

situé entre l'utérus et la vessie. Quant aux tumeurs stéatomateuses ou cancéreuses, elles sont ordinairement en contact avec les parois osseuses ou ligamenteuses du bassin, parois auxquelles elles semblent appartenir (voy. p. 694).

Comme on le voit, il y a entre ces tumeurs du tissu cellulaire et celles de l'ovaire, identité de nature et de siège, et la réductibilité des unes, quand elles ne sont pas adhérentes, et l'irréductibilité des autres, constituent la seule différence tranchée. Aussi le diagnostic est-il en général difficile après l'engagement de la tête, ou quand la tumeur ovarienne est maintenue en place par des adhérences anciennes; mais heureusement qu'alors une erreur serait de peu d'importance, puisqu'elles présentent toutes les mêmes indications.

Il est plus facile de distinguer les tumeurs du tissu cellulaire de celles qui appartiennent aux organes dont nous avons déjà parlé, et nous renvoyons aux signes déjà indiqués à propos de chacune d'elles.

On comprend que le pronostic varie encore ici suivant le volume, le siège, la densité et la nature de la tumeur. Si elle est petite, compressible, située dans la direction d'un des plus grands diamètres du bassin, elle permettra le plus souvent la terminaison spontanée. Le résultat sera encore quelquefois heureux, si, quoique dure et un peu plus volumineuse, elle jouit d'une certaine mobilité. Même dans les cas, en effet, où il est impossible de la refouler au-dessus du détroit supérieur, on peut espérer que, poussée violemment par la tête du fœtus, elle permettra à celle-ci de passer. J'ai vu, pendant mon séjour à la Clinique, une femme chez laquelle la tête fut longtemps arrêtée au détroit supérieur par une tumeur probablement fibreuse, située au-devant et à la hauteur de la symphyse sacro-iliaque. On pensait déjà à l'application du forceps, lorsque, sous l'influence de contractions violentes, la tumeur, située dans la cloison recto-vaginale, fut peu à peu abaissée par la tête jusqu'au niveau du plancher du bassin; elle fut alors refoulée en arrière, en refoulant elle-même le périnée, et l'accouchement se termina par la naissance d'un enfant vivant.

Dans beaucoup de cas, le volume et la fixité de ces tumeurs ne permettent pas d'espérer un résultat aussi heureux. Il faut agir, et l'indication à remplir varie suivant les cas: ponctionner la tumeur pour en évacuer le liquide, quand on a reconnu un abcès ou une tumeur enkystée; l'inciser quand la matière ne peut être extraite par une simple ponction; si la tumeur est solide, si elle est facilement accessible, et qu'elle n'ait pas contracté des adhérences trop intimes avec le vagin ou le rectum, il faut pratiquer son extirpation. Deux procédés opératoires ont été conseillés: les uns incisent seulement la paroi vaginale; les autres arrivent jusqu'à la tumeur, en fendant le périnée. Les succès obtenus par Drow et Burns plaident en faveur de ce dernier procédé. Dans les cas plus graves où la situation de la tumeur, des adhérences nombreuses et fortes, rendent l'extirpation impraticable, il ne reste plus de ressources que dans les manœuvres obstétricales proprement dites: l'application du forceps ou les tractions sur les pieds, si la tumeur est peu volumineuse; l'opération césarienne ou l'embryotomie, si l'excavation est tellement obstruée que l'extraction d'un enfant vivant soit impossible.

## CHAPITRE X

## DES RUPTURES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

## ARTICLE PREMIER

## DES RUPTURES DE L'UTÉRUS

La rupture de l'utérus est un des plus graves accidents qui puissent arriver à la femme dans l'état puerpéral. Assez rare pendant les premiers mois de la grossesse, elle est un peu plus fréquente dans la seconde moitié de la gestation; mais c'est surtout pendant la seconde période du travail qu'elle survient le plus souvent.

La rupture de l'utérus a été rarement observée dans une première grossesse. Ainsi sur soixante-quinze cas cités par Churchill, neuf eurent lieu chez des primipares; quatorze des femmes étaient à leur seconde grossesse, treize à leur troisième, trente-sept à leur quatrième ou suivante.

L'âge des femmes ne paraît pas avoir d'influence sur la production de cet accident. Toutefois, comme les altérations organiques sont plus rares dans la jeunesse, c'est une prédisposition de plus dans l'âge avancé.

Le volume en général plus considérable de l'enfant mâle serait, suivant Clarke, une circonstance prédisposante: sur vingt cas de rupture cités par le docteur M. Keewes, quinze fois les femmes ont accouché d'enfants mâles, et sur trente-quatre observations de Collis on compte vingt-trois garçons.

La rupture de l'utérus peut siéger sur le corps ou le col de l'organe. Lorsqu'elle affecte le col, il est bien important de distinguer celle qui ne comprend que la portion sous-vaginale du col, de celle qui envahit la partie située au-dessus de l'insertion du vagin. La première, en effet, est aussi peu dangereuse qu'elle est fréquente; elle s'opère presque à chaque accouchement, au moment où la tête franchit l'orifice, et elle n'est presque jamais suivie d'accidents. La dernière offre, au contraire, les mêmes dangers, et a les mêmes conséquences que celles du corps. Aussi ne ferons-nous que mentionner ici les déchirures bornées à l'orifice et qui ne s'étendent pas au delà de l'insertion du vagin. Tout ce que nous allons dire se rapporte exclusivement aux ruptures du corps de l'utérus et de la portion sus-vaginale du col. Ces dernières sont, du reste, les plus fréquentes, et siègent un peu plus souvent sur la face postérieure que sur l'antérieure.

## § I. — Causes.

La rupture de l'utérus suppose toujours une distension de l'organe, et cette distension est le plus souvent due à la grossesse. Par suite de modifications que

subissent les parois utérines, elles sont ramollies, leur épaisseur est en quelques points un peu diminuée; quoique plus souples, plus élastiques, et par conséquent plus propres à supporter une pression lente et graduée (car elles peuvent, grâce à leur souplesse, ployer sans se rompre), leur distension les rend pourtant moins aptes à supporter une violence brusque et énergique. Par cette distension et l'augmentation de volume à laquelle elle donne lieu, la grossesse force l'utérus à s'élever au-dessus du détroit supérieur. Dès lors il n'est plus protégé par les parois osseuses du bassin: il est plus exposé aux violences extérieures, à l'abri desquelles il était placé pendant l'état de vacuité; se trouvant par sa situation immédiatement en contact avec les parois abdominales, il est soumis sans intermédiaire aux pressions inégales que peut exercer sur lui la contraction brusque et irrégulière dont les muscles abdominaux sont le siège pendant les efforts violents.

