

plénitude et de pesanteur dans le bassin. Si l'on examine, on trouve que les parties extérieures sont tuméfiées et comme meurtries. En renversant les grandes lèvres et en entr'ouvrant légèrement le vagin, on trouve des traînées rouges plus accusées, et, par place, une sensibilité plus accusée. Quand l'écoulement rouge a cessé, il se produit un écoulement blanc, épais et puriforme.

§ II. — Terminaison.

1° *Par résolution.* — Si la maladie est combattue dès le début, elle cède sans laisser de trace : la douleur, l'inflammation, diminuent rapidement et disparaissent.

2° *Par suppuration.* — Si l'inflammation est opiniâtre, on voit, au bout de quelques jours, la membrane muqueuse devenir à vif. Les plaies varient comme étendue : il peut n'y en avoir que sur les points où il y a eu pression violente ou, comme nous l'avons observé, il y a peu de temps, tout le vagin peut s'ulcérer. En général, ces ulcérations ne sont pas profondes, excepté quand elles siègent en arrière de la vessie ou à la surface inférieure de l'urèthre, et il n'est pas rare que les ulcérations portant sur ces points donnent lieu à des fistules. Quelquefois, moins fréquemment, l'ulcération siège en arrière, et il y a fistule recto-vaginale. Quant au mode de guérison, elle se fait par des cicatrices irrégulières, disposées en travers du vagin, ou sous forme d'anneaux circulaires ou en spirale. Ces cicatrices diminuent le calibre du vagin, rendent les rapports sexuels difficiles, douloureux, ou même impossibles, et peuvent empêcher complètement le passage de l'enfant dans un second accouchement. Ce n'est que par des soins extrêmes et une surveillance très attentive pendant la guérison des plaies du vagin, que ces résultats désagréables peuvent être empêchés.

3° *Par la gangrène.* — Si la pression a été très considérable, les parties qui y ont été le plus exposées se mortifient et forment eschare. Quand ces eschares tombent, on peut se trouver en face d'une fistule vésico-vaginale, et, pendant la guérison de la plaie, il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se former des cicatrices circulaires très nuisibles. Il est beaucoup plus rare que le rectum se perforé.

§ III. — Traitement.

Dans la période inflammatoire, le traitement doit être antiphlogistique, variable comme énergie, suivant l'intensité de l'inflammation. Il peut y avoir à mettre des sangsues à la vulve. Les purgatifs salins sont très utiles. Deux ou trois fois par jour, il faut faire des fomentations sur les parties extérieures et, dans les intervalles, appliquer un cataplasme sur la vulve. Deux ou trois fois par jour aussi, on pourra faire des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou une dé-

coction tiède de racine de guimauve. Le médecin doit faire lui-même ces injections, à moins qu'il ne puisse compter entièrement sur la garde. Une fois que les eschares sont tombées, il faut examiner avec soin, tous les deux jours, afin de se rendre compte des progrès de la guérison, et, quand les surfaces commencent à se couvrir d'une membrane nouvelle, il faut prendre des précautions pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Pour arriver à ce but, il suffit de l'introduction répétée de bougies. D'abord, on introduira, soir et matin, une bougie très fine, bien huilée, et il faudra, chaque fois, la laisser en place pendant un quart d'heure. Plus tard, à mesure que la sensibilité diminue, on augmente le diamètre de la bougie : on l'introduit plus souvent et on la laisse plus longtemps en place. Les injections tièdes seront continuées ; mais, de temps en temps, il faut remplacer l'eau et le lait par un liquide légèrement astringent. Si l'on poursuit, d'une manière continue, ce mode de traitement, on arrive, dans la plupart des cas, à empêcher le rétrécissement du vagin. Si l'état général l'indique, une fois l'inflammation calmée, il faudra prescrire des toniques et un régime fortifiant. Quant au traitement des fistules vésico-vaginales, ou recto-vaginales, nous en parlerons plus tard.

CHAPITRE IV

RUPTURE DE L'UTÉRUS (1)

§ I. — Fréquence.

