

ce qui est nécessairement très douloureux. Si le placenta ou les membranes flottent dans la cavité utérine, on les enlèvera facilement en une seule fois, si elles sont adhérentes, on les détachera soigneusement. Et pendant tout le temps que l'orifice restera entr'ouvert, on en profitera pour nettoyer complètement l'utérus avec du liquide de Condé et de l'eau, afin de diminuer les risques de septicémie.

La rétroflexion est facilement reconnue par l'examen vaginal ; comme traitement, on la réduira avec la main et on appliquera un pessaire de Hodge bien ajusté.

CHAPITRE XVI

RUPTURE DE L'UTÉRUS, ETC.

La rupture de l'utérus est un des accidents les plus dangereux du travail, et elle a été considérée jusqu'à nos jours comme presque fatalement mortelle, et en dehors des ressources de l'art. Heureusement, elle est rare, bien que les statistiques varient tellement qu'on ne puisse arriver à se faire une idée exacte de son degré de fréquence. Cela tient, sans doute, à ce que plusieurs tables confondent les déchirures partielles, et relativement peu graves, du col et du vagin avec la rupture du corps et du fond de l'utérus. Ce n'est que dans les grands services d'accouchement, où les résultats de toutes les observations sont conservés avec soin, qu'on peut faire des statistiques exactes ; mais, dans la pratique privée, un si épouvantable accident n'est pas publié. Pour montrer les différences qui existent entre les résultats donnés par les auteurs, on peut consulter leurs statistiques ; Burns estime que la proportion de l'accident est de 1 sur 940 accouchements, Ingleby 1 sur 13 ou 1400, Churchill 1 sur 1331, Lehmann 1 sur 2433. Parmi les derniers mémoires publiés sur ce sujet, on pourra consulter l'excellente thèse du Dr Jolly, de Paris, qui contient des statistiques sérieuses ¹. Il a trouvé sur 782,741 accouchements 230 ruptures, à l'exclusion de celles du vagin ou du col, c'est-à-dire 1 sur 3403 accouchements.

Sa gravité.

Elle est rare.

1. *Rupture utérine pendant le travail*, 1873.

Siège de la rupture.

Les déchirures peuvent se produire sur n'importe quelle partie de l'utérus, le fond, le corps ou le col. Celles du col ont relativement moins d'importance, et s'observent, à un degré léger, dans presque tous les premiers accouchements. Mais celles qui comprennent la portion sus-vaginale du col ont réellement une certaine gravité. Les ruptures de la portion supérieure de l'utérus sont beaucoup moins fréquentes que celles de la portion voisine du col, sans doute parce que le fond est au delà des atteintes des causes mécaniques auxquelles on peut fréquemment attribuer l'accident, et parce que le tiers inférieur de l'organe est exposé à la compression entre la partie qui se présente et les os du bassin. Selon Mme Lachapelle, le siège de l'insertion placentaire est rarement compris dans la rupture, mais il n'y échappe pas toujours, ainsi que le prouvent de nombreuses observations. La rupture siège le plus souvent au niveau de la jonction du corps et du col, soit en avant, soit en arrière, en face du sacrum, ou derrière la symphyse pubienne, mais parfois aussi sur les côtés du segment inférieur de l'utérus. Dans quelques cas, le col tout entier a été déchiré et détaché sous forme d'anneau.

Elle est plus fréquente à la jonction du corps et du col.

La déchirure peut être partielle ou complète.

La déchirure peut être partielle ou complète; celle-ci est la plus commune. Quelquefois le tissu musculaire seul est déchiré, et l'enveloppe péritonéale reste intacte; ou bien c'est l'inverse, le péritoine présente différentes fissures dans plusieurs directions, sans que la couche musculaire ait été atteinte. L'étendue de la lésion est fort variable, parfois c'est une petite déchirure seulement, parfois une large ouverture, suffisante pour permettre à tout le contenu de la matrice de passer dans la cavité abdominale. La direction de la lésion est aussi variable que ses dimensions, mais elle est plus fréquemment verticale que transversale ou oblique. A l'examen *post mortem*, on trouve les bords de la déchirure irréguliers et dentelés, probablement à cause de la contraction des fibres musculaires, qui sont souvent ramollies, infiltrées de sang et même gangrénées. La cavité péritonéale contient une grande quantité de sang extravasé, et

cette hémorrhagie est une des causes les plus sérieuses du danger.