La grossesse et les modifications qu'elle imprime à l'utérus sont donc des prédispositions essentielles, pour ainsi dire, aux ruptures utérines: mais indépendamment de ces conditions qui existent chez toutes les femmes, il est une foule de circonstances qui ont une action plus immédiate sur la production de cet accident, et que les auteurs ont désignées sous le nom de *causes prédisposantes* et *déterminantes*.

1° *Causes prédisposantes*. — Comme causes prédisposantes, nous devons noter tout ce qui peut augmenter la distension ou diminuer la résistance des parois utérines.

A. Une grande abondance de liquide amniotique, la présence de plusieurs enfants, etc.

B. Un amincissement extrême des parois utérines qui se rencontre chez certaines femmes, sans qu'il soit possible de l'expliquer.

L'amincissement des parois utérines se rencontre surtout chez les multipares qui ont eu un grand nombre d'enfants et les prédispose par conséquent aux ruptures spontanées; chez les mêmes femmes la version est plus dangereuse que chez les primipares, parce que pendant les manœuvres l'utérus très-aminci peut se déchirer plus facilement.

C. L'affaiblissement des parois utérines, dépendant de causes qui ont agi à une époque plus ou moins antérieure, comme coup, chute, etc.; ces parois, contuses, meurtries, s'enflamment, se ramollissent et s'ulcèrent: tantôt alors la rupture survient pendant la même grossesse; tantôt plusieurs grossesses peuvent se succéder sans accident, et la rupture survenir seulement à une grossesse subséquente. L'affaiblissement des parois peut encore être le résultat des ramollissements divers désignés par M. Dezeimeris sous le nom de ramollissements atrophique, apoplectiforme, inflammatoire, par altération et gangréneux. Il faut ajouter une circonstance, bien rare à la vérité, mais dont plusieurs faits bien observés ont démontré l'influence. Les femmes qui ont subi l'opération césarienne, et qui ont eu le rare bonheur d'échapper aux graves dangers qui en sont la conséquence, paraissent plus exposées que les autres aux ruptures de

l'utérus dans la grossesse suivante. Ainsi, le docteur Kaiser a cité, dans son excellente thèse, six cas dans lesquels les femmes, opérées déjà une première fois heureusement, ont dû subir de nouveau la gastrotomie à cause de la rupture de l'utérus: trois de ces femmes ont succombé.

D. Toutes les altérations organiques, toutes les dégénérescences de tissu dont l'utérus peut être le siège: ainsi les tumeurs squirrheuses fibreuses ou encéphaloïdes. Le ramollissement, l'ulcération de ces masses morbides, peuvent rendre plus minces et faibles les points qu'elles occupent; mais le plus souvent, au contraire, elles augmentent l'épaisseur et même la consistance du tissu utérin, et n'en sont pas moins encore des causes prédisposantes aux ruptures, au moins pendant le travail de l'accouchement: ces points, en effet, ne se contractent pas, tandis que tous les autres sont en contraction, la résistance qu'oppose la partie altérée est toute passive: quelle que soit son intensité, elle ne peut lutter contre les contractions de tout le reste de l'utérus, dont l'action, aidée de celle des parois abdominales, pèse, pour ainsi dire, de toute sa force sur la partie qui ne peut participer à cette action générale; et si l'on suppose qu'un obstacle quelconque s'oppose à l'engagement facile du fœtus, l'effort utérin, impuissant à vaincre la résistance que rencontre la tête à franchir le détroit supérieur, se fait sentir sur le point qui ne se contracte pas, et celui-ci cède et se rompt. C'est par le même mécanisme que les contractions irrégulières ou partielles, en laissant un des points des parois utérines dans l'inertie, pendant que tous les autres sont en contraction, peuvent en produire la rupture.

Pendant le travail, il faut ajouter tout ce qui peut rendre l'accouchement difficile, et nécessite de la part de l'organe des contractions très-énergiques et très-longtemps répétées. Sous ce rapport, les rétrécissements du bassin, les tumeurs qui obstruent l'excavation, les résistances offertes par le col, qu'elles soient dues à une agglutination des lèvres, à une dégénérescence de son tissu, à un état de spasme ou à une obliquité considérable; les positions vicieuses, ainsi que les vices de conformation du fœtus, peuvent devenir causes de rupture de l'utérus.

Les ruptures de l'utérus qui surviennent pendant le travail se produisent presque toujours après la rupture de la poche amniotique. Cependant James Hamilton rapporte un cas de rupture utérine dans lequel l'autopsie démontra l'intégrité des membranes.

2° *Causes déterminantes*. — Sous l'influence de l'une de ces prédispositions, une foule de causes peuvent déterminer la rupture, et toutes ces causes peuvent être rangées sous deux chefs principaux: *causes externes* ou *traumatiques*, *causes internes*.

3° *Causes externes ou traumatiques*. — Ce n'est pas sans quelque hésitation qu'à propos de rupture de l'utérus, je me décide à dire quelques mots des lésions traumatiques auxquelles cet organe est exposé. A toutes les époques, en effet, l'utérus peut être atteint par un projectile lancé par la poudre à canon, par un instrument meurtrier ou par la corne d'un animal furieux; mais cependant il faut convenir que le volume de la matrice, considérablement augmenté pen-

dant la grossesse, l'expose alors plus que jamais à ce genre de lésions : les conséquences et les indications sont d'ailleurs à peu près les mêmes. Il faut bien ajouter, enfin, que les manœuvres obstétricales mal dirigées ne produisent que trop souvent des perforations et des déchirures de l'utérus.

La matrice, développée par le produit de la conception, est encore très-exposée à la compression ou à la contusion violente de ses parois. Cette compression peut être médiate, c'est-à-dire due à des causes extérieures, comme des coups et des chutes sur l'abdomen, la pression de cette région par le reculement d'une voiture contre un mur, ou le passage de ses roues sur le ventre ; elle peut être immédiate, c'est-à-dire due à la contraction violente des muscles abdominaux.