Ce terrible accident n'a été pendant bien longtemps connu que des

(1) BIBLIOGRAPHIE : Hippocrate, *Œuvres*, trad. Litré, *Épidémies*, liv. V, § 103, et liv. VII, § 48. — Pistor, *De fœtu erupto utero in abdomen prorumpente*, 1716. — Crantz, *Comm. de rupto utero*. Viennæ, 1756, p. 78. — Levet (A.), *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4^e édit., in-8, 1770. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales commentées* par le Rouge. Paris, 1784, in-12. — Deneux, thèse. Paris, 1804. — Percy, *Cas de rupture de l'utérus* (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, p. 348). — Bell (Ch.), *Action of the uterus producing rupture* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. XIV, p. 344). — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 158, 172 et 187. — Dupré-Latour, *Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine* (*London medical and surgical Transactions, et Transactions médicales*, t. XII, p. 78). — Garthshore, *Med. Journ.*, t. VIII, p. 334. — Green, *Case of the extraction of a living fœtus from a woman killed by violence* (*Medico-chirurgical Transaction*, 1822, t. XII, p. 47). — Underwood, *London med. Journal*, t. VII, p. 321. — Wilson, *Annals of med.*, t. II, p. 317, et t. IV, p. 401. — Goodsir, *Annals of med.*, t. VII, p. 412. — Smith, *Case of rupture of the uterus successfully treated* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1821, t. XIII, p. 373). — Macartney, *Dublin Journal*, t. VII, p. 412. — Mombert, *Rupture de la matrice produite par l'inégalité d'épaisseur des parois* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1833, t. I, p. 153). — Pereira et Lasserre, *De l'abus des manœuvres obstétricales* (*Archives générales de Médecine*, 1843, 4^e série, t. I, p. 17 et 129). — Thomas Mitchel, *Observation de rupture de l'utérus traitée avec succès* (*Archives générales de Médecine*, 1843, 4^e série, t. II, p. 105). — Dubois (Paul), *Rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, infiltration purulente et amincissement d'une grande portion des parois*

accoucheurs, il n'arrive pas cependant absolument qu'au moment de l'accouchement, il peut se produire également pendant la grossesse ou même à toute autre période de la vie (1). La table suivante indiquera la fréquence de cet accident.

Auteurs.	Nombre des accouchements.	Cas de rupture.
Joseph Clarke.....	10387	8
Merriman.....	2947	1
M'Keever.....	8600	20
Collins.....	16654	34
Picaud.....	4180	2
F. H. Ramsbotham.....	68435	13
Toogood.....	1135	4
K. Watson.....	800	3
M'Clintok et Hardy.....	6634	9
Johnston et Sinclair.....	13748	17

Si l'on fait le total, on voit donc que sur 133 520 malades il y a 111 cas de rupture ou à peu près 1 pour 1203. Burns (2) dit en avoir trouvé une fois sur 940.

Cet accident se présente rarement dans les premières grossesses. Sur les 8 cas de Joseph Clarke, il y en eut 1 à la deuxième grossesse, 1 à la troisième, 2 à la quatrième, 1 à la septième, 1 à la huitième, 1 à la neuvième. Dans les faits de M'Keewer, 4 femmes avaient eu 2 enfants, 5 en avaient eu 3; 4 en avaient eu 6; 2 en avaient eu 7; 2 en avaient eu 8; une en avait eu 9. Parmi les faits de Ramsbotham, 2 femmes en étaient à une deuxième grossesse, 1 à la quatrième, 3 à leur septième. Sur les 34 cas de Collins, 7 femmes étaient primipares, 6 étaient à leur deuxième enfant, 6 à leur troisième, 2 à leur quatrième, 2 à leur cinquième, 5 à leur sixième, 1 à son huitième, 1 à son neuvième, 2 à leur dixième, 2 à leur onzième. Dans le fait de Cathral (3) il s'agissait d'une première grossesse. Une malade de Sims (4) avait eu plusieurs enfants. La femme de Hooper en était à sa quatrième grossesse (5); celle de Kite à sa deuxième (6); celle de Fritzell à sa sep-

utérines (Journal complémentaire, 1841, t. XLI, p. 280; Dictionnaire de médecine en 30 volumes, article UTERUS (Rupture de l'), 1846, t. XXX, p. 314). — Miller, *Edinburgh Journal*, t. XXXI, p. 444. — Duparcque, *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus*. Paris, 1836, p. 164. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. XI^e livr., pl. vi, fig. 2. — Dezeimeris, *Mém. sur les ruptures de matrice* (Journal l'Expérience, 1838, t. III, p. 241). — Tardieu, *Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée* (Annales d'Hygiène, 1848, 1^{re} série, t. XXXIX, p. 157). — Taurin, thèse. Paris, 1853. — Poitevin, thèse. Paris, 1859. — Mattei, *Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1860. — J. Jolly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*. Thèse. Paris, 1870.