Les causes sont divisées en *prédisposantes* et *excitantes*; et les recherches modernes tendent à démontrer de plus en plus que celles qui ont produit la déchirure n'ont pu y parvenir que parce que l'utérus était dans un état de prédisposition à cet accident, et qu'elles n'auraient pas amené ce résultat sur un organe parfaitement sain. Nous sommes loin de connaître encore quelles sont ces causes prédisposantes, et comment elles agissent, et le sujet offre un vaste champ aux recherches pathologiques.

Les causes sont prédisposantes ou excitantes.

On croit, en général, que les déchirures sont plus communes chez les multipares que chez les primipares. Mais Tyler Smith conteste l'exactitude de cette opinion, et considère les ruptures de l'utérus comme relativement aussi communes dans le premier accouchement que dans les suivants. Les statistiques n'ont pas été jusqu'ici suffisamment soignées pour qu'on puisse conclure avec justesse, mais il est raisonnable de supposer que les modifications pathologiques, signalées aujourd'hui comme causes prédisposantes, se rencontrent bien plus souvent chez les femmes dont l'utérus a été soumis à des grossesses répétées. L'âge paraît avoir une grande influence, puisque, dans l'immense majorité des cas, l'accident s'est produit entre la trentième et la quarantième année.

L'accident est plus commun, dit-on, chez les multipares.

Age de la femme.

Les altérations du tissu de l'utérus sont probablement les causes prédisposantes les plus importantes, bien que nos recherches sur ce point soient encore incomplètes. On peut indiquer, entre toutes, un état morbide des fibres musculaires, résultat de coups ou de contusions pendant la grossesse; une dégénérescence graisseuse prématurée du tissu musculaire, anticipation sur l'involution normale après l'accouchement; des tumeurs fibreuses, ou une infiltration maligne des parois utérines produisant un état morbide du tissu, ou agissant comme obstacle à l'expulsion du contenu de l'utérus. L'importance de ces modifications a été surtout signalée en Angleterre par Mur-

Altérations du tissu de l'utérus.

phy, et en Allemagne par Lehmann, et il est impossible de ne pas les regarder comme des causes prédisposantes de rupture. Toutefois je ferai observer que ces opinions reposent sur des hypothèses acceptables plutôt que sur l'observation de faits pathologiques.

Manque de proportion entre l'enfant et le bassin.

Une autre variété très importante de causes prédisposantes renferme les particularités qui tendent à amener une disproportion entre le volume de l'enfant et la capacité du bassin¹.

Vices de conformation du bassin.

Les vices de conformation du bassin sont regardés depuis longtemps comme favorables aux ruptures utérines, et leur importance ressort de ce fait que, sur 19 observations de l'accident, soigneusement recueillies par Radford², le bassin était rétréci onze fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. Radford fait la curieuse remarque que les ruptures paraissent se produire plutôt lorsque le rétrécissement est léger; et il l'explique en supposant que dans les rétrécissements minimes le segment inférieur de l'utérus s'engage dans le détroit supérieur, et se trouve, par conséquent, beaucoup plus soumis à la compression, tandis que dans une déformation extrême l'orifice et le col sont toujours situés au-dessus du détroit, le corps et le fond de l'utérus pendant entre les cuisses de la femme. Cette explication est raisonnable, mais il ne faut pas oublier que la rareté des ruptures dans les bassins extrêmement vicieux dépend peut-être plutôt de la rareté de ce degré de rétrécissement.