Les effets de la compression médiate sont le plus souvent nuls, grâce à la mobilité de l'utérus, à la souplesse de ses parois, au point d'appui que celles-ci trouvent dans les parties environnantes. Toutefois ils ont eu quelquefois les conséquences les plus fâcheuses : ainsi on lit dans l'ancien *Journal de médecine* qu'une femme éprouva une rupture de l'utérus, au septième mois de sa grossesse, pour avoir été pressée entre une muraille et une voiture qui reculait. Comme nous l'avons déjà dit, la contusion des parois du ventre produit rarement une rupture immédiate ; mais la meurtrissure et l'inflammation consécutive des parois utérines peuvent déterminer une ulcération, puis une perforation à une époque plus ou moins éloignée.

Les ruptures par compression immédiate, c'est-à-dire dues à la contraction violente des muscles abdominaux, supposent presque toujours, dans les parois de la matrice, l'existence d'une des altérations que nous avons considérées plus haut comme causes prédisposantes. Elles succèdent le plus souvent aux accès de toux, à l'éternement, aux efforts de vomissement, à un accès de colère. Elles peuvent encore être occasionnées par un effort fait pour lever un fardeau, par le renversement forcé du tronc en arrière ; renversement qui ne peut avoir lieu sans que les muscles droits de l'abdomen se rapprochent fortement de la colonne vertébrale, enfin par la courbure du tronc en avant : tous mouvements dans lesquels la matrice se trouve fortement pressée entre les muscles abdominaux, qui se contractent vigoureusement, et le plan postérieur du ventre. Sous l'influence d'une de ces causes, on a vu la rupture s'opérer à toutes les époques de la grossesse, depuis les premiers mois jusqu'à une époque voisine du terme.

4<sup>e</sup> Causes internes. — Les auteurs ont à tort considéré la distension énorme de l'utérus comme pouvant, pendant la grossesse, occasionner la rupture ; cette distension, quelque considérable qu'elle soit, est une cause prédisposante, mais ne saurait par elle-même, et sans l'existence préalable d'une altération organique, produire un pareil accident. Il en est de même des mouvements violents et convulsifs de fœtus, dont la faiblesse est trop grande, et contre lesquels d'ailleurs la matrice est suffisamment protégée par le liquide amniotique et la souplesse de ses parois.

Pendant le travail, la contraction utérine est la cause déterminante la plus

fréquente, et si, durant la grossesse, les parois utérines sont à l'état de repos, elles jouent ici le principal rôle dans la production de la rupture utérine.

Là, en effet, après la rupture des membranes, les eaux se sont écoulées en totalité, les parois utérines viennent s'appliquer directement sur l'ovoïde fœtal. Or, dans l'état de pelotonnement où se trouvent les diverses parties de l'enfant, elles offrent des saillies et des anfractuosités nombreuses qui rendent très-inegale la résistance de l'utérus en ses différents points. Aussi quelques parties de l'utérus sont plus ou moins tendues sur les parties saillantes, et, suivant l'expression de madame Lachapelle, il en résulte que certains faisceaux musculaires portent à faux, tandis que d'autres prennent un point d'appui plus solide et se contractent avec plus d'énergie.

L'équilibre des forces, dit M. Taurin, est alors rompu sur les divers points de la matrice, et cet organe se contracte irrégulièrement : les parties non comprimées et restées saines et plus épaisses se contractent avec plus de violence, et tiraillent les parties voisines : ces dernières, déjà distendues par les saillies fœtales, s'amincissent encore, leur résistance diminue de plus en plus, et, incapables de résister plus longtemps, elles cèdent aux contractions plus énergiques des parties voisines.

Les choses se passeront surtout ainsi, si le fœtus se présente dans une position vicieuse, en présentation de l'épaule, par exemple.

Ajoutez, enfin, que lorsque le travail se prolonge outre mesure, la pression exercée par les saillies du fœtus sur les parois utérines peut en déterminer l'inflammation, l'ulcération, la gangrène même, toutes circonstances très-propres à en faciliter la rupture.

Les vices de conformation du bassin constituent, ainsi que nous l'avons dit, une prédisposition à la rupture, par l'obstacle mécanique qu'ils opposent au passage du fœtus, mais alors c'est encore la contraction qui est la cause déterminante. Dans quelques autres cas, les saillies dures et plus ou moins inégales qu'offre le cercle pelvien irrégulièrement rétréci peuvent produire directement la rupture du segment inférieur de l'utérus ou des parois du col. On comprend, en effet, que la saillie antérieure trop prononcée de l'angle sacro-vertébral, que la crête si saillante que présente parfois la face supérieure ou postérieure de la symphyse pubienne, puissent confondre, meurtrir, déchirer même le point de l'utérus qui se trouve fortement comprimé entre la tête fœtale et cette saillie osseuse. M. Taurin cite dans sa thèse un cas dans lequel M. P. Dubois crut pouvoir attribuer à cette compression une déchirure qui comprenait une partie du vagin, toute la face antérieure de la largeur du col, et qui remontait sur la partie gauche du corps de l'utérus.

Quant aux mouvements violents du fœtus, ils sont aussi étrangers à la rupture qui survient pendant le travail qu'à celles qui sont produites pendant la grossesse : car, suivant l'observation de M. Duparcque, si ce mouvement est opéré pendant le relâchement des parois, leur souplesse et leur extensibilité leur permettent de céder à cette violence ; si, au contraire, ce mouvement a lieu pendant la contraction, la résistance qu'elles présentent alors exigerait, pour être vaincue,

une violence bien autrement forte que celle qui peut résulter d'un mouvement même convulsif du fœtus. La contraction est donc la seule cause déterminante ; mais pour qu'elle produise la rupture, il faut que son action soit favorisée par une des causes prédisposantes que nous avons indiquées, et dont il est facile de comprendre l'influence.

Ces ruptures spontanées n'ont guère lieu que dans les accouchements à terme, et elles semblent impossibles dans un avortement de quatre à cinq mois. M. Castelnau a communiqué pourtant à M. Danyau un fait qui ne laisse pas le moindre doute sur la possibilité d'un pareil accident dans les six premiers mois de la gestation. Chez une femme morte presque subitement à la suite d'une hémorrhagie abondante, on trouva que le col de l'utérus et le vagin avaient été le siège d'une déchirure qui intéressait toute la hauteur du col et la partie supérieure du vagin. Celle-ci s'était produite, suivant toutes les probabilités, pendant quelques contractions, qui avaient eu pour résultat l'expulsion très-rapide de l'œuf ; car, bien qu'il n'en existât plus aucune partie dans l'utérus, l'organe offrait tous les caractères d'une matrice développée par une grossesse de cinq mois.