(1) Je recommande à l'attention du lecteur une monographie excellente sur ce sujet par le docteur Trask (*American Journal of med. Science*, janvier et avril 1848).

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 300.

(3) Cathral, *Med. facts and obs*, vol. VIII, p. 146.

(4) Sims, *ibid.*, p. 150.

(5) Hooper, *Mem. of med. Soc.*, vol. II, p. 118.

(6) Kite, *ibid.*, vol. IV, p. 123.

tième (1); celle de Powell à sa première (2): les malades de Birch (3) en étaient à leur troisième grossesse. La femme de Partridge (4) en était à son septième enfant.

Ainsi, sur 75 cas, 9 fois la rupture s'est produite pendant la première grossesse, 14 fois pendant la deuxième, 13 fois pendant la troisième, et 37 fois à une quatrième ou à des grossesses subséquentes.

Dans la collection des faits de Trask, la rupture s'est produite 24 fois pendant la première grossesse; 18 fois pendant la seconde; 17 fois pendant la troisième; 24 fois pendant la quatrième; 18 fois pendant la cinquième; 16 fois pendant la sixième; 9 fois pendant la septième; 5 fois pendant la huitième; 5 fois pendant la neuvième; 9 fois pendant la dixième; 8 fois pendant la onzième; 3 fois pendant la douzième; 2 fois pendant la treizième, et plusieurs fois pendant la dix-septième grossesse.

§ II. — Causes.

Diverses causes peuvent donner lieu à ces ruptures: elles peuvent se produire à diverses époques.

I. *Pendant la grossesse.* — La forme de grossesse intra-utérine, désignée sous le nom de *grossesse interstitielle*, peut donner lieu à la rupture. L'œuf, au lieu de passer directement de la trompe de Fallope dans la cavité utérine, est retenu dans les interstices des fibres utérines où il se développe et atteint un certain volume. A mesure que le développement de l'œuf a lieu, la portion extérieure des parois utérines devient graduellement plus mince par suite de l'absorption, phénomène analogue à celui qui se passe dans les abcès: à la fin ces parois se perforent et le fœtus est précipité dans l'abdomen. On se trouve alors en face d'une grossesse extra-utérine (5).

La rupture peut aussi être le résultat d'une maladie comme dans les cas de Else et de Spark (6); d'un ramollissement ou d'un abcès dans les parois comme dans les cas rapportés par Duparcque (7). Une violence accidentelle, un coup, une chute, une grande fatigue, peuvent

(1) Fritzell, *Trans. of Association*, vol. II, p. 15.

(2) James Powel, *Rupture of the uterus and subsequent recovery of the patient* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XII, 2^e partie, p. 537. London, 8 juillet 1823).

(3) William Birch, *History of two cases of laceration of the uterus during labour after which one of the women survived nearly eight weeks, and the other perfectly recovered; with some general remarks* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XIII, 2^e partie, p. 357. London, 5 juin 1827, et *Archives générales de Médecine*, 1^{re} série, t. XIX, p. 98).

(4) Partridge, *A case of sudden illness in advanced pregnancy, terminating in the delivery of swins and death; with an account of a singular laceration of the peritoneal coat of the uterus, as detected on the post mortem examination* (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XIX, p. 72. London, 13 mai 1834).

(5) *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.

(6) Spark, *ibid.*, vol. III, p. 218.

(7) Duparcque, *Maladie de la matrice; histoire des ruptures et déchirures de l'utérus*. Paris, 1839, p. 15, 16.

y donner lieu. Quelquefois l'accident est produit sans aucune cause appréciable, la malade est réveillée brusquement par une douleur très violente qui est le seul symptôme de la rupture. C'est ce qui s'est passé dans les cas rapportés par Scott de Blomley (1) et par Glen de Bromptin (2).

Cet accident a été attribué à la contraction irrégulière des fibres utérines. Dans un fait relaté par Kinlay de Paisley, on ne put découvrir aucune cause. La femme était enceinte de quatre mois, la déchirure se produisit au fond de l'utérus, et la mort eut lieu en quelques heures par suite d'une hémorrhagie qui se fit dans le péritoine (3).