Présentation vicieuse ou volume exagéré du fœtus.

Parmi les causes qui amènent une disproportion, on peut mentionner du côté du fœtus une présentation vicieuse, suivie de douleurs impuissantes à produire l'expulsion, ou bien un volume considérable de la partie qui se présente. Ce dernier

1. Dans ces dernières années le mécanisme de production des ruptures utérines a été étudié par le D^r Bandl (de Vienne) dans un travail remarquable. Il a montré comment toute disproportion entre les diamètres du bassin et le volume de la présentation favorisait la rupture. On trouvera dans la thèse du D^r Budin (*Des lésions traumatiques chez la femme*, etc., pages 84, 85, 86 et seq.) un exposé succinct des idées de Bandl qui sont aujourd'hui généralement admises. (*Trad.*)

2. *Obst. Trans.*, vol. VIII.

fait expliquerait la plus grande fréquence de la rupture lorsque l'enfant est un garçon, parce que, en général, la tête des garçons est plus grosse que celle des filles. L'influence de l'hydrocéphalie intra-utérine a été signalée pour la première fois par sir James Simpson¹, qui a trouvé sur 74 cas de cette difformité 16 ruptures de l'utérus. Toutes les fois qu'il y a disproportion, imputable soit au bassin, soit à l'enfant, la rupture peut se produire de deux manières: ou bien à la suite de contractions excessives et infructueuses provoquées par les efforts de l'organe pour surmonter l'obstacle, ou par la compression du tissu utérin entre la partie qui se présente et les os du bassin, et consécutivement l'inflammation, le ramollissement et même la gangrène.

Les causes immédiates de la rupture peuvent être divisées en deux classes: lésion mécanique et contraction utérine excessive. Dans la première, je range les cas rares où les déchirures sont le résultat de quelque violence dans les premiers mois de la grossesse, tels que coups, chutes, etc. Malheureusement, on rencontre moins rarement ces lacérations produites par des essais maladroits de délivrance de la part de l'accoucheur, soit par la main pendant la version, soit par les branches du forceps. On rapporte beaucoup d'exemples dans lesquels le médecin a usé de force et de violence plutôt que d'adresse, en essayant de surmonter un obstacle.

La preuve que ces résultats malheureux de l'ignorance ne sont pas aussi rares qu'ils devraient l'être, on la trouvera dans la thèse de Jolly, qui a recueilli 71 observations de ruptures pendant la version podalique, 37 causées par le forceps, 10 par le céphalotribe, et 30 par d'autres opérations dont la nature n'est pas précisée². Je n'ai pas besoin d'insister sur le *modus operandi* des contractions utérines prolongées et inefficaces, comme cause de rupture, il est suffisamment manifeste. J'appellerai toutefois l'attention sur les effets de l'ergot, administré

Causes mécaniques de rupture.

Contraction utérine excessive.

Administration intempestive de l'ergot de seigle.

1. *Selected obst. Works*, p. 385.

2. *Op. cit.*, p. 38.

6 v. 100

intempestivement. Il est évident que l'emploi immodéré de ce médicament a été souvent suivi de déchirure des fibres utérines stimulées outre mesure. Ainsi Trask, traitant ce sujet, dit que Meigs a vu 3 cas de rupture, et Bedford 4, directement imputables à cette cause. Jolly a trouvé que l'ergot avait été largement administré dans 33 observations où la rupture se produisit.

Symptômes.

Quelques auteurs ont supposé qu'on pouvait prévoir fréquemment la rupture utérine à l'aide de certains symptômes prémonitoires, par exemple des crampes excessives et aiguës vers la partie inférieure de l'abdomen, dues, sans aucun doute, à la compression d'une portion des parois de l'utérus. Mais ces symptômes sont beaucoup trop vagues pour être interprétés dans ce sens, et la rupture se fait souvent sans que nous ayons pu saisir aucun indice qui nous la fit soupçonner.

