

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.

Parmi les malades de Collins, quatre moururent immédiatement après l'accouchement; une, dans les deux heures qui suivirent; trois, quatre heures après; une, dix heures après; deux, dans les quatorze heures qui suivirent; une, dans les vingt-cinq heures, etc.

Une de nos malades mourut en cinq minutes sans être accouchée.

Dans le plus grand nombre des cas, la mort est la terminaison; sur les 3 cas de Smellie, il y eut 2 morts; sur les 8 de Clarke, il y en eut 7; sur les 11 de Mac Keever, il y en eut 9; sur les 13 de Ramsbotham, 11 morts; sur les 34 de Collins, 32 morts. Dans tous les cas de Clintock et ceux de Hardy, les malades moururent.

Quelquefois, cependant, les malades se sont rétablies. Heister (1) rapporte un cas de guérison qui lui a été raconté par Rungius; Spiering rapporte un cas de guérison par Torquosa; Peu (2), James Hamilton junior (3), James Hamilton (4), J. Clarke (5), Douglas (6), Labatt (7), Fritzell (8), Ross (9), Kitte (10), Powell (11), Birch (12), Smith (13), Mac Intyre (14), Hendrie (15), Brook (16), Davis (17), Church (18), Stobo (19), ont chacun rapporté un cas de guérison. M'Keever et Collins ont rapporté chacun deux cas de guérison, et Ramsbotham trois. Duparcque a réuni dans les auteurs français quatre cas de guérison. Osiander et Velpeau citent de même plusieurs observations de guérison.

Quand le fœtus reste dans la cavité péritonéale, il est encore plus rare que la malade se rétablisse.

Cependant la guérison, lorsque le fœtus est resté un certain temps dans la cavité abdominale, n'est pas impossible comme le prouve une observation très intéressante du docteur Fourrier (de Compiègne). La femme qui fait le sujet de cette observation était à son troisième accouchement; la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et malgré

- (1) Heister, *Inst. chir.*, 2^e partie, p. 728.
 (2) Peu, *Pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 341.
 (3) James Hamilton junior, *Outlines of midwifery*. Edinburgh, 1826.
 (4) James Hamilton, *Select cases in midwifery*, p. 138.
 (5) Clarke, *Trans. of Association*, vol. I.
 (6) Douglas, *Essays on ruptures of the uterus*, p. 7.
 (7) Labatt, *Dublin med. Essays*, p. 343.
 (8) Fritzell, *Trans. of Association*, vol. II, p. 15.
 (9) Ross, *Duncan's Annals of medicine*, vol. III, p. 377.
 (10) Kite, *Mem. of med. Soc.*, vol. IV, p. 253.
 (11) Powel, *Med.-chir. Trans.*, vol. XII, p. 537.
 (12) Birch, *ibid.*, vol. XIII, p. 337.
 (13) Smith, *ibid.*, vol. XIII, p. 373, et *Archives générales de médecine*, t. XIX, p. 96.
 (14) Mac Intyre, *Med. Gaz.*, vol. VII, p. 9.
 (15) Hendrie, *American Journal of med. Sciences*, vol. VI, p. 351.
 (16) Brook, *Med. Gaz.*, 17 janvier 1829.
 (17) Davis, *Obstetric*, vol. II, p. 70.
 (18) Church, *Lancet*, 19 mai 1849.
 (19) Stobo, *Med. Times*, 6 avril 1850.

des accidents généraux graves, le rétablissement était complet deux mois après l'opération (1).

Dans les cas de grossesse interstitielle, la malade a quelquefois survécu à l'accident et à l'inflammation consécutive.

§ VI. — Diagnostic.

La douleur aiguë et subite, la cessation du travail, la rétrocession de l'enfant, rendent le diagnostic facile à établir; mais, quand la rupture est partielle, le diagnostic peut être plus difficile. Il faut alors s'appuyer simplement sur la douleur et sur le collapsus. La complication de péritonite consécutive servira encore à lever les difficultés. M. Clintock (2) a montré que la vie ou la mort de l'enfant est un signe important comme diagnostic.