II. *Pendant le travail.* — 1° Si l'utérus a été atteint d'inflammation pendant la grossesse, ses tissus peuvent avoir été tellement affaiblis ou désorganisés qu'ils ne peuvent plus supporter la moindre contraction ni la moindre pression. Steidèle (4) rapporte un cas de rupture à la suite d'une gangrène. Murphy (5) a publié un très bon mémoire sur cette cause de rupture, l'utérus était aminci, atrophié, ou ramolli comme structure. Duparcque (6) cite des cas d'amincissement et de ramollissement des parois utérines par squirrhé et gangrène. Trask dit que sur 49 cas qu'il a réunis, 10 fois l'utérus était sain, 14 fois il était aminci, 14 fois il était ramolli, une fois il était aminci et ramolli, 4 fois il était ramolli et épaissi, une fois il n'était qu'épaissi, et enfin dans 3 cas il était atteint d'affections diverses. Quelquefois le siège de la déchirure correspond exactement au point où s'est fait sentir la douleur. Tyler Smith croit que dans beaucoup de cas une violente contraction utérine est la cause de la rupture, la cause prochaine étant une émotion ou une action réflexe.

La période à laquelle la rupture peut se produire par suite de cette cause variera notablement. Ce peut être au début du travail, avant la rupture des membranes ou bien pendant le passage de la tête à travers le bassin ou après la délivrance.

2° Un certain degré de rétrécissement du détroit supérieur peut donner lieu à la rupture : la cause est alors toute mécanique. La tête de l'enfant est poussée violemment contre le détroit, mais ne peut passer. Si dans cette situation, les douleurs continuent avec une grande énergie, la tête est poussée d'un côté ou de l'autre, ou même postérieurement et le seul obstacle étant alors les parties utérines ou vaginales, elle est violemment chassée à travers ces parois par le point le plus faible. Les femmes qui ont eu plusieurs enfants offrent généralement

(1) Scott, *Med. repository*, vol. VII.

(2) Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition appendix*. London, 1826.

(3) Kinlay, *Glasgow med. Journ.*, n° 35, octobre 1861.

(4) Steidèle, *Diss. et rupt. in partu dolor. utero.*

(5) Murphy, *Dublin Journal of med.*, vol. VII, p. 198.

(6) Duparcque, *Histoire des ruptures de l'utérus*. Paris, 1839.

le moins de résistance. Dans un des faits de Clarke, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne comptait que 9 centimètres, deux autres fois 10 centimètres à peu près. Dans le fait n° 18 de Douglas, le bassin ne mesurait que 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur ; dans un autre, immédiatement en arrière de la symphyse, il y avait une crête saillante au niveau de laquelle se trouvait la déchirure. Dans un des faits de Collins, le même diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres. Ramsbotham dit qu'il n'a jamais vu un cas de rupture sans qu'il n'y ait eu contraction. Robertson (1) a réuni 37 cas de rupture, par causes diverses, dans lesquels il y avait une diminution des diamètres du bassin.

On a expliqué de diverses manières le mode d'action de cette contraction. Dewees attribue la rupture à l'inflammation et à la gangrène. Denman à la pression et à l'attrition des tissus. Burns à la pression du col entre le bassin et la tête de l'enfant. Ramsbotham à l'amincissement des parties, par suite de pression et d'inflammation consécutive. Cependant si ces causes sont réelles, il devrait y avoir plus souvent rupture du col que de toute autre région. Le sexe de l'enfant doit jouer un rôle important : les enfants mâles ont en général des têtes plus grosses. Maintenant, des vingt cas qui ont été mentionnés par M'Kewer, il y avait 15 enfants mâles et 5 du sexe féminin. Des 34 cas de Collins, il y avait 23 enfants mâles. Le résultat produit par le volume inaccoutumé d'une tête d'enfant est encore plus saillant quand l'enfant est hydrocéphale, comme dans les faits rapportés par Campbell, Collins, Lord, Ramsbotham, Chann, etc.

Cet accident survient à tout âge : il est cependant plus fréquent après trente ans qu'avant. Collins a vu 1 malade ainsi atteinte à seize ans, une autre à vingt et un ans ; une autre à vingt-quatre ans ; 3 à vingt-cinq ans ; 2 à vingt-six ans ; 1 à vingt-sept ans ; 3 à vingt-huit ans ; 1 à vingt-neuf ans ; 7 à trente ans ; 2 à trente-deux ans ; 1 à trente-trois ans ; 1 à trente-quatre ans ; 3 à trente-cinq ans ; 5 à trente-six ans ; 1 à trente-sept ans, 1 à quarante ans.