Pendant le travail, il ne faut pas oublier que souvent la rupture de la matrice a succédé aux manœuvres imprudentes pratiquées dans le but de terminer l'accouchement. Que de fois une application de forceps, une version, extraction difficile du placenta, pratiquées par des mains inexpérimentées, ont-elles été suivies de la mort prompte des malades, mort que l'autopsie venait expliquer en faisant constater une déchirure de l'organe. Tous les auteurs contiennent des faits à l'appui de cette assertion. J'ai entendu dire à madame Legrand, sage-femme en chef de la Maternité, que, chaque année, plusieurs femmes venaient mourir à l'hospice, victimes de pareilles tentatives faites en ville. J'ai vu un utérus dont les deux tiers inférieurs et droits du corps avaient été enlevés par le forceps céphalotribe ; dans un autre cas, j'ai constaté à l'autopsie qu'une perforation de la partie supérieure droite du corps de la matrice avait été produite par les efforts qu'un médecin avait pratiqués pour décoller un placenta fortement adhérent. On ne saurait trop souvent citer de pareils faits, car ils sont bien propres à rendre prudents les jeunes gens qui se proposent d'exercer les accouchements, et à les convaincre qu'il ne suffit pas d'avoir assisté deux ou trois fois des femmes en travail pour être aptes à pratiquer les manœuvres les plus difficiles de notre art.

Je répète donc encore que les ruptures spontanées de l'utérus sont rares, tandis que les déchirures produites par les manœuvres de la version ou l'introduction d'un instrument sont relativement très-fréquentes. Une seule fois j'ai observé une rupture spontanée de l'utérus tandis que j'ai malheureusement vu un assez grand nombre de ruptures traumatiques à la suite d'une opération mal conduite. L'opérateur le plus habile, sans commettre aucune faute, peut être la cause involontaire d'une rupture et personne n'a le droit de le blâmer, mais il n'en est pas moins vrai que presque toujours les ruptures de l'utérus sont le résultat immédiat de l'inhabileté et d'un déploiement trop grand de forces dans l'introduction de la main ou d'un instrument.

## § II. — Symptômes.

Les signes de la rupture utérine sont assez faciles à constater. Le plus souvent, à la suite d'un effort violent, qui a nécessité une contraction très-énergique des muscles abdominaux, la déchirure se fait brusquement, et se manifeste par une douleur vive, intense, dans le lieu même où s'opère la crevasse, douleur que la femme exprime en poussant un cri perçant. Cette douleur vive, poignante quelquefois, dit Desormeaux, comme *angoissante* et semblable à une crampe (1), s'accompagne d'un bruit de déchirement ou de craquement assez intense pour être perçu, dans certains cas, par les personnes qui se trouvent auprès de la malade. Cette douleur se change bientôt en une sensation d'engourdissement ; elle est presque immédiatement suivie d'évanouissement. La malade pâlit, son pouls s'affaiblit, et elle tombe en syncope.

Ces premiers phénomènes sont les seuls qui se manifestent lorsque la grossesse est très-peu avancée et l'utérus trop élevé pour être facilement accessible, ou bien lorsque l'œuf, engagé dans la crevasse, l'a bouchée de manière à empêcher tout épanchement dans la cavité abdominale. Un calme trompeur peut succéder alors à ce premier orage, et les accidents ne se renouveler qu'après plusieurs heures, plusieurs jours même, seulement alors que l'utérus se contractant, expulsera dans la cavité abdominale les parties qu'il renfermait. Dans le cas contraire, et surtout à une époque plus avancée, on peut facilement constater, par l'examen de la malade, le ramollissement et l'affaissement des parois hypogastriques : au lieu de sentir dans cette région la tumeur dure, globuleuse, arrondie, formée par l'utérus, on ne trouve plus que des parois abdominales souples, dépressibles, et plus profondément le corps utérin plus ou moins réduit et déjeté. La malade, qui, au moment de la rupture, ou peu de temps après, a senti une chaleur douce se répandre dans l'abdomen, perçoit des mouvements ou un poids insolite dans un point où elle ne les sentait pas auparavant. L'accoucheur lui-même constate la présence de l'enfant dans un lieu où il ne devrait pas être, et distingue beaucoup plus facilement les mouvements, ou bien simplement les saillies qu'il offre. Les mouvements actifs du fœtus cessent bientôt de se faire sentir, mais leur disparition complète est ordinairement précédée d'une agitation inaccoutumée et presque convulsive. Un peu de sang s'écoule ordinairement par la vulve ; toutefois ce dernier phénomène peut manquer, surtout pendant la grossesse des primipares, et, quand il existe, il est dû le plus

(1) Suivant M. Roberton, la rupture par suite d'étroitesse du bassin est précédée de douleurs sous forme de crampe (*crampy pain*), et de sensibilité à la pression. Dans un point circonscrit de l'hypogastre, cette *crampy pain* est causée par la compression de l'utérus entre la tête du fœtus et la saillie du sacrum, ou de toute autre partie osseuse proéminente. Une douleur de cette nature existait à un haut degré chez une femme dont la lèvre antérieure du col utérin, considérablement tuméfiée, était située beaucoup plus bas que la tête. Le docteur Roberton fit cesser cette douleur en faisant remonter, dans l'intervalle des contractions, la lèvre tuméfiée au-dessous du rebord du bassin.

souvent au décollement du placenta. Pendant le travail, les douleurs, jusqu'alors fortes et énergiques, cessent tout à coup.

