous possédions pour distinguer les diverses variétés de kystes pelviens.

Nous avons supposé dans les considérations précédentes qu'il s'agissait d'un kyste hydatique vivant. Mais il peut être mort et alors présenter de la dégénérescence graisseuse ou être le siège d'inflammation et de suppuration.

Si le kyste présente de la dégénérescence graisseuse, on le confondra presque nécessairement avec une tumeur solide bénigne. L'ablation et l'examen anatomo-pathologique pourront seuls permettre de reconnaître sa nature.

Si le kyste est le siège de suppuration, il y aura presque nécessairement confusion avec un abcès. Le diagnostic ne pourra être établi que lorsque la membrane du kyste hydatique, des vésicules d'hydatides filles ou des crochets d'échinocoques seront expulsés et seront reconnus par l'inspection directe ou l'examen microscopique.

IV

Le pronostic des kystes du bassin comporte l'étude des troubles qu'ils occasionnent et des difficultés qu'ils apportent à l'accouchement.

Les troubles produits par ces tumeurs résultent des lésions des organes qu'ils occupent ou qu'ils compriment, des modifications qu'ils subissent.

Les troubles fonctionnels des organes qu'avoisinent les kystes du bassin sont peu marqués; la constipation, les troubles de la miction, la difficulté des rapprochements sexuels sont les symptômes le plus souvent et presque les seuls signalés dans les observations. Mais on conçoit cependant qu'ils peuvent comprimer des nerfs issus du plexus sacré et produire des douleurs.

Leur développement peut être régulier, rapide ou quelquefois tellement lent, que ces tumeurs pourraient être considérées comme stationnaires. Mais il peut, après un temps plus ou moins long où il a été très lent, devenir rapide; il peut avoir une marche irrégulière. J. Finsen indique qu'on observe l'accroissement rapide des kystes hydatiques dans le cours d'une maladie intercurrente. Il spécifie que la grossesse agit de la même manière. Mundé le signale de la façon la plus nette pour le kyste muqueux qu'il a eu l'occasion d'observer. Cette remarque n'est confirmée dans aucune des observations que nous avons réunies.

Les kystes peuvent mourir. Alors ils se résorbent, c'est un mode de terminaison qui paraît assez rare. Ils se transforment, subissent la dégénérescence graisseuse ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, ils suppurent. La grossesse ne détermine pas la mort des hydatides, elle semble au contraire favoriser leur accroissement. Dans quelques-unes de nos observations (Park, Roux, Pauls?) la tumeur paraît avoir été observée à plusieurs grossesses successives. L'accouchement à la suite des attritions que doit supporter un kyste du petit bassin, à la suite des opérations devenues nécessaires doit déterminer fréquemment la mort de l'hydatide et ses conséquences: peut-être la résorption ou la transformation, mais bien plutôt la suppuration.

Les kystes du bassin sont une cause importante de dystocie, et de tous leurs caractères, c'est leur volume dont il faut surtout tenir compte pour apprécier l'importance de

l'obstacle qu'ils peuvent apporter au dégagement de la partie fœtale.

L'influence du siège est moins importante. Nous avons indiqué que, soit que les kystes naissent des os, soit qu'ils prennent des racines solides dans le tissu cellulaire du petit bassin, soit qu'ils aient contracté des adhérences dans la cavité péritonéale, s'ils jouissent d'une certaine mobilité, celle-ci n'est jamais assez marquée pour permettre leur déplacement. Il ne faut pas compter qu'on puisse les refouler vers le détroit supérieur, au-dessus de la partie fœtale, ou les attirer hors de la vulve. S'ils mettent obstacle à l'accouchement, il faut faire disparaître l'obstruction qu'ils occasionnent par l'opération jugée convenable.

Le contenu du kyste n'est pas indifférent au point de vue du pronostic, mais sans ponction le diagnostic en est presque impossible. Si l'hydatide est unique, une simple ponction peut en affaiblir la paroi. Si l'hydatide contient des vésicules filles, il se peut que la ponction soit insuffisante. Peu importe qu'il s'agisse d'une acéphalocyste ou d'une tumeur à échinocoques. Si l'hydatide est morte et suppurée, l'ouverture de la poche crée un danger pour les suites de couches. On doit en effet redouter la présence d'un foyer purulent au voisinage des plaies nouvellement créées par le traumatisme obstétrical, et dans ce cas, les chances d'absorption de germes septiques. Si l'hydatide est transformée en une tumeur solide par la dégénérescence graisseuse, elle entre dans la catégorie des tumeurs solides et la détermination de sa nature ne peut se faire qu'ultérieurement.

