

extérieures sont tuméfiées et comme meurtries. En renversant les grandes lèvres et en entr'ouvrant légèrement le vagin, on trouve des trainées rouges plus accusées, et, par place, une sensibilité plus accusée. Quand l'écoulement rouge a cessé, il se produit un écoulement blanc, épais et puriforme.

## § II. — Terminaison.

1° *Par résolution.* — Si la maladie est combattue dès le début, elle cède sans laisser de trace : la douleur, l'inflammation, diminuent rapidement et disparaissent.

2° *Par suppuration.* — Si l'inflammation est opiniâtre, on voit, au bout de quelques jours, la membrane muqueuse devenir à vif. Les plaies varient comme étendue : il peut n'y en avoir que sur les points où il y a eu pression violente ou, comme dans un cas que j'ai eu à observer, il y a peu de temps, tout le vagin peut s'ulcérer. En général, ces ulcérations ne sont pas profondes, excepté quand elles siègent en arrière de la vessie ou à la surface inférieure de l'urèthre, et il n'est pas rare que les ulcérations portant sur ces points donnent lieu à des fistules. Quelquefois, moins fréquemment, l'ulcération siège en arrière, et il y a fistule recto-vaginale. Quant au mode de guérison, elle se fait par des cicatrices irrégulières, disposées en travers du vagin, ou sous forme d'anneaux circulaires ou en spirale. Ces cicatrices diminuent le calibre du vagin, rendent les rapports sexuels difficiles, douloureux, ou même impossibles, et peuvent empêcher complètement le passage de l'enfant dans un second accouchement. Ce n'est que par des soins extrêmes et une surveillance très-attentive pendant la guérison des plaies du vagin, que ces résultats désagréables peuvent être empêchés.

3° *Par la gangrène.* — Si la pression a été très-considérable, les parties qui y ont été le plus exposées se mortifient et forment eschare. Quand ces eschares tombent, on peut se trouver en face d'une fistule vésico-vaginale, et, pendant la guérison de la plaie, il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se former des cicatrices circulaires très-nuisibles. Il est beaucoup plus rare que le rectum se perforé.

## § III. — Traitement.

Dans la période inflammatoire, le traitement doit être antiphlogistique, variable comme énergie, suivant l'intensité de l'inflammation. Il peut y avoir à mettre des sangsues à la vulve. Les éméto-cathartiques, combinés avec les purgatifs salins, sont très-utiles. On peut les donner de manière à produire des nausées, sans aller jusqu'aux vomissements. Deux ou trois fois par jour, il faut faire des fomentations sur les parties extérieures et, dans les intervalles, appliquer un cataplasme sur la vulve. Deux ou trois

fois par jour aussi, on pourra faire des injections vaginales avec de l'eau tiède et du lait, ou une faible solution d'acétate de plomb. Je recommanderais beaucoup au médecin de faire lui-même ces injections, à moins qu'il ne puisse compter entièrement sur la garde. Une fois que les eschares sont tombées, il faut examiner avec soin, tous les deux jours, afin de se rendre compte des progrès de la guérison, et, quand les surfaces commencent à se couvrir d'une membrane nouvelle, il faut prendre des précautions pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses. Pour arriver à ce but, il suffit de l'introduction répétée de bougies. D'abord, on introduira, soir et matin, une bougie très-fine, bien huilée, et il faudra, chaque fois, la laisser en place pendant un quart d'heure. Plus tard, à mesure que la sensibilité diminue, on augmente le diamètre de la bougie : on l'introduit plus souvent et on la laisse plus longtemps en place. Les injections tièdes seront continuées; mais, de temps en temps, il faut remplacer l'eau et le lait par un liquide légèrement astringent. Si l'on poursuit, d'une manière continue, ce mode de traitement, on arrive, dans la plupart des cas, à empêcher le rétrécissement du vagin. Dans un cas, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, l'eschare était énorme; cependant, grâce à ces moyens de traitement, j'obtins une guérison complète et sans la moindre altération de structure des tissus. Si l'état général l'indique, une fois l'inflammation calmée, il faudra prescrire des toniques et un régime fortifiant. Quant au traitement des fistules vésico-vaginales, ou recto-vaginales, nous en parlerons plus tard.