Les signes fournis par le toucher sont les plus concluants. Pendant la grossesse, le doigt peut constater que la matrice a changé de position, mais surtout a perdu le volume qu'elle devrait avoir à l'époque à laquelle la femme croit être arrivée. Il pourra quelquefois sentir une des parties du fœtus situé en dehors de l'utérus, et déprimant la partie supérieure du vagin. Pendant le travail, on remarque que la poche des eaux s'est tout à coup affaissée, qu'elle ne bombe plus à travers l'ouverture du col, sans que cependant il se soit écoulé aucun liquide par le vagin. La partie de l'enfant qui se présentait, et qui, quelques instants auparavant, était facilement accessible au doigt, a tout à coup remonté, et même disparu complètement; le col de l'utérus est revenu sur lui-même, et est beaucoup moins dilaté qu'auparavant. Si la main cherche à pénétrer dans la cavité utérine, elle trouve quelquefois cette cavité complètement effacée par le retrait de ses parois; d'autres fois elle y rencontre des intestins, ou seulement quelques parties du fœtus: elle découvre assez facilement alors le siège et l'étendue de la crevasse, et sent qu'elle pourrait pénétrer jusque dans la cavité abdominale.

Lorsque tous ces phénomènes se rencontrent, ils suffisent bien certainement pour reconnaître l'accident; mais il n'est pas toujours possible de les constater. Si le fœtus n'est pas déplacé, et reste après la rupture dans la cavité utérine, on conçoit que tous les signes fournis par le toucher vaginal et le palper abdominal manquent complètement. Le diagnostic est alors très-difficile, et l'autopsie vient seule, le plus souvent, éclairer sur la cause de la mort.

L'expérience, ou si l'on veut l'habitude, peut faire soupçonner une déchirure dans un grand nombre de cas. Supposons un accoucheur appelé près d'une femme chez laquelle on a tenté de faire la version ou d'appliquer, soit le forceps, soit le céphalotribe, il s'assurera avant tout qu'une déchirure n'a pas été produite dans ces tentatives. Il devra donc se renseigner sur le nombre et la nature des manœuvres employées avant son arrivée et procéder lui-même à l'examen de la malade. Quand une rupture a eu lieu, la femme est presque toujours dans une grande prostration, pâle, le visage altéré. La respiration est fréquente, le pouls est très-accélééré, petit. En palpant le ventre on détermine une très-vive douleur sur l'un des côtés de l'utérus, celui qui correspond à la déchirure. En touchant la malade on fait écouler un peu de sang dont l'aspect a pour nous une certaine importance; il nous a semblé, en effet, que dans ces cas il était brunâtre, comme sirupeux. Quand une rupture se produit, la partie fœtale qui se présentait remonte souvent et devient mobile; l'élévation et la mobilité de la présentation doivent donc être prises en grande considération, surtout quand elles se produisent à une période avancée du travail. C'est ainsi qu'une version rendue très-laborieuse par la rétraction de l'utérus devient tout à coup très-facile après une rupture. Pendant le toucher, en portant le doigt très-haut, on trouve quelquefois la plaie utérine au travers de laquelle on sent les intestins; alors le doute est levé, mais souvent il est impossible d'avancer jusqu'au siège de la rupture et l'accoucheur doit se laisser guider par les signes indiqués plus haut pour établir son diagnostic qu'il vérifiera après l'accouchement en introduisant la main dans l'utérus.

### § III. — Pronostic et terminaison.

Le pronostic des ruptures utérines est excessivement fâcheux. Presque toujours mortelles pour le fœtus, elles exposent aussi la femme à une mort presque certaine. Toutefois la gravité du pronostic varie suivant l'étendue de la lésion, suivant son siège, et suivant les phénomènes consécutifs auxquels elle donne lieu.

On a cité des cas dans lesquels le trouble profond produit dans l'organisme par la rupture et le passage du sang, des eaux, du fœtus dans l'abdomen, a causé la mort instantanée de la femme. Mais, le plus souvent, des phénomènes particuliers, symptômes des accidents consécutifs à la lésion première, précèdent la terminaison fatale. Celle-ci peut être le résultat de l'hémorrhagie, des inflammations et suppurations produites par le séjour longtemps prolongé d'un corps étranger dans la cavité péritonéale, ou des opérations nécessaires à son extraction.

A. *Hémorrhagie.* — La perte est le plus fréquent et en même temps le plus promptement mortel de tous ces accidents. Elle a évidemment sa source dans les vaisseaux utérins déchirés, surtout quand la rupture s'est opérée dans le point où était inséré le placenta; mais lorsque ce point d'insertion a été respecté, elle provient en grande partie des vaisseaux utéro-placentaires que le décollement du placenta a déchirés. Les bords de la rupture, quand celle-ci occupe un point éloigné du placenta, fournissent, en général, peu de sang. Ordinairement il ne s'en écoule qu'une faible quantité à l'extérieur: il s'en épanche, au contraire, une grande quantité dans le ventre; et ce liquide, mêlé à l'eau de l'amnios et au tronc du fœtus passés en grande partie dans le péritoine, distend outre mesure l'abdomen. Cet épanchement n'est pas moins grand lorsque les eaux se sont écoulées, et que l'enfant est situé dans la matrice de manière à ne pas pouvoir être expulsé. Les bords de la rupture ne pouvant alors être rapprochés par la contraction, les vaisseaux déchirés continuent à verser le sang à grands flots jusqu'à ce que les parois du bas-ventre opposent à l'épanchement une résistance toujours trop tardive pour empêcher la mort. Celle-ci peut ainsi survenir sans qu'aucun signe ait fait soupçonner la rupture. Il peut arriver enfin, même lorsque l'accouchement est terminé sur-le-champ, que la contraction ne soit pas assez énergique pour oblitérer complètement le calibre des vaisseaux, et que l'hémorrhagie continue assez longtemps pour tuer la femme.

C'est ordinairement dans le péritoine que s'opère l'épanchement. Mais lorsque cette tunique séreuse n'est pas comprise dans la solution de continuité, le sang filtre entre elle et l'utérus, gagne la duplicature des ligaments larges, et peut ainsi parvenir jusque dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes. C'est dans ces cas surtout que l'on trouve une couche de sang noir interposée entre le péritoine et l'utérus, épanchement qui, se modelant exactement à la surface

externe de l'organe, en prend la forme, et peut ainsi en imposer par la couleur livide pour un état gangréneux de ce viscère (Duparcque).