Dans les cas de lacérations, l'enfant meurt presque immédiatement. L'existence subite d'une péritonite chez les femmes âgées peut faire soupçonner une rupture; mais il est difficile d'arriver à une certitude absolue.

D'après les détails que nous avons déjà donnés, il est presque inutile de dire que le pronostic est toujours grave. Il y a si peu d'exemples de guérison, que l'on peut à peine espérer le rétablissement de ces malades.

§ VII. — Traitement.

La première question qui se présente quand la rupture de l'utérus est bien établie, est de savoir si on laissera les choses aller naturellement ou si l'on fera un accouchement artificiel. Quand l'orifice utérin n'est pas dilaté, la délivrance immédiate est impossible. Dans tous les cas où elle est possible, l'expérience a prouvé que c'est la meilleure conduite à tenir. W. Hunter et Garthshore sont d'avis qu'il faut laisser le travail marcher naturellement, et, après la publication de son livre (3), Denman a posé les mêmes conclusions. A des noms si illustres on peut cependant opposer, sans aucun doute, l'évidence des faits. Les recherches de Trask sont également en faveur d'un accouchement immédiat. Dans tous les cas de rupture qui furent suivis de guérison, le temps écoulé entre l'accident et l'accouchement fut toujours de moins de cinq heures. Dans les faits de Trask, 154 femmes furent accouchées artificiellement, parmi lesquelles 97 moururent et 57 survécurent. Sur les 89 qui ne furent pas accouchées, 65 moururent et 24 seulement survécurent. Sur 31 qui accouchèrent naturellement,

- (1) Fourrier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale* (*Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXIII, p. 107).
 (2) M. Clintock, *Dublin Journal*.
 (3) Denman, *Introduction to the practice of midwifery*, 2^e édition. London, 1801.

20 moururent et 11 survécurent. Sur 6 femmes sur lesquelles l'accouchement artificiel fut tenté et échoua, toutes moururent sans être accouchées. Ainsi, les résultats de la comparaison entre les femmes accouchées artificiellement et celles qui furent abandonnées à la nature donnent 37 pour 100 de guérison dans le premier cas, 27 pour 100 seulement dans le second. Ce n'est pas tout encore : parmi les femmes qui succombèrent à la rupture, celles qui avaient été accouchées ont survécu vingt-deux heures et les autres tout au plus neuf heures.

Le mode d'accouchement dépendra beaucoup des circonstances particulières.

1° Si la tête n'est pas remontée, peut encore être sentie, ou est déjà dans le bassin, il sera à propos d'appliquer le forceps aussitôt que possible. Si cela ne se peut, on aura recours au perforateur, et cela sans la moindre hésitation.

Les faits de Mac Clintock et Hardy ont démontré que la mort de l'enfant a lieu presque immédiatement après la rupture.

2° Si l'enfant a passé dans la cavité de l'abdomen, ou s'il y a rétrécissement du bassin, on introduit la main dans le vagin, on passe au besoin par la déchirure, on saisit les pieds de l'enfant, que l'on ramène aussi vite que possible. Il faut prendre de grandes précautions pour ne pas blesser ni tirailler les intestins dans le cas de prolapsus. On extrait ensuite le placenta, et l'on procède aux soins habituels. Dans tous les cas, l'enfant est mort-né.

3° Si l'utérus se contracte fortement, il peut être impossible de faire passer la main à travers la déchirure; le bassin peut aussi être trop étroit pour laisser passer l'enfant ou même la main. En pareil cas, il faut pratiquer l'opération césarienne et extraire l'enfant et les annexes à travers les parois abdominales. Thibault des Bois (1), Lassus, Haden, Baudelocque (2), Latouche, Jopel, Lambron (3), Glodat, etc., ont rapporté des cas de succès. MM. Coquin (4), Somner (5), Céconi (6), Ruth (7), Rust (8), Gais, de Wiesbaden (9), Nægele, Weinhardt (10), Heim (11),

(1) Thibault, *Ancien journal de médecine*, 1789.