Le volume du kyste surtout nous importe. Dans la plupart des cas que nous avons réunis, il était considérable. Nous avons déjà mis en garde contre la tendance qu'on aurait de considérer ce fait comme habituel. Lorsque le kyste est petit, le pronostic est bon. Le cas de Doléris et le nôtre en sont une preuve. Si nous en jugeons d'après les résultats consignés dans nos observations, le pronostic serait cependant sérieux, comme on peut en juger par le tableau suivant. Nous avons réuni 17 observations comprenant 24 accouchements :

L'accouchement fut prématuré (Pauls, Park), 2 fois.

L'accouchement fut difficile, mais spontané (Park, Roux, Mundé), 5 fois.

L'accouchement a nécessité l'application du forceps (Doléris, Porak), 2 fois.

L'accouchement fut spontané après ponction du kyste (Blot, Guéniot, Spæth), 3 fois.

L'accouchement fut spontané après ouverture du kyste (Park, Pauls, Mundé), 3 fois.

L'accouchement nécessita une application du forceps (Birnbäum), malgré la ponction ou l'incision du kyste, 2 fois.

L'accouchement nécessita l'emploi du crânioclaste (Wiener), 1 fois malgré la ponction du kyste ; mort.

L'accouchement nécessita des interventions obstétricales difficiles (Brill, Küchenmeister), 2 fois ; mort, 1 fois.

L'accouchement fut impossible (Cazeaux, Pintos Pasella), 2 fois ; mort, 2 fois.

On dut pratiquer l'opération césarienne (Puchelt, Sadler), 2 fois ; mort, 2 fois.

Sur ces 17 observations, les femmes succombèrent 6 fois.

Si l'on s'en rapportait à la statistique précédente, on devrait en conclure que le pronostic de la dystocie par les kystes du vagin, en particulier par les kystes hydatiques, est grave. Elle comporte 6 cas de mort (Puchelt, Sadler, Cazeaux, Wiener, Küchenmeister, Pintos Pasella). Cette gravité peut être discutée et atténuée bien certainement. Dans les deux observations de Puchelt et de Sadler, il y eut erreur de diagnostic, on crut à une tumeur solide et on pratiqua l'opération césarienne. On sait que cette opération dans la première moitié de ce siècle était presque toujours mortelle. N'aurait-on pas pu éviter de recourir à cette opération par un traitement mieux approprié ? Les renseignements cliniques sont nuls ou insignifiants dans les observations de Cazeaux et de Küchenmeister. Dans le cas de Wiener, on avait affaire à des kystes très volumineux, multiples ; le travail fut très long, on pratiqua tardivement des ponctions multiples et par diverses voies, on dut extraire péniblement le fœtus à l'aide du crânioclaste : cette observation relate des difficultés exceptionnelles. Ces faits doivent se reproduire très rarement. Il faut cependant citer que sur les 18 observations de Freund, 10 ont été constatées à l'autopsie.

Quant aux accidents observés pendant les couches, ils sont indiqués dans les cas de Park, de Birnbäum, de Brill, de Doléris et dans le nôtre. Dans la plupart des autres observations, il n'y a aucun détail à propos des suites de couches et on ne peut pas affirmer qu'elles ont été normales. Enfin les accidents peuvent être tardifs, comme dans notre observation, et passer inaperçus. Par analogie, on peut admettre que dans les autres cas des accidents ont pu se produire tardivement et ont

été méconnus. Les accidents observés s'expliquent ordinairement par le volume exagéré de la tumeur, par les interventions obstétricales longues et difficiles qu'on a été obligé d'entreprendre.

On se ferait cependant une idée exagérée du mauvais pronostic de cette affection en tenant un compte trop rigoureux des chiffres indiqués plus haut. Certainement le pronostic doit être réservé. Mais les cas de kystes peu volumineux, sans hydatides filles, doivent être plus fréquents qu'il ne le semble d'après les observations que nous avons compulsées. Ces cas bénins seraient de nature à donner une idée générale du pronostic beaucoup plus favorable. Nous pensons de plus qu'une intervention bien comprise doit abaisser considérablement la léthalité et atténuer la gravité de cette cause de dystocie.