## CHAPITRE IV

### RUPTURE DE L'UTÉRUS (1)

#### § I. — Fréquence.

Ce terrible accident n'a été pendant bien longtemps connu que des ac-

(1) BIBLIOGRAPHIE : Hippocrate, *Œuvres*, trad. Littré, *Épidémies*, liv. V, § 103, et liv. VII, § 49. — Pistor, *De fetu e rupto utero in abdomen prorumpente*, 1716. — Crantz, *Comm. de rupto utero*. Viennæ, 1756, p. 78. — Levet (A.), *Observation sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4<sup>e</sup> édit., in-8, 1770. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales commentées par le Rouge*. Paris, 1784, in-12. — Deneux, thèse. Paris 1804. — Percy, *Cas de rupture de l'utérus* (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. p. 348). — Bell (Ch.), *Action of the uterus producing rupture* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. XIV, p. 314). — Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. III, p. 158, 172 et 187. — Dupré-Latour, *Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine* (*London medical and surgical Transactions*, et *Transactions médicales*, t. XII, p. 78). — Garthshore, *Med. Journ.*, t. VIII, p. 331. — Green, *Case of the extraction of a living fetus from a woman killed by violence* (*Medico-chirurgical Transaction*, 1822, t. XII, p. 47). — Underwood, *London med. Journal*, t. VII, p. 321. — Wilson, *Annals of med.*, t. II, p. 317, et t. IV, p. 401.



coucheurs, il n'arrive pas cependant absolument qu'au moment de l'accouchement, il peut se produire également pendant la grossesse ou même à toute autre période de la vie (1). La table suivante indiquera la fréquence de cet accident.

Auteurs.	Nombre des accouchements.	Cas de rupture.
Joseph Clarke.....	10387	8
Merriman.....	2947	1
M'Keever.....	8600	20
Collins.....	16654	34
Picaud.....	4180	2
F. H. Ramsbotham.....	68435	13
Toogood.....	1135	4
K. Watson.....	800	3
M'Clintok et Hardy.....	6634	9
Johnston et Sinclair.....	13748	17

Si l'on fait le total, on voit donc que sur 133 520 malades il y a 111 cas de rupture ou à peu près 1 pour 1203. Burns (2) dit en avoir trouvé une fois sur 940.

Cet accident se présente rarement dans les premières grossesses. Sur les 8 cas de Joseph Clarke, il y en eut 1 à la deuxième grossesse, 1 à la troisième, 2 à la quatrième, 1 à la septième, 1 à la huitième, 1 à la neuvième. Dans les faits de M'Keewer, 4 femmes avaient eu 2 enfants, 5 en avaient eu 3; 4 en avaient eu 6; 2 en avaient eu 7; 2 en avaient eu 8; une en avait eu 9. Parmi les faits de Ramsbotham, 2 femmes en étaient à une deuxième grossesse, 1 à la quatrième, 3 à leur septième. Sur les 34 cas de Collins, 7 femmes étaient primipares, 6 étaient à leur deuxième

— Goodsir, *Annals of med.*, t. VII, p. 412. — Smith, *Case of rupture of the uterus successfully treated* (*Medico-surgical Transactions*, 1827, t. XIII, p. 373). — Macartney, *Dublin Journal*, t. VII, p. 412. — Mombert, *Rupture de la matrice produite par l'inégalité d'épaisseur des parois* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1833, t. I, p. 153). — Pereira et Lasserre, *De l'abus des manœuvres obstétricales* (*Archives générales de médecine*, 1843, 4<sup>e</sup> série, t. I, p. 17 et 129). — Thomas Mitchel, *Observation de rupture de l'utérus traitée avec succès* (*Archives générales de médecine*, 1843, 4<sup>e</sup> série, t. II, p. 105). — Dubois (Paul), *Rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, infiltration purulente et amincissement d'une grande portion des parois internes* (*Journal complémentaire*, 1841, t. XLI, p. 280; *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article *Utérus* (Rupture de l'), 1846, t. XXX, p. 314). — Miller, *Edinburgh Journal*, t. XXXI, p. 444. — Duparcque, *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus*, Paris, 1836, p. 164. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XI<sup>e</sup> livr., pl. vi, fig. 2. — Dezeimeris, *Mém. sur les ruptures de matrice* (*Journal l'Expérience*, 1838, t. III, p. 241. — Tardieu, *Mémoire pour servir à l'histoire médico-légale des blessures mortelles dans lesquelles la cessation de la vie n'a pas été instantanée* (*Annales d'hygiène*, 1848, 1848, 1<sup>re</sup> série, t. XXXIX, p. 157). — Taurin, thèse. Paris, 1853. — Poidevin, thèse. Paris, 1859. — Mattei, *Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1860. — J. Jolly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*. Thèse. Paris, 1870.