(2) Baudelocque, *Journal général*, t. IV, p. 253.

(3) Lambron in Duparcque, *Mém. de la Soc. d'émulation*, p. 309.

(4) Coquin, *Bulletin de la Faculté*, 1812, p. 86.

(5) Somner, *ibid.*, 1812, p. 86.

(6) Céconi in Frank, *Observation d'une rupture de l'utérus guérie par la gastrotomie* (*Journal universel*, 1819, t. XIX, p. 107).

(7) Ruth, *Grossesse abdominale terminée heureusement par la gastrotomie* (*Bulletin de Férussac*, vol. VI, p. 280).

(8) Rust in Luroth, *Sur les différentes espèces des rétrécissements de l'utérus* (*Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85).

(9) Gais, *Abdominal fetation, gastrotomy successfully performed* (*American Journal*, avril 1831, p. 522).

(10) Weinhardt in Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

(11) Heim in Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

Busch, Dumay (1), Lechoptois et Lair (2), Velpeau (3), ont tous rapporté des observations de guérison.

Le docteur J. Jolly, dans son excellente thèse, admet que la gastrotomie est le mode de traitement qui donne le plus de succès dans le cas de rupture de l'utérus, lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine. Cet auteur, en réunissant tous les cas de rupture, quel que fût l'endroit où se trouvait le fœtus au moment de la délivrance, a obtenu le résultat suivant :

		Mortes.	Guérisons.	Guérisons p. 100.
Expectation.....	144	142	2	1,45 0/0
Extraction par les voies naturelles.....	382	310	72	19 0/0
Gastrotomie.....	38	12	26	68,4 0/0

Il résulte de là que c'est l'expectation qui donne la plus forte proportion de morts, tandis que la gastrotomie donne des résultats relativement satisfaisants.

« Je sais bien, dit l'auteur, qu'on objectera à ces statistiques qu'elles n'expriment point la réalité, parce qu'on publie volontiers les cas de guérison, mais qu'on se garde bien de publier les cas de mort. Nous admettons parfaitement cette objection, vraie jusqu'à un certain point, et nous sommes prêt à reconnaître que les proportions sont trop fortes pour les succès; mais nous ne raisonnons pas sur des nombres absolus, nous raisonnons par comparaison, nous ne prétendons nullement que le rapport de 68 % signifie que toujours, sur 100 cas de gastrotomie après rupture de l'utérus, il y aura 68 guérisons, pas plus que l'extraction par les voies naturelles donnera toujours 19 guérisons sur 100 cas. Ces rapports servent seulement à montrer que le nombre des guérisons après la gastrotomie est beaucoup plus grand qu'après l'extraction par les voies naturelles, quel que soit le procédé employé (4). »

Ces résultats sont d'ailleurs en rapport avec ceux que l'on obtient aujourd'hui à la suite de l'ovariotomie, ils doivent nous engager à recourir à l'ouverture de l'abdomen, bien plutôt que de tenter l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

On sait que le plus grand danger de mort à la suite de l'ovariotomie réside dans l'épanchement des liquides dans la cavité abdominale, et que ces liquides pourront être facilement expulsés par l'incision de la paroi abdominale. La cause la plus grave des accidents sera ainsi écartée.

Nous pensons donc qu'en face des nombreuses guérisons obtenues par Kœberlé, Spencer Wells, Péan et Boinet à la suite des ovarioto-

(1) Dumay, *Opération de la rupture de la matrice* (*Journ. gén.*, 1798, vol. V, p. 58).

(2) Lair, *ibid.*, vol. I, p. 187.