Toutefois l'utérus peut se rompre sans que cet accident soit nécessairement suivi d'une hémorrhagie grave. Souvent la rupture a lieu dans un point peu pourvu de vaisseaux : au voisinage du col, par exemple. D'autre part, il peut arriver que l'œuf restant intact après la rupture, la crevasse se trouve plus ou moins exactement comblée, soit par une des portions des membranes, une portion du placenta, ou une partie du fœtus. Les bords de la crevasse peuvent être resserrés sur le tronc de l'enfant en partie chassé dans le ventre, et la compression salutaire qui en résulte s'oppose à la continuation de l'hémorrhagie. Enfin, lorsque l'œuf entier est rapidement chassé à travers la crevasse jusque dans la cavité du péritoine, l'utérus, se rétractant promptement, empêche la perte, ou du moins la rend très-peu abondante, en opposant par cette rétraction une digue assez puissante à l'écoulement du sang.

**B. Inflammation.** — Lorsque la femme ne succombe pas à la perte qui succède immédiatement à la rupture, tout se calme momentanément, mais bientôt la présence de corps étrangers dans le péritoine détermine une inflammation d'autant plus grave qu'ils sont plus volumineux. Lors même qu'on est parvenu à enlever par une voie quelconque le fœtus et le délivre, l'inflammation, bien que moins à craindre, peut encore résulter des opérations ou des efforts nécessaires à cette extraction, et se terminer promptement par la mort.

**C. Passage et étranglement d'un intestin à travers la rupture.** — On a vu une portion plus ou moins considérable de l'intestin faire hernie à travers la crevasse de l'utérus, et être étranglée par la rétraction de l'organe. Cet accident, qu'il serait impossible de soupçonner si le fœtus était encore renfermé dans la matrice, ou si celle-ci était complètement revenue sur elle-même, pourrait cependant l'être immédiatement après la délivrance. On conçoit, du reste, qu'un pareil accident méconnu se termine infailliblement par la mort, comme dans l'observation citée par Percy et reproduite par M. Deneux; aussi toutes les fois qu'on soupçonne une rupture de l'utérus, faut-il, immédiatement après la délivrance, porter la main dans l'intérieur de l'organe, et, imitant la conduite de Rungius, repousser les intestins, tenir la main dans la cavité utérine jusqu'à ce que cet organe se soit assez rétracté, et la déchirure assez rétrécie pour empêcher la reproduction de la hernie.

**D. Guérison.** — Cependant quelques femmes ont échappé à tous ces dangers : quelques-unes ont même supporté la gastrotomie, et ont survécu aux accidents consécutifs; chez d'autres, le fœtus et ses annexes, complètement passés dans la cavité péritonéale, ont donné lieu à des accidents inflammatoires qui se sont peu à peu calmés. Il s'est formé, par suite de cette inflammation, des adhérences protectrices : le fœtus et les annexes se sont trouvés enfermés par un kyste pseudo-membraneux qui les isolait d'une partie voisine : celles-ci se sont peu à peu habituées à ce nouveau voisinage, qui a persisté pendant un temps plus ou moins long, et quelquefois pendant toute la vie. Ce kyste, comme celui qui environne le reste des grossesses extra-utérines, peut devenir le siège d'un nouveau

travail inflammatoire; ses parois contractent alors des adhérences avec les organes voisins, et l'on voit quelquefois après de longues années, des ulcérations, des perforations faire communiquer la cavité du kyste avec la cavité de l'intestin, de la vessie, et les dernières pièces du squelette être expulsées par l'urèthre, le rectum ou le vagin (1).

Lorsque, malgré la rupture, le fœtus est resté dans la cavité de l'utérus, et que les contractions ne l'expulsent pas immédiatement, par les voies naturelles, les mêmes phénomènes peuvent plus tard se manifester. Le tissu utérin, enflammé, ulcéré, contracte des adhérences avec les parois abdominales ou celles de quelque organe voisin, et les débris du fœtus sont expulsés à travers la paroi ulcérée et perforée, ou bien par les ouvertures naturelles des organes excréteurs (Duparcque).

#### § IV. — Anatomie pathologique.

Tous les points de l'utérus peuvent devenir le siège des ruptures. Il est cependant quelques parties qui en sont le plus souvent affectées : telles sont les parties inférieures, le fond, les côtés du corps ou les parties supérieures ou sous-vaginales du col. Du reste, le siège de la rupture varie suivant la cause qui y a donné lieu, suivant aussi l'époque à laquelle elle survient. Pendant la grossesse, c'est toujours le corps de l'organe qui est rompu, et pendant le travail, au contraire, c'est vers le col ou la partie inférieure du corps, en général plus aminci et moins soutenu, qu'on rencontre ces solutions de continuité. Lorsque l'accident a été produit par une compression extérieure, les parois éclatent et se déchirent en général vers les parties latérales; lorsqu'il a été la conséquence d'une contusion, le point meurtri est ordinairement celui qui plus tard se déchire. Si la rupture a été précédée d'une altération organique, c'est vers le point qui en était le siège qu'existe la déchirure. Mais il peut se faire, dit M. Dubois, que ce point de l'utérus anciennement malade, au lieu d'être plus faible, soit plus fort au contraire, et résiste plus que les parties saines qui se déchirent à côté (Taurin, thèse). Les parois postérieures, protégées par le plan postérieur de l'abdomen, semblent devoir être complètement à l'abri de pareils accidents. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, et les auteurs ont cité des faits qui prouvent la possibilité de semblables ruptures. Suivant M. Robertson, lorsque la rupture est causée par l'étroitesse du bassin, elle peut occuper toutes les parties de

(1) Voyez pour les cas de guérison : Peu, *Pratique des accouchements*, 341; Hamilton, *Outline of midwifery*; James Hamilton, *Select cases in midwifery*, 136; Jos. Clarke, *Trans. of association*, vol. I; Douglas, *Essays on rupture of uterus*, p. 7; Labatt, *Dublin med. essays*, 343; Frizell, *Trans. of association*, vol. II, p. 15; Roos, *Annals of med.*, vol. III, p. 877; Kite, *Mem. of med. Society*, vol. IV, p. 253; Powel, *Med. chir. Transact.*, vol. XII, p. 357; Birch, *ibid.*, vol. XIII, p. 357; Smith, *ibid.*, p. 373; MacIntyre et Brook, *Med. Gazette*, vol. VII et janvier 1829; Hendrie, *Amer. Journ. med. science*, vol. VI, p. 351; Davis, *Obs. med.*, vol. II, p. 1070.

