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 siége, 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 siége, 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 c'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 contrations 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 Collins 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 siégent 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 siége 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 siége : 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'éternument, 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° *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-inégale 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 siége 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 suivi 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.