(3) Velpeau, *Traité d'accouchements*, 2^e édition. Paris, 1835, t. II, p. 182.

(4) Jolly, *Des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement*. Thèse, 1870.

mies, on ne doit pas hésiter à pratiquer la gastrotomie dans le cas de rupture utérine lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine, c'est encore ce moyen qui donnera le plus de chances de sauver la vie de la femme, surtout si l'on prend garde de faire avec soin la *toilette du péritoine* recommandée par Spencer Wells pour l'ovariotomie,

Quant au moment où l'on doit recourir à l'opération, M. J. Jolly conseille de la pratiquer aussitôt qu'on la juge nécessaire, quelque grave que paraisse l'état de la malade ; on ne devrait être arrêté que par l'imminence de la mort.

Mais si l'opération n'avait pu être faite immédiatement, elle pourrait encore être tentée même plusieurs jours après l'accident. Dans le cas du docteur Fourier (de Compiègne) la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et néanmoins la malade se rétablit.

Nous croyons devoir rapporter cette observation qui présente un grand intérêt et que nous reproduisons presque en entier :

OBSERVATION. — Rupture de l'utérus, — passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale, — gastrotomie le cinquième jour. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, d'une taille moyenne et d'une bonne constitution. Cette femme déjà mère de deux enfants, appartient à la classe ouvrière. Dans le courant de l'année 1870 elle a eu une variole assez grave ; du reste elle n'a jamais été malade. Devenue enceinte dans le mois de mai, elle fit une chute dans un escalier, six semaines environ avant le terme présumé de sa grossesse, qui, d'ailleurs, n'avait rien présenté d'anormal ; cet accident ne parut en rien en modifier le cours, il y eut seulement quelques douleurs abdominales qui disparurent au bout de quelques jours.

Le jeudi 14 décembre 1871, pendant la nuit, les douleurs de l'accouchement se faisant sentir, on appelle une sage-femme qui constate une présentation de la tête. Dans la matinée du jeudi, trouvant que le travail ne marche pas assez vite, elle administre 2 grammes de seigle ergoté.

Les douleurs augmentent, la poche des eaux se rompt et le travail paraissait marcher régulièrement, lorsque, vers dix heures du soir, la patiente étant levée, le travail s'arrête tout à coup, après une douleur sensiblement plus vive et présentant, au dire de la malade, un caractère particulier ; il lui a semblé que la *douleur remontait dans le ventre*, c'est là son expression ; à partir de ce moment, les douleurs qui se faisaient sentir dans le bassin où elles amenaient une sensation de pression, changent de nature et de situation, elles existent alors dans le côté droit de l'abdomen, et ne ressemblent plus aux douleurs de l'accouchement. Toutefois ces douleurs ne furent jamais assez vives pour forcer la malade à se mettre au lit ; elle resta assise sur une chaise jusqu'à huit heures du soir et put même se promener dans sa chambre ; seulement elle se tenait courbée ne pouvant se redresser complètement. A huit heures du soir, il y eut une légère hémorrhagie, évaluée par les personnes qui entourent la malade à un demi-litre environ. C'est alors que devenue plus faible, elle dut se mettre au lit.

Pendant la journée du vendredi, il n'y a pas de nouvelles douleurs indiquant une reprise du travail, la malade est tourmentée par des douleurs dans le

côté droit du ventre, il survient du hoquet, et des vomissements, le samedi elle s'affaiblit d'une manière sensible.

Le dimanche soir, MM. Chevalier et Canivet voient la malade ; le toucher est pratiqué, deux doigts sont avec peine introduits dans l'utérus, et il n'est pas possible de sentir aucune partie fœtale ; ces confrères en concluent qu'il existe une rupture de l'utérus. Le lendemain le docteur Fourier se joint à eux pour décider quelle est la conduite à tenir.

Dans la matinée du lundi 18 décembre, ce dernier se rend avec le docteur Chevalier près de la malade.