V

Quel traitement devons-nous instituer dans le cas où une femme enceinte ou en travail présente à notre observation un kyste du petit bassin ?

Pendant la grossesse, nous avons à nous poser les indications de l'expectation ou de l'opération.

L'expectation ne doit pas être conseillée. L'opération présente, comme tous les traumatismes, des inconvénients pendant la grossesse. Mais ils ne sont pas assez considérables pour qu'on coure les risques sérieux et inévitables d'une opération devenue urgente au moment du travail. Il est, de plus, probable que les kystes augmentent de volume pendant la grossesse et qu'une opération sera, pendant cette période, d'autant moins importante, qu'on tardera moins à la pratiquer.

L'opération consiste en la ponction ou en l'incision.

La ponction peut être unique ou répétée, simple ou accompagnée d'injections irritantes ou anti-helminthiques. La ponction unique et simple détermine ordinairement la mort de l'hydatide, mais rarement sa résorption. Elle est suivie de la dégénérescence graisseuse ou de la suppuration, qui présentent toutes deux des conséquences à craindre. La dégénérescence graisseuse peut transformer la tumeur hydatique en une tumeur, peut-être plus petite, mais dont l'obstacle au moment de l'accouchement est plus à redouter. La suppuration présente des inconvénients sur lesquels il n'est pas

nécessaire d'insister. Assez rarement on a la chance d'obtenir la résorption du kyste ; plus rarement encore la ponction est inutile, parce qu'elle n'atteint pas forcément toutes les vésicules et que l'une d'elles peut continuer à vivre et à se développer. Malgré ces conséquences fâcheuses, c'est cependant à la ponction qu'il faudra recourir dans le cas où le kyste est élevé et où une opération plus radicale serait dangereuse et par conséquent contre-indiquée.

Si la tumeur est située très bas, s'il est facile de la circonscire, on devra pratiquer l'incision suffisamment large pour que l'hydatide mère et les hydatides filles puissent être enlevées. Cette conduite a été suivie avec succès par Mundé dans le cas de kyste muqueux qu'il a observé. Elle n'a jamais été tentée dans les observations de kystes hydatiques que nous avons rapportées.

Au moment du travail, l'indication urgente de diminuer le volume du kyste qui fait obstacle, s'impose. Il ne s'agit plus de traiter le kyste, il s'agit d'extraire l'enfant en faisant courir le moins de risque à la mère. Nous pouvons hésiter entre l'opération obstétricale indiquée sans opération du kyste ou l'opération du kyste : ponction ou incision avec ou sans opération obstétricale.

Mais la ponction n'est pas exempte de danger. Nous avons vu que l'hydatide pouvait continuer à vivre lorsque l'accouchement se terminait spontanément ou artificiellement, sans intervention directe sur la tumeur. Aucun cas ne nous permet d'affirmer certainement que la ponction a été suivie de la guérison et de la continuation de la vie de l'hydatide. Les malades n'ont pas été suivies assez longtemps après leur accouchement pour qu'on admette définitivement la guérison, quoique ce mode de terminaison soit souvent indiqué. Ce que nous savons des résultats habituellement obtenus à la suite de la ponction, des conditions mauvaises de cette opération exécutée pendant l'accouchement, nous fournit quelques raisons de supposer que la guérison n'est ordinairement pas obtenue. Pour n'en donner qu'une preuve, nous aurions pu considérer la femme que nous avons observée, comme dans un état fort satisfaisant, au moment où elle a quitté notre service, seize jours après son accouchement. Le hasard seul nous fit savoir qu'il n'en était rien, et qu'une suppuration tardive s'était emparée du kyste. La possibilité de ces accidents tardifs nous met en garde contre les résultats heureux ordinairement annoncés. Il n'est certes pas impos-

sible que la ponction du kyste entraîne la mort de l'hydatide ; mais il est aussi possible qu'une hydatide fille ayant échappé au traumatisme, se développe ultérieurement pour son compte. Si l'hydatide est morte, elle se résorbe, le plus souvent suppure, ou présente de la dégénérescence graisseuse. La suppuration, terminaison ordinaire de la ponction, aboutit donc à un abcès qui peut s'ouvrir plus ou moins longtemps, quelquefois plusieurs mois après l'accouchement.