(1) Je recommande à l'attention du lecteur une monographie excellente sur ce sujet par le docteur Trask (*American Journal of med. Science*, janvier et avril 1848).

(2) Burns, *The principles of midwifery*, 10<sup>e</sup> édition. London, 1843, p. 300.

enfant, 6 à leur troisième, 2 à leur quatrième, 2 à leur cinquième, 5 à leur sixième, 1 à son huitième, 1 à son neuvième, 2 à leur dixième, 2 à leur onzième. Dans le fait de Cathral (1) il s'agissait d'une première grossesse. Une malade de Sims (2) avait eu plusieurs enfants. La femme de Hooper en était à sa quatrième grossesse (3); celle de Kite à sa deuxième (4); celle de Fritzell à sa septième (5); celle de Powell à sa première (6): les malades de Birch (7) en étaient à leur troisième grossesse. La femme de Partridge (8) en était à son septième enfant.

Ainsi, sur 75 cas, 9 fois la rupture s'est produite pendant la première grossesse, 14 fois pendant la deuxième, 13 fois pendant la troisième, et 37 fois à une quatrième ou à des grossesses subséquentes.

Dans la collection des faits de Trask, la rupture s'est produite 24 fois pendant la première grossesse; 18 fois pendant la seconde; 17 fois pendant la troisième; 21 fois pendant la quatrième; 18 fois pendant la cinquième; 16 fois pendant la sixième; 9 fois pendant la septième; 5 fois pendant la huitième; 5 fois pendant la neuvième; 9 fois pendant la dixième; 8 fois pendant la onzième; 3 fois pendant la douzième; 2 fois pendant la treizième, et plusieurs fois pendant la dix-septième grossesse.

## § II. — Causes.

Diverses causes peuvent donner lieu à ces ruptures: elles peuvent se produire à diverses époques.

I. *Pendant la grossesse.* — La forme de grossesse intra-utérine, désignée sous le nom de *grossesse interstitielle*, peut donner lieu à la rupture. L'œuf, au lieu de passer directement de la trompe de Fallope dans la cavité utérine, est retenu dans les interstices des fibres utérines où il se développe et atteint un certain volume. A mesure que le développement de l'œuf a lieu, la portion extérieure des parois utérines devient graduellement plus mince par suite de l'absorption, phénomène analogue à celui qui se passe dans les abcès: à la fin ces parois se perforent et le fœtus est

(1) Cathral, *Med. facts and obs.*, vol. VIII, p. 14<sup>e</sup>.

(2) Sims, *ibid.*, p. 150.

(3) Hooper, *Mem. of med. Soc.*, vol. II, p. 118.

(4) Kite, *ibid.*, vol. IV, p. 123.

(5) Frizell, *Trans. of Association*, vol. II, p. 15.

(6) James Powell, *Rupture of the uterus and subsequent recovery of the patient* (*Medico-surgical Transactions*, vol. XII, 2<sup>e</sup> partie, p. 537. London, 8 juillet 1823).

(7) William Birch, *History of two cases of laceration of the uterus during labour after which one of the women survived nearly eight weeks, and the other perfectly recovered; with some general remarks* (*Medico-surgical Transactions*, vol. XIII, 2<sup>e</sup> partie, p. 357. London, 5 juin 1827, et *Archives générale de médecine*, 1<sup>re</sup> série, t. XIX, p. 98).

(8) Partridge, *A case of sudden illness in advanced pregnancy, terminating in the delivery of twins and death; with an account of a singular laceration of the peritoneal coat of the uterus, as detected on the post mortem examination* (*Medico-surgical Transactions*, vol. XIX, p. 72. London, 13 mai 1834).



précipité dans l'abdomen. On se trouve alors en face d'une grossesse extra-utérine (1).

La rupture peut aussi être le résultat d'une maladie comme dans les cas de Else et de Spark (2); d'un ramollissement ou d'un abcès dans les parois comme dans les cas rapportés par Duparcque (3). Une violence accidentelle, un coup, une chute, une grande fatigue peuvent y donner lieu. Quelquefois l'accident est produit sans aucune cause appréciable, la malade est réveillée brusquement par une douleur très-violente qui est le seul symptôme de la rupture. C'est ce qui s'est passé dans les cas rapportés par Scott de Blomley (4) et par Glen de Brompton (5).

Cet accident a été attribué à la contraction irrégulière des fibres utérines. Dans un fait relaté par Kinlay de Paisley, on ne put découvrir aucune cause. La femme était enceinte de quatre mois, la déchirure se produisit au fond de l'utérus, et la mort eut lieu en quelques heures par suite d'une hémorrhagie qui se fit dans le péritoine (6).