Symptômes généraux.

Parfois les symptômes sont assez clairs et assez alarmants pour ne laisser aucun doute sur la nature de l'accident; parfois, au contraire, surtout si la déchirure est partielle, ils ne sont pas très-marqués, et le médecin peut hésiter dans son diagnostic. Dans le premier cas, la femme éprouve une douleur soudaine et foudroyante dans l'abdomen, en général pendant une contraction utérine, et en même temps elle sent que quelque chose a éclaté. Quelquefois la rupture s'accompagne d'un bruit parfaitement entendu par les assistants. Aussitôt il survient un écoulement considérable de sang par le vagin, et les douleurs, qui étaient très-fortes, cessent subitement de se faire sentir. Il se développe bientôt quelques symptômes généraux alarmants, dus en partie à la commotion, en partie à la perte de sang à la fois interne et externe. La face exprime la plus vive souffrance, la peau est froide et couverte d'une sueur profuse, la femme s'évanouit, tombe dans le collapsus, avec un pouls rapide et filiforme, la respiration anxieuse, des vomissements, enfin tous les signes d'un épuisement extrême.

Examens abdominal
et vaginal.

Dans les cas bien nets, le palper abdominal et le toucher donnent des indications caractéristiques. Si, comme cela arrive

souvent, l'enfant est tombé tout entier, ou en grande partie, dans la cavité abdominale, on peut le sentir parfaitement à travers les parois du ventre, et trouver à part l'utérus partiellement rétracté sous la forme d'une tumeur globuleuse distincte, tel qu'il est après l'accouchement. Par le vagin, on observe que la partie qui se présentait a soudainement disparu et n'est plus accessible, ou bien on trouve une autre partie de l'enfant à la place de la première. Si la rupture est étendue, elle peut être appréciable par le toucher, et quelquefois on sent une anse de l'intestin faisant hernie à travers la déchirure. On a noté aussi quelques autres symptômes, par exemple de l'emphysème de la région inférieure de l'abdomen, qui résulte de l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire, ou encore la présence d'une tumeur sanguine dans l'hypogastre ou le vagin. Mais ces signes sont trop rares et trop vagues pour avoir une grande valeur diagnostique.

Malheureusement, les symptômes ne sont pas toujours aussi marqués, et on rencontre des cas où les signes probables de la rupture, la cessation soudaine des douleurs, l'hémorrhagie externe, la rétrocession de la partie qui se présente font complètement défaut. Quelquefois ils sont si obscurs que la véritable nature de l'accident n'a été reconnue qu'après la mort. Cependant il est rare que la secousse et la prostration ne soient pas assez sensibles pour faire naître des soupçons, même en l'absence des signes ordinaires. Dans quelques cas, des contractions distinctes et régulières se sont produites après la déchirure, et l'enfant est même né dans les conditions normales; l'erreur est alors très-possible. Une circonstance si curieuse est difficile à expliquer. La déchirure n'avait probablement pas intéressé le fond de l'utérus, qui s'est contracté assez énergiquement pour expulser l'enfant. Les symptômes sont alors très-obscurs, et le praticien peut parfaitement ne pas avoir reconnu la gravité de l'accident en l'absence des signes caractéristiques ordinaires.

Le pronostic est nécessairement de la plus haute gravité;

Les symptômes sont
parfois obscurs.Les contractions uté-
rines continuent par-
fois après la rupture.

Pronostic.

mais les progrès modernes du traitement nous autorisent peut-être à dire qu'il n'est pas absolument sans espoir, ainsi que l'enseignant en général nos ouvrages d'obstétrique. Lorsque nous réfléchissons à la nature de l'accident, au choc nerveux épouvantable, à l'hémorrhagie profuse à la fois au dehors et dans la cavité péritonéale, où le sang se coagule et forme un corps étranger, au passage du contenu de l'utérus dans l'abdomen, avec les résultats inévitables de l'inflammation et ses conséquences si la femme survit à la première secousse, nous ne devons pas être surpris de l'énorme mortalité. Jolly a trouvé 100 guérisons sur 580 cas, c'est-à-dire 1 sur 6. C'est un résultat plus favorable qu'on ne l'espère généralement; aussi, comme on voit des guérisons survenir alors que l'état des malades paraissait tout à fait sans ressources, nous ne devons jamais abandonner tout espoir et nous efforcer d'arracher la femme aux dangers terribles qui la menacent.