3° La position oblique de l'utérus ou de la tête de l'enfant, par rapport au bassin, a été donnée comme cause : la pression s'exerce alors sur un seul point du col utérin et du vagin.

4° Les tissus de l'utérus peuvent céder avant ou pendant le travail ; peut-être par suite d'une maladie antérieure ; peut-être aussi par suite d'une particularité dans la structure ; quelquefois sans cause appréciable. Sir Charles a publié un fait dans lequel la membrane péritonéale d'enveloppe de l'utérus fut seule rompue ; et depuis, des faits semblables ont été cités par Partridge, White (2), Ramsbotham, Chalton et Davis. Collins a vu aussi un fait de ce genre. Radford a pu-

(1) Robertson, *Physiology and disease of women and on midwifery*, p. 292.

(2) White, *Dublin Journal of med. Sciences*, juillet, 1834.

blié deux faits, dans lesquels la couche musculaire était déchirée, pendant que la membrane séreuse, persistante, restait intacte. Ramsbotham a observé un cas presque identique : Collins en a vu qui sont identiques. Duparcque (1) rapporte un cas et Velpeau deux. Il y a plusieurs années, nous avons assisté à l'autopsie d'une malade qui avait eu les symptômes d'une rupture de l'utérus. Elle avait été prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen avec vomissement et collapsus profond. Elle mourut en quelques heures. On ne trouva de rupture sur aucun point ; mais il y avait un épanchement de sang considérable en dessous du péritoine, en avant de l'utérus et dans la fosse iliaque. Les accidents provenaient probablement de la rupture d'un vaisseau sanguin. Il y avait aussi 12 ou 14 onces de fluide séro-sanguin dans la cavité péritonéale. Quoique l'étendue des désordres soit moins considérable en pareil cas, ils peuvent cependant entraîner une terminaison fatale.

5° La rupture de l'utérus peut être produite par une violence, pendant la version, et dans certains états du col, cet accident peut se produire sans qu'il y ait faute de l'accoucheur.

6° La rigidité ou l'imperforation du col utérin peut encore produire la déchirure. On a rapporté plusieurs cas, dans lesquels le col utérin a été complètement déchiré pendant le travail. Steidele, Scott (de Norwich), Kennedy, Power, Lever, ont chacun rapporté des cas semblables, et nous en avons vu un nous-même. Il semble que le ramollissement et le déchirement de l'utérus soient produits par la pression de l'organe contre le bassin.

7° L'occlusion partielle ou complète du vagin a, dans un grand nombre de cas, donné lieu à la rupture du col et du corps de l'utérus.

8° Cette rupture peut enfin être causée ou aidée par certaines présentations, mais cette cause est assurément extrêmement rare, les présentations anormales étant l'exception.

La durée du travail a été considérée comme pouvant donner lieu à la rupture ; mais Trask a montré que c'est une erreur. Sur 89 cas de rupture, 48 fois le travail n'avait pas duré plus de douze heures en moyenne ; pour les autres cas, le travail avait été de vingt et une heures. Dans la majorité des cas de Robertson, le travail avait duré moins de treize heures.

Dans les onze cas de rupture observés à la Maternité, de 1848 à 1858, on a trouvé 7 fois le bassin vicié, 3 fois une présentation vicieuse qui a exigé des manœuvres chirurgicales, enfin 1 fois une altération des tissus utérins.

Parmi les causes directes, on compte : les coups, les chutes, la colère, les convulsions, les mouvements excessifs de l'enfant, la dis-

(1) Duparcque, *Rupture de l'utérus*. Paris, 1839.

tension exagérée, etc. Dans un cas, Malgaigne (1) attribue cet accident à l'administration intempestive de l'ergot de seigle. Trask rapporte quatre cas de ce genre.