II. *Pendant le travail.* — 1° Si l'utérus a été atteint d'inflammation pendant la grossesse, ses tissus peuvent avoir été tellement affaiblis ou désorganisés qu'ils ne peuvent plus supporter la moindre contraction ni la moindre pression. Steidele (7) rapporte un cas de rupture à la suite d'une gangrène. Murphy (8) a publié un très-bon mémoire sur cette cause de rupture, l'utérus était aminci, atrophié, ou ramolli comme structure. Duparcque (9) cite des cas d'amincissement et de ramollissement des parois utérines par squirrhe et gangrène. Trask dit que sur 49 cas qu'il a réunis, 10 fois l'utérus était sain, 14 fois il était aminci, 14 fois il était ramolli, une fois il était aminci et ramolli, 4 fois il était ramolli et épaissi, une fois il n'était qu'épaissi, et enfin dans 3 cas il était atteint d'affections diverses. Quelquefois le siège de la déchirure correspond exactement au point où s'est fait sentir la douleur. Tyler Smith croit que dans beaucoup de cas une violente contraction utérine est la cause de la rupture, la cause prochaine étant une émotion ou une action réflexe.

La période à laquelle la rupture peut se produire par suite de cette cause variera notablement. Ce peut être au début du travail, avant la rupture des membranes ou bien pendant le passage de la tête à travers le bassin ou après la délivrance.

2° Un certain degré de rétrécissement du détroit supérieur peut donner

(1) *Med. Gaz.*, vol. II, p. 400.

(2) Spark, *ibid.*, vol. III, p. 218.

(3) Duparcque, *Maladie de la matrice; histoire des ruptures et déchirures de l'utérus*. Paris, 1839, p. 15, 16.

(4) Scott, *Med. repository*, vol. VII.

(5) Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition appendix*. London 1826.

(6) Kinlay, *Glasgow med. Journ.*, n° 35, octobre 1861.

(7) Steidele, *Diss. et rupt. in partu dolor. utero*.

(8) Murphy, *Dublin Journal of med.*, vol. VII, p. 198.

(9) Duparcque, *Histoire des ruptures de l'utérus*. Paris, 1839.

lieu à la rupture : la cause est alors toute mécanique. La tête de l'enfant est poussée violemment contre le détroit, mais ne peut passer. Si dans cette situation, les douleurs continuent avec une grande énergie, la tête est poussée d'un côté ou de l'autre, ou même postérieurement et le seul obstacle étant alors les parties utérines ou vaginales, elle est violemment chassée à travers ces parois par le point le plus faible. Les femmes qui ont eu plusieurs enfants offrent généralement le moins de résistance. Dans un des faits de Clarke, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne comptait que 9 centimètres, deux autres fois 10 centimètres à peu près. Dans le fait n° 18 de Douglas, le bassin ne mesurait que 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur; dans un autre, immédiatement en arrière de la symphyse, il y avait une crête saillante au niveau de laquelle se trouvait la déchirure. Dans un des faits de Collins, le même diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres. Ramsbotham dit qu'il n'a jamais vu un cas de rupture sans qu'il n'y ait eu contraction. Robertson (1) a réuni 37 cas de rupture, par causes diverses, dans lesquels il y avait une diminution des diamètres du bassin.

On a expliqué de diverses manières le mode d'action de cette contraction. Dewees attribue la rupture à l'inflammation et à la gangrène. Denman à la pression et à l'attrition des tissus. Burns à la pression du col entre le bassin et la tête de l'enfant. Ramsbotham à l'amincissement des parties, par suite de pression et d'inflammation consécutive. Cependant si ces causes sont réelles, il devrait y avoir plus souvent rupture du col que de toute autre région. Je suis tout à fait de l'avis de Hardy et de M'Clinck, qui pensent que moins la pression est forte, plus l'accident est fréquent. Le sexe de l'enfant doit jouer un rôle important : les enfants mâles ont en général des têtes plus grosses. Maintenant, des vingt cas qui ont été mentionnés par M'Keewer, il y avait 15 enfants mâles et 5 du sexe féminin. Des 34 cas de Collins, il y avait 23 enfants mâles. Le résultat produit par le volume inaccoutumé d'une tête d'enfant est encore plus saillant quand la tête est hydropique, comme dans les faits rapportés par Campbell, Collins, Lord, Ramsbotham, Chann, etc.