La malade est trouvée dans l'état suivant :

Étendue dans le décubitus dorsal qu'elle ne peut quitter, elle a un hoquet continu ; les draps du lit sont couverts par les matières qu'elle vomit souvent, ce sont des matières liquides, verdâtres ; la face est altérée, sans cependant présenter l'aspect grippé qui dans la péritonite donne à la physionomie un cachet particulier. Le pouls, presque insensible, est impossible à compter ; le cœur dont les battements sont faibles, donne 130 à 140 pulsations par minute. La chaleur du corps est bien conservée, les lèvres ne sont point trop pâles ; il n'y a donc pas eu d'hémorrhagie interne grave.

Le ventre présente un aspect particulier ; il est facile de distinguer deux tumeurs, l'une située à droite, l'autre à gauche, il y a peu de météorisme. En palpant le ventre qui n'est pas trop douloureux à la pression, on isole parfaitement les deux tumeurs, et on reconnaît dans celle de droite les parties fœtales, la tumeur de gauche offre le volume et la consistance de l'utérus lorsqu'il est revenu sur lui-même immédiatement après l'accouchement. Il s'écoule par le vagin un liquide sanguinolent fort peu abondant.

En présence de ces symptômes, le doute n'était pas possible, et l'on avait affaire à une rupture datant de quatre jours, et au passage de l'enfant tout entier dans l'abdomen. L'absence d'hémorrhagie indiquait également le passage du délivre à travers la rupture.

Que fallait-il faire ?

M. Fourier considérant la résistance que la malade avait offerte pendant les quatre jours, l'absence de symptômes de péritonite générale, l'absence d'hémorrhagie consécutive grave, proposa alors la gastrotomie.

La malade ayant été placée sur une table en face d'une fenêtre bien éclairée, de façon à présenter le côté droit, on administra le chloroforme, mais avec de grandes précautions, vu l'état de faiblesse de la malade.

La malade étant endormie, M. Fourier pratique une incision de treize à quatorze centimètres à partir du bord externe du muscle droit, à trois centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à la crête iliaque, incision légèrement oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Il arrive en procédant couche par couche et n'ayant eu à lier que deux artérioles de peu d'importance, sur l'enfant. L'abdomen ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique déjà très altéré. Le fœtus se présente dans la position qu'il occupe le plus souvent dans l'utérus, en position occipito-iliaque gauche antérieure, seulement ici l'occiput était séparé de l'os iliaque gauche par l'utérus ; l'incision avait porté sur l'épaule droite, la tête se trouvant dans la fosse iliaque droite. Pour arriver à extraire ce fœtus, il fallait aller chercher les pieds ; craignant que la manœuvre nécessaire pour obtenir ce résultat n'a-

menât des lésions plus graves, le chirurgien préféra faire la détroncature et arriva ainsi sans introduire la main du côté des intestins, mais seulement deux doigts entre le cou et l'utérus, à extraire facilement l'enfant avec tout le délivre, placenta et membranes; puis il procéda à la toilette de la cavité qu'il occupait et il constata avec son collègue les désordres suivants :

Le fond de la fosse iliaque est tapissé par une membrane noirâtre dont il est facile d'enlever des lambeaux; cette membrane paraît appartenir au péritoine pariétal gangrené, en haut, en soulevant la lèvre supérieure de la plaie, on aperçoit l'épiploon noir gangrené dans une partie de son étendue, les intestins, qui se présentent au-dessus de l'utérus et au-dessous de l'épiploon, ont un aspect rosé et présentent un certain degré d'injection. L'utérus, fortement incliné à gauche, est volumineux, la portion qui est accessible à la vue, est couverte de caillots adhérents qui cachent la déchirure. Ces caillots furent respectés, mais on enleva avec la pince tout ce qu'il fut possible d'enlever des parties mortifiées dans la fosse iliaque; mais on respecta l'épiploon, dans la crainte d'ouvrir quelques vaisseaux dans cette partie vasculaire, dont il était impossible d'apprécier le degré de mortification.