Il est bon d'ajouter ici qu'en réalité les ruptures spontanées de l'utérus sont rares. La statistique, dit Tardieu, met ce fait hors de doute (2). Clarke et Powel ont compté seulement 20 ruptures sur 8,600 accouchements et Simpson, 24 sur 15,823 ; madame Lachapelle en rencontra 1 ou 2 par an sur 2,000 à 2,500 accouchements. Je dois, ajoute Tardieu, à l'obligeance d'Alex. Wieland une statistique beaucoup plus complète et bien autrement décisive, celles des ruptures de l'utérus observées à la Maternité de Paris pendant vingt années. De 1839 à 1848, sur un total de 31,550 accouchements, il ne s'est pas produit un seul cas de rupture de la matrice ; de 1848 à la fin de juin 1852, sur 28,299 accouchements, il y a eu 11 ruptures de l'utérus ainsi réparties : 1 en 1848, 2 en 1850, 1 en 1851, 1 en 1853, 2 en 1854, 1 dans chacune des quatre années qui suivent. Toutes ces ruptures se sont produites pendant le travail de l'accouchement. Cette statistique est donnée par Tardieu pour montrer la grande rareté des ruptures spontanées de l'utérus, et pour en arriver à cette conclusion que dans les cas où l'origine et la nature de la lésion peuvent être suspectes, le médecin légiste devra se montrer sévère dans ses appréciations, surtout s'il s'agit de faits observés à une époque éloignée du terme de la grossesse.

J. Jolly pense que les ruptures spontanées ne sont pas aussi rares que l'a avancé Amb. Tardieu, et il s'efforce de démontrer qu'on ne peut trouver dans le siège, la direction et surtout la forme de la plaie des signes distinctifs suffisants pour reconnaître si une rupture s'est faite spontanément, ou a été produite par des manœuvres (3).

III. *A une période avancée de la vie.* — La structure du col de l'utérus est notablement changée avec l'âge. Il devient dur et presque cartilagineux ; le canal qu'il traverse se rétrécit et quelquefois même s'oblitère. En pareil cas, les mucosités s'amassent, distendent la cavité, les parois s'amincissent, se résorbent, jusqu'à ce qu'une ouverture se produise, ouverture qui établit une communication avec le sac péritonéal.

Duparcque rapporte deux cas de ce genre : il peut encore en être ainsi à un âge moins avancé ; c'est ce qui arriva chez la malade de Guzzo (de Naples), laquelle n'avait que trente-huit ans.

(1) Malgaigne, *Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 60.

(2) Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*, 3^e édition. Paris, 1868.

(3) J. Joly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*. Thèse, 1870.

§ III. — Pathologie.

Quand la déchirure est un phénomène morbide, elle peut se produire sur un point quelconque de l'organe, et en général elle correspond au siège affecté par la douleur. Sur les bords de la déchirure, le tissu est aminci, ramolli, il devient pulpeux et se déchire facilement sous le doigt. La coloration même est changée, elle devient d'un rouge intense et brunâtre, et parfois l'écoulement est fétide.

Quand la déchirure est le résultat de causes mécaniques, elle a lieu ordinairement près du col, et comprend tout à la fois l'utérus et le vagin. Elle peut siéger sur la paroi antérieure ou postérieure de l'organe ou sur l'un des côtés. Dans six des cas de Jos. Clarke, la déchirure était antérieure, dans un seul elle était postérieure.

Dans les cas de Sims et Hooper, elle était antérieure. Dans la collection considérable de Trask, on voit que parmi les cas qui se produisirent pendant la grossesse, il y eut la plus grande variété comme siège, comme étendue, etc.

Parmi les cas qui se produisirent pendant l'accouchement il y eut encore de très grandes différences aux mêmes points de vue : tantôt la déchirure était à droite ou à gauche, tantôt elle intéressait le col seul, tantôt le corps et le fond de l'utérus, tantôt la vessie (1). Dans un des cas de Robertson, le col était séparé du vagin (2) ; dans 8 cas, la déchirure était antérieure ; 11 fois elle était postérieure ; 5 fois elle était latérale, etc. (3).

Comme direction, la déchirure peut être à peu près perpendiculaire : elle peut incliner d'un côté ou être transversale. Dans ces cas, la structure de l'utérus est à peine altérée ; la texture est ferme, la couleur naturelle, excepté au point où il y a des ecchymoses. Les bords de la plaie sont inégaux et dentelés quelquefois, mais rarement la vessie participe à la déchirure (4).

Quand la membrane séreuse seule est blessée, on trouve plusieurs petites incisions semblables à des scarifications, d'un quart à un demi-pouce de largeur, et de 1 à 2 lignes de profondeur, ou bien encore des déchirures moins nombreuses, mais plus larges. Elles sont presque toujours courbes avec leur convexité tournée du côté du fond de l'utérus ; elles peuvent être situées sur la partie antérieure, ou sur la partie postérieure de l'organe. Dans tous les cas dont nous

(1) *American Journ. of med. Sciences*, avril 1848, p. 393.

(2) Dans un très grand nombre de cas, parmi les ruptures observées à la Maternité, les ruptures portaient sur le point de jonction du col avec le vagin.