MM. Keevar et Collins en ont chacun rapporté deux cas; M. Duparcque en a cité quatre appartenant aux auteurs français. Oslander dit qu'il a observé plusieurs faits semblables; enfin, M. Velpeau en a cité quelques autres.

l'utérus, mais plus souvent peut-être la partie postérieure et inférieure; ce qui s'explique, dit-il, par la pression que la saillie sacro-lombaire exerce sur cette région. Quelquefois aussi elle survient dans la région inférieure et antérieure; elle est due alors aux projections osseuses situées à la face interne de la symphyse pubienne. Quant à la paroi antérieure et supérieure, c'est elle qui est le plus souvent atteinte par les corps vulnérants, et c'est sur elle que, presque exclusivement, on observe les plaies.

Rien n'est plus variable que l'étendue, la forme et la direction des ruptures utérines. Quelquefois ce n'est qu'un petit trou capable d'admettre le doigt, d'autres fois une large déchirure qui s'étend dans les deux tiers du fond ou du pourtour du col, ou qui occupe la presque totalité de l'organe. Elle peut offrir une direction longitudinale, transversale ou oblique, affecter une forme circulaire, comme cela arrive souvent au col, ou bien être en ligne droite ou en zigzag. Si l'on examine les bords de la division, on voit qu'ils présentent rarement une coupe nette et bien régulière: le plus souvent on les trouve inégaux, comme hachés, contus, ecchymosés, dans une profondeur plus ou moins grande. Si la rupture a été la conséquence d'une altération organique, on retrouve dans le point qui en est le siège les traces anatomiques des maladies antécédentes. Si la malade n'a succombé que plusieurs jours après l'accident, on constate à l'autopsie la présence des matières épanchées dans le péritoine, les marques non équivoques d'une inflammation violente de cette séreuse, et les bords de la crevasse utérine sont quelquefois alors rouges, livides, enflammés, quelquefois même gangrenés.

Les déchirures de la matrice n'entament pas toujours toute l'épaisseur de l'organe. Les tuniques qui entrent dans la composition de la paroi utérine ne jouissent pas de la même élasticité, de sorte que l'on conçoit facilement qu'elles puissent se rompre isolément. Fort souvent, par exemple, dit madame Lachapelle, une fissure de l'orifice, propagée jusqu'au col et même jusqu'au corps de l'organe, a divisé toute la couche musculaire en laissant intacte la membrane séreuse. C'est surtout sur les côtés qu'elle a observé de pareilles fissures, et c'était alors la duplicature du ligament large qui recouvrait la plaie et l'empêchait de pénétrer dans l'abdomen. M. Duparcque cite un cas absolument semblable, et le docteur Collins rapporte neuf cas dans lesquels le péritoine ne fut pas intéressé, bien que la couche musculaire du col fût déchirée dans une grande étendue. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer un cas identique dans le service de M. le professeur Velpeau, et j'ai pu constater la vérité de la remarque faite par M. Cruveilhier: c'est que la laxité de l'adhérence du péritoine au niveau du col et des bords de l'utérus explique pourquoi, dans ces cas de déchirure considérable du col utérin, le péritoine participe rarement à la déchirure, et pourquoi l'épanchement de sang se fait alors entre le tissu de l'utérus et la séreuse péritonéale. Dans quelques cas il a pu s'accumuler une très-grande quantité de sang, et le fœtus lui-même, chassé de la cavité utérine, a été retrouvé tout entier dans l'espèce de sac formé par la séreuse décollée.

Dans quelques circonstances beaucoup plus rares, la paroi musculaire résiste,

et la séreuse péritonéale cède seule. La maladie est alors fort difficile à reconnaître pendant la vie, car les phénomènes qui précèdent la mort sont ceux de l'hémorrhagie ou d'une péritonite violente; mais à l'autopsie on trouve ordinairement une grande quantité de sang, et, en cherchant d'où il a pu provenir, on trouve sur la séreuse utérine une ou plusieurs fissures d'une étendue variable. Au cas cité par Ramshotham, on peut maintenant en ajouter plusieurs autres récemment publiés; un des plus curieux est celui rapporté par Henri Partridge (*Arch. de méd.*, t. XIX), dans lequel on trouva à l'autopsie sur la surface postérieure de l'utérus un grand nombre de déchirures dirigées transversalement, plus ou moins recourbées, variables pour la profondeur, et offrant depuis 1 jusqu'à 5 centimètres en longueur. Un lambeau de péritoine, complètement détaché, pendait au dedans de l'abdomen, et laissait voir à nu le tissu charnu dont il avait été arraché.

#### § V. — Traitement.

Les moyens proposés contre les ruptures de l'utérus sont prophylactiques et curatifs. Les premiers ont pour but d'éloigner l'influence des causes que nous avons considérées comme prédisposantes, et nous renvoyons pour celles dont il est possible de prévoir l'existence, tels que les obstacles divers à l'accouchement, aux différents chapitres de la dystocie. Quant aux autres causes, comme il est le plus souvent impossible de les soupçonner, nous n'en dirons rien.

La rupture utérine n'est grave que par les conséquences fâcheuses dont elle est suivie; aussi n'est-ce pas contre elle, mais bien plutôt contre les accidents consécutifs, que les moyens de traitement doivent être dirigés. Le meilleur moyen de les prévenir est de faciliter la rétraction de l'utérus, d'extraire immédiatement le fœtus et ses annexes; car nous avons vu que c'était surtout l'hémorrhagie et les accidents inflammatoires consécutifs au déplacement du fœtus et à son séjour dans le ventre que nous devons particulièrement redouter.

Pour préciser les indications qui se présentent alors, nous supposons la rupture survenant pendant le travail, pendant les derniers mois de la grossesse, et pendant la première période de la gestation.

1<sup>o</sup> *Pendant le travail.* — Ou bien l'enfant est resté en place, ou bien il a été poussé hors de la cavité utérine.

A. *Si l'enfant est resté en place*, son extraction par la version pelvienne ou l'application du forceps est évidemment la seule opération proposable. Quand on applique le forceps, il est très-important, suivant la remarque de M. Dubois, de fixer le fœtus avec la main d'un aide, appliquée sur les parois abdominales, pour l'empêcher de remonter dans la cavité du péritoine à travers la crevasse. On doit aussi porter une attention toute spéciale à l'introduction des cuillers, quand la déchirure du col est transversale, afin d'éviter de les pousser dans le ventre à travers la crevasse. Dans le cas où un obstacle appartenant au bassin ou aux parties molles s'opposerait à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, il faudrait évidemment pratiquer la gastrotomie s'il était vivant et bien viable;

la craniotomie, s'il était mort, ou s'il avait dû souffrir beaucoup de la lenteur du travail.