La toilette faite aussi soigneusement que possible, tous les liquides enlevés, au moyen d'éponges fines, M. Fourrier fit trois points de suture enchevillée à la partie interne de l'incision, une de ces sutures, plus profonde, comprenait toute l'épaisseur des parois abdominales; la partie externe fut laissée ouverte pour l'écoulement du pus.

Cela fait, sans perte de sang notable, la malade qui s'était réveillée pendant l'extraction du fœtus, fut reportée dans son lit et entourée de boules d'eau chaude, le ventre avait d'ailleurs été couvert de plusieurs couches d'ouate et modérément serré par un bandage de corps.

Immédiatement après l'opération, la malade éprouve un sentiment de bien-être, le pouls est plus perceptible, on prescrit une potion avec quarante grammes d'alcool, du vin, du bouillon, de la glace.

Le soir, l'état était aussi satisfaisant que possible, il y avait eu deux vomissements, mais le hoquet était moins fréquent, le pouls à 135 et l'état général meilleur, le ventre n'était pas plus sensible, sans météorisme, il y avait eu émission naturelle d'urine.

Le mardi 19, la face est grippée; le pouls à 140; il y a eu pendant la nuit un vomissement et deux garde-robes liquides, il s'écoule par le vagin un liquide brunâtre, fétide, peu abondant, le ventre est sensible, mais la pression n'exagère pas la douleur; les pièces du pansement sont imprégnées par un liquide brunâtre très fétide, les lèvres de la plaie présentent un aspect blafard, en exerçant de légères pressions, on fait sortir en abondance un liquide noirâtre, fétide.

On pratique dans l'abdomen une injection abondante d'acide phénique au millième et l'on prescrit des injections vaginales semblables plusieurs fois par jour.

Le mercredi 20, même état, il n'y a pas eu cependant de vomissements, selles liquides, les lèvres de la plaie sont grisâtres, gangrenées, la fétidité du liquide qui s'écoule abondamment par la plaie est excessive. En palpant l'abdomen, on reconnaît l'utérus à gauche très volumineux et sensible; en pressant lentement, au niveau de la fosse iliaque gauche, on fait sortir par la plaie du

liquide noir et fétide en abondance, il s'écoule par le vagin un liquide analogue. Cependant les injections faites par la plaie ne sortent pas par le vagin.

On donne une potion à l'extrait de quinquina.

Les jours suivants, l'état général devient des plus graves, des lambeaux gangrenés, sont expulsés par la plaie, l'écoulement est fétide, le pouls devient imperceptible, le cœur bat à 150, il y a des garde-robes involontaires. Pendant ce temps on continua l'usage de l'alcool, de la glace, de l'extrait de quinquina et des lavages à l'eau phéniquée. Une légère amélioration survient cinq jours plus tard, la suppuration se fait convenablement, la plaie prend un aspect satisfaisant, et, douze jours après l'opération, on put donner des œufs, de la viande blanche, l'alcool est suspendu ainsi que le quinquina.

Le lundi 1^{er} janvier 1872 la langue est nette; le ventre souple, reste sensible à gauche au niveau de l'utérus, qui conserve le même volume, il y a de l'empatement tout autour de lui, cet empatement paraît dû à la présence de matières fécales. Le pouls est à 120, à peine perceptible à la radiale. L'appétit est assez bon, les aliments sont très bien supportés mais les garde-robes sont difficiles; il y a eu à la suite d'un lavement expulsion de scybales.

Le 3, on observe de l'enflure au pied et à la jambe gauche, avec un peu de douleur; c'est une phlegmasie légère.