(3) Robertson, *Phys. and diseases of women and midwifery*, p. 312.

(4) Sousas Ferras, *Rupture de l'utérus et de la vessie dans un cas d'accouchement, et passage du fœtus dans la vessie* (*Memor. di Math. e Phys. d. Academia delle Scienze de Lisboa*, t. II, suppl., p. 17, et *Arch. gén. de Méd.* Paris, 1828, 1^{re} série, t. XVIII, p. 109). — Lamare-Picot, *Rupture de l'utérus*, thèse. Paris, 16 août 1822, n° 194.

avons parlé jusqu'ici, on a toujours trouvé dans le péritoine, une plus ou moins grande quantité de sang, et souvent les accidents ordinaires de la péritonite.

Quand la couche musculaire seule est intéressée, on peut trouver une simple solution de continuité ; il y a du sang dans la cavité utérine, et la membrane séreuse est enflammée.

Quand le col utérin est tout à fait séparé, il est rouge, tuméfié et généralement a un aspect mortifié, les bords de la plaie sont déchirés et inégaux. Il y a continuité entre le vagin et l'utérus.

Quand l'utérus se rompt chez une personne âgée, on trouve toujours autour de la perforation un amincissement considérable des parois.

Dans tous ces cas, à l'exception de la rupture au niveau du col, il y a toujours des traces de péritonite, à moins que la malade ne meure sur-le-champ.

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes varient peu, que l'organe soit complètement déchiré ou que l'une des couches seulement soit intéressée. Quelques auteurs ont signalé des symptômes qu'ils appellent *prémonitoires* ; mais assurément rien n'est plus douteux. Les circonstances qui peuvent justement exciter les craintes sont un travail difficile, des attaques d'éclampsie pendant la gestation, et, au moment du travail, la coïncidence de contractions très violentes avec un bassin étroit.

La rupture de l'utérus et du vagin est annoncée par une douleur soudaine, aiguë, intolérable, qui rappelle la crampe. La malade a la sensation d'un déchirement intérieur ; elle sent que quelque chose s'échappe en elle, et suivant le témoignage de quelques malades, il se produit même un bruit perceptible à l'oreille. Les contractions s'arrêtent, la tête de l'enfant remonte, il se produit une hémorrhagie par le vagin, et la malade tombe dans un profond collapsus. De ces divers symptômes, la douleur violente et le collapsus sont les plus constants ; les premiers, au contraire, manquent souvent. Quand il n'y a qu'une des couches qui soit atteinte, le travail peut continuer, et il se peut qu'il n'y ait pas même d'hémorrhagie. La douleur continue avec plus ou moins d'intermittence, des vomissements surviennent. Ce sont d'abord des aliments absorbés dans l'estomac, plus tard ce sont des matières grisâtres et finalement noires. C'est ce qu'on appelle les *vomissements marc de café*. La face est pâle, avec une expression de souffrance extrême et d'anxiété ; la surface du corps est froide, le pouls est petit, rapide, inégal, la respiration précipitée. La malade ne peut quitter son lit. Presque toujours il y a une hémorrhagie par le vagin, quelquefois légère, d'autres fois assez considérable pour amener la mort. Les autopsies font voir que, dans la plupart des cas, l'hémor-

rhagie a lieu dans la cavité abdominale. C'est à cette cause que quelques auteurs rapportent l'état de colapsus, lequel cependant peut exister sans hémorrhagie interne. Quand la rupture de l'utérus est complète, les efforts expulsifs cessent, parce que l'enfant retombe soit partiellement, soit complètement, de la cavité utérine dans la cavité abdominale, où l'on peut le sentir avec la main à travers les parois.

Quand la rupture est complète, une anse d'intestin peut s'échapper et donner lieu à des symptômes de hernie étranglée. Duparcque cite trois cas de ce genre, empruntés à Remigius, Percy (1) et Toulaint-Beauregard (2). Trask a réuni seize cas semblables. Dans un cas rapporté par Mac Keever, un mètre et demi d'intestin fut étranglé et se mortifia.

L'état de colapsus, s'il ne devient pas immédiatement fatal, peut se prolonger pendant quelque temps. A la longue il se produit de la réaction, l'inflammation se déclare, et la malade présente tous les symptômes d'une péritonite, tels que douleurs aiguës, sensibilité de l'abdomen à la pression, tympanite, décubitus dorsal, le pouls petit, rapide, dur, la respiration précipitée, etc.