B. *L'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale.* — Toutes les fois qu'une partie de l'enfant est renfermée dans l'utérus, l'autre étant engagée dans l'abdomen à travers la crevasse, on doit encore chercher à l'extraire par les voies naturelles, en agissant sur la partie qui est restée dans l'utérus, ou qui est déjà engagée dans le col ou dans le vagin. Si la partie qui se présente était très-éloignée et que la main ou les instruments n'eussent pas sur elle une prise suffisante, il faudrait aller, à travers la crevasse, chercher les pieds de l'enfant que l'on ramènerait dans le vagin. Le passage des eaux et d'une partie du fœtus peut avoir déterminé la rétraction de la matrice, et les bords de la rupture, participant à cette rétraction, peuvent se trouver resserrés sur le tronc de l'enfant et rendre le passage de la main impossible; on pourrait alors, suivant le conseil de quelques accoucheurs, se servir de l'instrument tranchant et agrandir la plaie de l'utérus pour se frayer un passage: mieux vaudrait cela que de pratiquer l'opération césarienne.

C. *L'enfant est tombé complètement dans la cavité abdominale.* — Si l'organe n'est pas revenu sur lui-même, si le col est suffisamment dilaté ou dilatable, si la rupture utérine est assez large encore pour laisser passer la main et le fœtus, conditions qui ne se rencontrent guère que quand la rupture s'est faite au col de l'utérus, on doit, comme dans le cas précédent, aller chercher les pieds jusque dans la cavité du ventre, les ramener par la crevasse, le col, le vagin, et extraire le fœtus par les voies naturelles. Après cette extraction, la main serait introduite de nouveau dans la cavité utérine, pour extraire le délivre, déterminer la rétraction de l'organe, et prévenir l'étranglement d'une anse intestinale, s'il en restait une portion engagée dans la crevasse.

Si par hasard le placenta était tombé dans la cavité péritonéale, il faudrait s'empresse de l'en extraire en introduisant de nouveau la main par la crevasse. Il faudrait aussi en même temps chercher à extraire les caillots sanguins formés dans le ventre.

Dans les cas où une pareille manœuvre est impossible, on n'a de ressource que dans l'opération césarienne, à moins que, effrayé par les conséquences fâcheuses de cette opération, on n'aime mieux abandonner le fœtus dans la cavité péritonéale, et laisser courir à la femme tous les dangers auxquels l'expose une pareille détermination. La mort de l'enfant bien constatée, l'arrêt de l'hémorrhagie pourrait peut-être légitimer cette dernière façon d'agir, surtout si l'on n'arrivait auprès de la femme que quelques heures après l'accident: elle ne serait jamais excusable si le fœtus était vivant, et si l'on n'avait pas la conviction que l'utérus, complètement rétracté, ait oblitéré les vaisseaux qui fournissaient le sang; la gastrotomie devra être pratiquée sur-le-champ.

2° *Pendant les derniers mois de la grossesse.* — L'extraction de l'œuf est encore ici ce qu'il y a de plus sage à faire. Elle est même impérieusement indiquée quand l'enfant est vivant et que la grossesse a dépassé le septième mois. La gastrotomie, la dilatation forcée du col, les débridements pratiqués sur le col,

sont alors les moyens proposés. L'opération césarienne sera pratiquée lorsque le fœtus aura été déplacé (voy. *Opérations césariennes*). S'il est resté dans la cavité utérine, on cherchera à dilater artificiellement le col, ce qui sera souvent possible lorsque la femme sera près du terme, lorsque surtout elle aura déjà eu plusieurs enfants. On pourrait encore rendre plus facile l'introduction de la main, par des incisions pratiquées sur le pourtour du col. Mais ces tentatives doivent être faites avec la plus grande prudence, et pour peu qu'elles offrent de difficultés et qu'elles nécessitent un temps très-long, il faut y renoncer et se frayer un passage à travers la paroi abdominale.

3° *Pendant les premiers mois de la grossesse.* — La plupart de nos maîtres donnent le conseil d'abandonner, dans ce cas, la malade aux ressources de la nature, de s'abstenir de toute opération, et de se borner à combattre les accidents consécutifs. Or, dit M. Duparcque, trois nouvelles indications se présentent: 1° prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation, en relevant le moral de la femme instinctivement frappée de craintes et d'inquiétudes, en administrant les antispasmodiques diffusibles par la bouche, la peau et les voies respiratoires; 2° combattre ou prévenir l'hémorrhagie par la compression abdominale, la compression de l'aorte, les réfrigérants, etc.; 3° prévenir et combattre l'inflammation qui succède ordinairement aux déplacements de l'œuf par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux.

## ARTICLE II

## DES RUPTURES DU VAGIN

Les parois du vagin peuvent se déchirer pendant l'accouchement. Mais, à cause des différences qu'elles présentent suivant le point du canal que ces ruptures occupent, on a l'habitude d'étudier séparément les déchirures de l'extrémité supérieure de la partie moyenne et de l'extrémité inférieure.

Les deux dernières sont assez peu graves en général, ou du moins les dangers et les indications qu'elles présentent sont plutôt du ressort du chirurgien que de l'accoucheur. A l'exception, en effet, du thrombus de la vulve, qui peut, comme nous l'avons vu, nécessiter pendant le travail l'intervention de l'art, toutes les autres déchirures ne sont fâcheuses pour la femme qu'autant qu'elles l'exposent à des fistules vésico- ou recto-vaginales, dont nous ne devons pas traiter ici d'une manière spéciale. Au contraire, les déchirures qui occupent l'extrémité supérieure du canal vulvo-utérin méritent de fixer un instant notre attention, car elles peuvent, comme les ruptures de la partie inférieure de l'utérus, devenir causes de la dystocie.

Les déchirures de la partie supérieure du vagin peuvent être le résultat de tractions ou de pressions directes. Les tractions exercées sur la partie supérieure du vagin peuvent être dues à la contraction utérine, au refoulement artificiel de la matrice ou de la partie de l'enfant qui se présente; enfin, à tout acte des