La malade continue à aller de mieux en mieux jusqu'au 14 janvier; ce jour-là elle se trouve beaucoup moins bien; la face est altérée, le ventre très douloureux, surtout à gauche; il y a du météorisme. Depuis la veille il y a eu de fréquentes garde-robes liquides, verdâtres, très fétides; l'utérus toujours très volumineux est plus douloureux, la plaie a d'ailleurs un bon aspect, elle ne suppure pas plus, il n'y a pas d'écoulement vaginal; le pouls, faible est à 125.

Une pilule d'extrait thébaïque, 5 centigrammes; lavements émollients; cataplasmes sur le ventre; bouillon.

Le 15, la veille, vers midi, il y a eu un frisson violent qui a duré près d'une heure; ce frisson a été suivi de chaleurs et de sueurs profuses pendant toute la nuit. Le matin, nouveau frisson également suivi de sueurs: la face est altérée sans être grippée, le ventre est sensible, mais il n'y a pas eu de garde-robes depuis la veille; le pouls est à 135, l'inappétence est absolue, il y a eu deux vomissements.

Tisane de petite centaurée, bouillon, limonade citrique, eau de seltz, sulfate de quinine, 1 gramme divisé en six prises, une dose de quatre en quatre heures.

Le 16, même état, à midi un frisson moins violent que celui de la veille, sueurs profuses, pouls à 135. La plaie offre toujours le même aspect, il n'y a pas plus de suppuration; rien du côté de la poitrine, le ventre est plutôt moins sensible, pas de garde-robes. L'enflure causée par la phlegmatia n'a pas augmenté; même prescription.

Le 17, il n'y a pas eu de frisson; on continue le sulfate de quinine, deux doses seulement; vin, potages.

Jusqu'au 21, l'état de la malade reste sensiblement le même, pas de frissons nouveaux.

Le 21, l'état général est moins bon, sensation d'étouffement, malaise général, pouls absolument insensible, battements du cœur irréguliers; ventre douloureux, vin de Malaga.

Le 22, état meilleur, pouls à 115. L'amélioration se continue, les jours suivants, le pouls tombe à 104, est plus perceptible, la cicatrisation de la plaie s'est toujours bien continuée. La plaie mesure 7 centimètres.

A partir du 28 la malade va de mieux en mieux, elle se lève, la plaie se rétrécit de plus en plus, seulement les lèvres de cette plaie se retournent de dehors en dedans, en oubliée, attirées qu'elles sont par les adhérences profondes de la paroi abdominale avec les intestins; une seule chose inquiète alors, la difficulté des garde-robes.

Vers le 10 février, il survient encore des sueurs profuses matin et soir; ces accidents cessent après l'administration du sulfate de quinine.

Le 19, la santé générale est bien rétablie, il y a de l'embonpoint, l'appétit est bon, les garde-robes moins difficiles; l'opérée peut se lever toute la journée et circuler dans sa chambre, elle commence à travailler à l'aiguille.

Le ventre est souple, la plaie cicatrisée; à gauche, à 2 centimètres seulement au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur globuleuse, assez volumineuse, située profondément dans l'hypochondre, recouverte par les intestins, sensible à la pression; cette tumeur constituée par l'utérus incliné à gauche offre une certaine mobilité.

Au toucher, on trouve en arrière le col entr'ouvert, la pulpe de l'indicateur y pénètre facilement, les lèvres assez molles sont séparées à droite et à gauche par un sillon profond. Le corps de l'utérus se confond avec le col qui est complètement effacé, de sorte qu'il n'est plus possible de trouver de cul-de-sac en arrière et en avant de l'utérus; le corps est volumineux, situé à gauche; il est impossible d'imprimer avec le doigt aucun mouvement à l'utérus; ce n'est qu'en saisissant cet organe de la main gauche, au travers des parois abdominales, qu'il est possible de lui imprimer quelques mouvements latéraux; ces mouvements sont perçus par le doigt introduit dans l'ouverture du col.

Les règles n'ont pas reparu; mais il faut dire que la malade est très irrégulièrement réglée et qu'en temps ordinaire elle était cinq à six mois sans en avoir.