Dans l'observation suivante, due à P. Dubois, on peut constater un exemple curieux de l'absence des phénomènes immédiats ordinaires dans les ruptures de l'utérus.

OBSERVATION I. — Une femme accouchait pour la troisième fois. La dilatation était presque complète ; mais le bassin rétréci ne permettait pas l'engagement de la tête. P. Dubois termine l'accouchement par une version opérée sans beaucoup d'efforts. La malade succomba le lendemain sans avoir éprouvé aucun phénomène caractéristique, ni craquement interne, ni sentiment particulier de déchirure, ni syncope, ni trouble nerveux, etc. Cependant, le lendemain, à l'autopsie, on trouvait une large ouverture irrégulière comprenant une partie de la face antérieure du col, puis une portion de la partie gauche du corps de l'utérus.

P. Dubois, dans ce cas, a pensé que la rupture s'était opérée d'une manière lente, insensible, sourde ; il avait exclu l'idée de toute violence extérieure, la rupture se serait pour lui produite au moment de la dilatation complète, car les contractions qui jusque-là avaient été très régulières, se sont brusquement suspendues. Il faut donc ajouter au nombre des signes importants de cet accident cette interruption soudaine du travail au moment où la rupture se produit.

Quand la rupture porte seulement sur le vagin, la malade n'a pas de douleurs soudaines ; mais le colapsus est plus ou moins complet, et, bien que le travail régulier s'affaiblisse ou même cesse, l'action utérine n'est pas nécessairement paralysée, comme dans les cas où la substance

(1) Percy, *Bulletin de la Faculté*, t. III, p. 348.

(2) Toulaint-Beauregard, *Journal de médecine*, t. XXIX, p. 68.

même de la matrice est déchirée, et la femme peut encore s'aider pour l'expulsion de l'enfant et celle du placenta. En pareil cas, il n'y a naturellement pas de rétrocession du travail, mais il peut y avoir hémorrhagie externe ou interne. Dans un cas que nous avons pu observer, le colapsus n'était pas absolu, mais il était encore suffisant pour indiquer quelque grave désordre organique.

OBSERVATION II. — La malade fut accouchée avec le forceps, et pendant l'opération les contractions utérines furent telles que le placenta fut expulsé spontanément immédiatement après la sortie de l'enfant. L'hémorrhagie externe était très modérée, cependant le colapsus, la pâleur, la faiblesse et la rapidité du pouls augmentèrent, continuèrent même pendant quatre ou cinq jours et subitement à la suite d'une exacerbation dans ces symptômes, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva que le vagin s'était rompu au point d'union avec l'utérus, qu'il s'était formé à ce niveau une large poche remplie de sang, laquelle était tapissée à sa partie supérieure par le péritoine ; probablement à l'instant où les symptômes étaient devenus plus graves cette membrane séreuse s'était rompue, et une grande quantité de sang s'était répandue dans la cavité. Faute de temps, l'inflammation consécutive n'avait pu se résoudre.

Danyau (1) a publié un fait de rupture du vagin, lequel fut caractérisé par la cessation des douleurs, la rétrocession de la tête, une grande sensibilité abdominale et un profond colapsus. L'enfant aurait passé à travers la déchirure dans la cavité abdominale.

Le même auteur a rapporté dix-sept cas de ce genre, parmi lesquels ceux de Ross, de Douglas (2), de Smith, et enfin celui qu'il a observé lui-même, furent suivis de guérison. Dans aucun cas, la gastrotomie ne fut pratiquée.

§ V. — Terminaisons.

La malade peut mourir de l'ébranlement produit par la rupture, soit quelques minutes, soit quelques heures après l'accident : ou bien elle peut survivre d'abord et mourir ensuite de péritonite. Elle peut enfin être emportée par des accidents secondaires, tels que des abcès sous-péritonéaux ou des abcès lombaires.

Parmi les malades de J. Clarke, l'une mourut sans être accouchée, une autre mourut en quatre heures, une autre en vingt heures, deux en vingt-quatre heures, et une autre en trente heures.

Parmi les malades de Ramsbotham, trois moururent tout de suite après leur délivrance, deux une heure après et une dans les trois jours qui suivirent l'accouchement.

(1) Danyau, *Remarques sur la rupture du vagin* (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1851, vol. II, p. 175).

(2) Andrew Douglas, *Observation on an extraordinary case of ruptured uterus*, London, 1785.