Pour la mère.

Pour l'enfant.

Le pronostic, pour l'enfant, est presque nécessairement fatal; Mc Clintock a même signalé la cessation des bruits du cœur foetal comme un symptôme de rupture dans les cas douteux. La secousse, l'hémorrhagie profuse et le temps qui doit naturellement s'écouler avant la sortie de l'enfant, expliquent d'une façon suffisante sa mort presque certaine.

Traitement.

Ce que j'ai dit de l'impossibilité de prévoir la rupture utérine fera comprendre qu'il n'existe pas de traitement prophylactique, en dehors de l'observation des principes généraux de l'obstétrique, c'est-à-dire une intervention judicieuse lorsque les contractions utérines paraissent incapables de surmonter l'obstacle qui résulte soit du pelvis, soit du fœtus.

Indications après la rupture.

Après la rupture, les principales indications sont d'opérer l'extraction de l'enfant et du placenta, de mettre la femme à l'abri des effets de sa commotion, et, si elle vit assez longtemps, de combattre l'inflammation et ses suites. Le point capital est de décider quelle est la meilleure méthode à adopter pour l'extraction de l'enfant, car il est inadmissible de se tenir sur cette expectative désespérée recommandée par les vieux accou-

cheurs, autrement dit de laisser mourir la femme sans faire aucun effort pour la sauver. Si le fœtus est entièrement dans la cavité utérine, nul doute que la meilleure chose soit de l'extraire tout d'abord *per vias naturales*, soit par la version, soit par le forceps ou le céphalotribe. S'il se présente une autre partie que la tête, la version sera préférable, en prenant soin d'éviter d'augmenter la déchirure. Si la tête est dans l'excavation ou au détroit supérieur, et facile à atteindre avec le forceps, on appliquera l'instrument avec précaution, l'enfant étant maintenu par la compression abdominale pour faciliter l'opération. S'il existe, comme cela arrive souvent, un léger rétrécissement du bassin, il peut être préférable de perforer et d'appliquer le céphalotribe, en évitant toute tentative violente qui épuiserait la femme, déjà dans la prostration, et diminuerait les chances de guérison. Ce sera la meilleure pratique, parce que l'enfant, comme nous l'avons vu, est presque toujours mort, ce dont nous pouvons nous assurer d'ailleurs par l'auscultation.

Si le fœtus est resté dans la cavité utérine.

Après l'accouchement, on prendra les plus grandes précautions pour extraire le placenta, et il sera nécessaire d'introduire la main. Heureusement, le placenta est presque toujours dans l'utérus, car, si la déchirure n'est pas assez large pour que l'enfant ait passé au travers, il est probable que le placenta sera resté dans la cavité utérine. Si malheureusement il en est sorti, une légère traction sur le cordon pourra l'amener à portée de la main, sans qu'on soit obligé de la passer à travers la déchirure pour aller à la recherche du délivre.

Extraction du placenta.

Il n'est pas douteux que ce soit là le traitement le plus simple et celui qui réserve le plus de chances à la mère. Malheureusement, il est rare que l'enfant reste complètement dans la cavité utérine; en général, il est tombé dans l'abdomen, au milieu du sang extravasé. Dans de telles circonstances, on recommande de passer la main à travers la déchirure (quelques auteurs ont même conseillé de l'agrandir par une incision, si c'est nécessaire), de saisir les pieds du fœtus et de le ramener

Lorsque le fœtus est hors de l'utérus.