Le docteur Fourier a revu plusieurs fois son opérée depuis le 19 février, les règles ont reparu en mai; elle est toujours dans un état de santé satisfaisant, seulement, elle éprouve de temps en temps des douleurs de ventre et les garde-robes sont toujours difficiles (1).

Dans ces dernières années le professeur Porro (de Pavie) a conseillé de pratiquer l'amputation utéro-ovarienne à la suite de l'opération césarienne. Les succès de cette méthode sont assez encourageants pour nous porter à tenter cette pratique dans le cas de rupture de la matrice, lorsque le fœtus passé dans la cavité du péritoine doit être extrait par la gastrotomie (2).

(1) Fourier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans la cavité péritonéale* (Bulletin de Thérapeutique, 1872, t. LXXXIII, p. 107).

(2) Pinard, *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne ou opération de Porro* (Annales de Gynécologie, novembre et décembre 1879 et janvier 1880).

Pendant la période de collapsus, il peut être nécessaire de donner des stimulants tels que l'ammoniac, le camphre, le musc, du vin, etc. Mais ce traitement doit être dirigé avec une grande réserve, de manière à atteindre le but sans le dépasser. Il faut se rappeler qu'en combattant le collapsus on peut aggraver la réaction et augmenter le danger de cette période. Une fois l'accouchement fait, il faut administrer une forte dose d'opium.

Quand l'inflammation est vive, le traitement doit être largement antiphlogistique. On appliquera de larges cataplasmes de graine de lin, et l'on prescrira des bains de siège. La calomel et l'opium, ou l'opium seul, sont les meilleurs remèdes à administrer. Il faudra le donner à larges doses répétées de manière à agir rapidement sur tout le système.

Si la rupture tient à l'étroitesse du détroit supérieur, et si la malade, après s'être rétablie, devient de nouveau enceinte, il faut provoquer l'accouchement artificiel à l'époque de la grossesse, qui permettra au fœtus de passer sans difficulté. Il est sans doute à désirer de retarder l'opération jusqu'au moment où l'enfant est viable; mais ce ne peut être une condition *sine qua non*, et, si l'on ne peut sauver l'enfant, il faut au moins essayer de sauver la mère. Collins rapporte un cas de ce genre. La malade fut accouchée la première fois prématurément après la rupture. A une seconde grossesse, elle accoucha naturellement. Dans le cas de Douglas, la version fut pratiquée pour une première grossesse; à la seconde, l'accouchement fut naturel. Il serait cependant beaucoup plus sage de la part de la malade de ne pas s'exposer à une seconde grossesse.

CHAPITRE V

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

L'histoire des fistules de la vessie a pris depuis quelques années une face toute nouvelle, et la chirurgie peut enfin s'enorgueillir d'avoir assuré son triomphe sur une des plus épouvantables infirmités que l'on puisse observer (1).

(1) BIBLIOGRAPHIE : Peu, *Pratique des accouchements*, p. 384. — Nægele, *Erfahrungen und Abhandlungen*, etc. Mannheim, 1812, p. 389. — Jobert (de Lamballe), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1837, t. II, p. 145, et *Rapport de Blandin* (*Ibidem*, p. 581); *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849, t. II, p. 266 à 712; *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales*. Paris, 1852. — Liston, *Lancet*, 23 juin 1838. — Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2^e édition, 1839, t. III et t. IV, p. 437 et 465. — Hayward (de Boston), *American notes*, 1839, t. XXIV, p. 283; *Mémoire sur les fistules vésico-vaginales* (*Boston medical and surgical Journal*, avril 1851; *Surgical Reports and miscellaneous papers on medical subjects*, 1855, p. 206). — Michon, *Thèse de concours*, 1841, p. 103. — Chelius, *Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Cauterisation*. Heidelberg, 1844. — Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, décembre 1852, p. 532; *Obstetric*