Wiener et Freund insistent sur l'importance de ponctionner le kyste par le vagin et non par le rectum. L'introduction des germes septiques serait moins facile dans le premier cas que dans le second cas. Nous ne comprenons pas comment une ponction capillaire faite dans un organe plutôt que dans l'autre favoriserait la pénétration dans le kyste d'éléments qui imprimeraient à sa marche ultérieure des caractères plus fâcheux. Les observations que nous avons recueillies ne justifient pas cette opinion.

Néanmoins la ponction est une opération bien moins périlleuse que l'incision ; on devra donc la préférer au moment de l'accouchement. Mais elle n'est pas exempte de danger. Ainsi serait-il mieux, si cela était possible, de ne pas y recourir et de pratiquer d'emblée l'intervention obstétricale indiquée, sans aucune opération du kyste. L'indication de cette opération pourrait être posée ultérieurement, après la période puerpérale.

Si la tumeur n'est pas assez volumineuse pour mettre un obstacle absolu à l'accouchement, on ne devra tenter aucune opération sur le kyste et laisser l'accouchement se terminer spontanément ou le terminer artificiellement à l'aide de l'opération obstétricale indiquée, le plus souvent à l'aide d'une application de forceps. Cette conduite trouve sa justification dans les cas de Park, de Roux, de Pauls (?). Ces faits nous montrent que l'accouchement n'a pas empêché l'hydatide de vivre, puisqu'elle a continué de se développer au point de mettre un obstacle insurmontable à un accouchement ultérieur. C'est la conduite qui a été suivie dans l'observation de Doléris et dans la nôtre. Il faut se garder de créer pendant le travail une voie d'absorption aux germes septiques, la réceptivité des parturientes pour ces germes est, en effet, portée au plus haut degré. Mais si on soupçonne que l'accouchement ne peut pas se faire sans rupture du kyste, il vaut mieux le ponctionner ou l'inciser. On se rendra naturellement compte de cet obstacle à la résistance éprouvée pendant l'extraction du fœtus. Il faudra donc être très modéré dans les manœuvres

opératoires. Il faut se souvenir que dans notre cas le kyste s'est rompu, quoique nous ayons déployé très peu de force. C'est cependant un diagnostic toujours difficile à établir que la détermination du volume que ne doit pas atteindre un kyste pelvien, pour ne pas mettre obstacle à l'accouchement. Si l'enfant était mort, l'indication de l'embryotomie serait posée et celle-ci permettrait plus facilement l'extraction de l'enfant sans qu'on soit obligé d'agir directement sur le kyste.

Si la tumeur est incontestablement trop volumineuse pour permettre l'accouchement spontané ou artificiel, si après une intervention obstétricale prudente et modérée, on a acquis la conviction que le kyste ne s'aplatira pas, ne s'affaissera pas assez pour permettre l'extraction du fœtus, que sa rupture est à craindre, il faut alors certainement recourir à la ponction ou à l'incision du kyste.

L'incision est rarement indiquée. Cette opération a pour conséquence d'ouvrir une large porte d'entrée aux germes septiques. Le volume et le siège élevé de la tumeur peuvent rendre l'opération difficile et dangereuse. Celle-ci n'est justifiée que dans le cas où le kyste contient de très nombreuses hydatides filles, où la ponction n'aurait amené qu'un affaissement insuffisant de la tumeur.

C'est à la ponction qu'il faudra toujours recourir d'emblée. Quelquefois elle suffira, même si le kyste contient des hydatides filles peu nombreuses ou peu volumineuses, à plus forte raison si le kyste est unique. Il en résultera un affaissement suffisant de la tumeur pour que la tête, si elle se présente, s'engage profondément. Ce résultat favorable a été observé dans la plupart des observations. Il n'y a donc aucun intérêt à attendre. La ponction devra être faite de bonne heure. Le plus souvent cependant elle a été pratiquée trop tardivement. Elle n'est pas toujours responsable des mauvais résultats, spécifiés dans quelques cas. Souvent alors la malade était exténuée par un travail prolongé; l'utérus inerte n'était plus capable de suffire à la terminaison spontanée du travail, il fallut recourir à des interventions obstétricales longues, pénibles, exceptionnelles.

Biblioteka Główna
WUM

Biblioteka Główna WUM

Br.6684



000029247



www.dlibra.wum.edu.pl