

(1) ou dans la vessie selon une observation de M. *Morlane* et une autre plus récente communiquée par M. *Lecieux* à la Société médicale d'émulation de Paris (2), soit enfin, même dans l'estomac comme *Marcellus Donatus* (3), *Georges Salmuth* (4) et *Bernard Montana* (5) semblent en avoir vu des exemples également rapportés par *Thomas Bartholin* (6), professeur d'anatomie à Copenhague. Selon les auteurs que nous venons de citer, les débris du fœtus en partie, réduits en putrilage, ont été entraînés par les liquides purulents et rejetés au dehors ; dans certains cas par l'anus, par la vulve à travers une ouverture spontanée des parois abdominales, et dans d'autres cas, au moyen du vomissement ; enfin, d'après l'observation du docteur *Lecieux*, les os du fœtus passés dans la vessie, y seraient devenus les noyaux de plusieurs calculs urinaires. Si quelques femmes sont mortes, parce que chez elles la nature n'avait pu produire des efforts aussi salutaires, quelques autres ont succombé, parce qu'après une première évacuation des débris du fœtus, un os de ce dernier qui s'était

(1) The Edimburgh. med. and. surg. journal. juillet 1833.

(2) Bulletin de la Société méd. d'émul. 1822.

(3) De historiâ medicâ mirabili. 1586.

(4) Observationum medicarum centur, posthumæ. 1658.

(5) Libro, del ant. del hombre. 1550.

(6) De insolitis partûs viis. 1664.

présenté en travers où qui était trop volumineux, avait bouché l'ouverture par laquelle la détersion complète aurait pu s'effectuer.

De tous les moyens de diagnostic, l'introduction de la main dans le vagin et la cavité utérine, est sans contredit celui qui est toujours le plus fidèle et celui qui laisse le moins d'obscurité sur les différentes ruptures de la matrice. En effet, si au moyen de la palpation abdominale, on distingue assez bien le fœtus, et près de lui une tumeur dure et arrondie formée par l'utérus plus ou moins contracté, on constate en portant la main dans le vagin et à travers l'orifice de la matrice, non seulement la déchirure elle-même et le lieu où elle existe, mais encore les circonstances qui l'accompagnent. Si la rupture a eu lieu au col, les chances sont moins défavorables, parce que le plus souvent on peut extraire le fœtus par la plaie et le vagin, sans avoir besoin de pratiquer la gastrotomie. Dans tous les cas, le pronostic est toujours très fâcheux, mais, comme nous l'avons déjà dit, les annales de la science possèdent un assez grand nombre de faits qui prouvent que des femmes ont survécu à une rupture du corps de l'utérus surtout lorsqu'elles ont pu être secourues à temps par des mains habiles.

L'indication la plus pressante à remplir après une rupture de la matrice, est d'abord de faire sans retard l'extraction du fœtus et du placenta, dont la

présence forme la complication la plus fâcheuse, et ensuite de combattre les accidents consécutifs selon les indications. Si l'enfant n'était pas passé entièrement dans la cavité abdominale, on devrait toujours tâcher de déterminer l'accouchement par les voies naturelles; mais dans le cas contraire il faudrait avoir recours le plutôt possible à la gastrotomie, parce que ce moyen extrême peut offrir quelques chances de salut à la mère et surtout à l'enfant qui périrait indubitablement si l'on n'agissait pas promptement.

L'opération de la gastrotomie se pratique de la manière suivante : après avoir fait coucher la femme sur un lit solide et fait placer sous son siège, un coussin, afin d'augmenter la saillie du ventre, l'opérateur, placé à la gauche de la malade, pratiquera sur les parois abdominales et vers la région, qui correspond au lieu qu'occupe l'enfant, une incision longitudinale ou oblique qu'il aura toujours soin de borner à une étendue de cinq à six pouces. Cette première incision abdominale, dont le lieu et la direction seront déterminés par la position du fœtus, devra n'intéresser que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; puis, plongeant le bistouri avec précaution dans l'angle inférieur de la plaie, on fera une ouverture suffisante pour permettre l'introduction du doigt indicateur de la main gauche; alors remplaçant le premier instrument par un bistouri boutonné, le

chirurgien portera ce dernier jusque dans l'abdomen, en le faisant longer le doigt resté dans la plaie, et coupera ensuite les muscles et les aponévroses dans la même direction et la même étendue que la première incision qui a été faite extérieurement. Si pendant l'opération, des vaisseaux considérables avaient été ouverts, on devrait les lier ou encore mieux en faire la torsion; dans le cas contraire, il faudrait sans retard introduire une main dans l'abdomen pour l'extraction de l'enfant et du placenta; cependant, si ce dernier était resté dans la cavité utérine, peut-être vaudrait-il mieux abandonner son expulsion aux efforts de la nature, après avoir fait la ligature du cordon.

Le pansement de la plaie est très simple; il consiste dans l'application de bandelettes agglutinatives, et de quelques plumasseaux de charpie recouverts de compresses et maintenus en place au moyen d'un bandage de corps médiocrement serré. Pour faciliter le plus possible le rapprochement des bords de la plaie, on fera prendre à la malade une position convenable; on lui conseillera de nourrir pour diminuer l'écoulement des lochies et surtout pour déterminer une irritation mammaire révulsive qui ne pourra qu'être très favorable à la guérison. On soumettra ensuite la femme à une diète sévère, et l'on combattra les accidents inflammatoires et nerveux par les antiphlogistiques et les antispasmodiques les