Cet accident survient à tout âge : il est cependant plus fréquent après trente ans qu'avant. Collins a vu 1 malade ainsi atteinte à seize ans, une autre à vingt et un ans; une autre à vingt-quatre ans; 3 à vingt-cinq ans; 2 à vingt-six ans; 1 à vingt-sept ans; 3 à vingt-huit ans; 1 à vingt-neuf ans; 7 à trente ans; 2 à trente-deux ans; 1 à trente-trois ans; 1 à trente-quatre ans; 3 à trente-cinq ans; 5 à trente-six ans; 1 à trente-sept ans; 1 à quarante ans.

3° La position oblique de l'utérus ou de la tête de l'enfant, par rapport au bassin, a été donnée comme cause : la pression s'exerce alors sur un seul point du col utérin et du vagin.

(1) Robertson, *Physiology and disease of women and on midwifery*, p. 292.



4° Les tissus de l'utérus peuvent céder avant ou pendant le travail; peut-être par suite d'une maladie antérieure; peut-être aussi par suite d'une particularité dans la structure; quelquefois sans cause appréciable. Sir Charles a publié un fait dans lequel la membrane péritonéale d'enveloppe de l'utérus fut seule rompue; et depuis, des faits semblables ont été cités par Partridge, White (1), Ramsbotham, Chalton et Davis. Collins a vu aussi un fait de ce genre. Radford a publié deux faits, dans lesquels la couche musculaire était déchirée, pendant que la membrane séreuse, persistante, restait intacte. Ramsbotham a observé un cas presque identique: Collins en a vu qui sont identiques. Duparcque (2) rapporte un cas et Velpeau deux. Il y a plusieurs années, j'ai assisté à l'autopsie d'une malade qui avait eu les symptômes d'une rupture de l'utérus. Elle avait été prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen avec vomissement et collapsus profond. Elle mourut en quelques heures. On ne trouva de rupture sur aucun point; mais il y avait un épanchement de sang considérable en dessous du péritoine, en avant de l'utérus et dans la fosse iliaque. Les accidents provenaient probablement de la rupture d'un vaisseau sanguin. Il y avait aussi 12 ou 14 onces de fluide séro-sanguin dans la cavité péritonéale. Quoique l'étendue des désordres soit moins considérable en pareil cas, ils peuvent cependant entraîner une terminaison fatale.

5° La rupture de l'utérus peut être produite par une violence, pendant la version, et dans certains états du col, cet accident peut se produire sans qu'il y ait faute de l'accoucheur.

6° La rigidité ou l'imperforation du col utérin peut encore produire la déchirure. On a rapporté plusieurs cas, dans lesquels le col utérin a été complètement déchiré pendant le travail. Steidele, Scott (de Norwich), Kennedy, Power, Lever, ont chacun rapporté des cas semblables, et j'en ai vu un moi-même. Il semble que le ramollissement et le déchirement de l'utérus soient produits par la pression de l'organe contre le bassin.

7° L'occlusion partielle ou complète du vagin a, dans un grand nombre de cas, donné lieu à la rupture du col et du corps de l'utérus.

8° Cette rupture peut enfin être causée ou aidée par certaines présentations, mais cette cause est assurément extrêmement rare, les présentations anormales étant l'exception.

La durée du travail a été considérée comme pouvant donner lieu à la rupture; mais Trask a montré que c'est une erreur. Sur 89 cas de rupture, 48 fois le travail n'avait pas duré plus de douze heures en moyenne; pour les autres cas, le travail avait été de vingt et une heures. Dans la majorité des cas de Roberston, le travail avait duré moins de treize heures.

(1) White, *Dublin Journal of med. Sciences*, juillet, 1834.

(2) Duparcque, *Rupture de l'utérus*. Paris, 1839.

[ Dans les onze cas de rupture observés à la Maternité, de 1848 à 1858, on a trouvé 7 fois le bassin vicié, 3 fois une présentation vicieuse qui a exigé des manœuvres chirurgicales, enfin 1 fois une altération des tissus utérins.]

Parmi les causes directes, on compte: les coups, les chutes, la colère, les convulsions, les mouvements excessifs de l'enfant, la distension exagérée, etc. Dans un cas Malgaigne (1) attribue cet accident à l'administration intempestive de l'ergot de seigle. Trask rapporte quatre cas de ce genre.

[Il est bon d'ajouter ici qu'en réalité les ruptures spontanées de l'utérus sont rares. La statistique, dit Tardieu, met ce fait hors de doute (2). Clarke et Powel ont compté seulement 20 ruptures sur 8,600 accouchements et Simpson, 24 sur 15,823; madame Lachapelle en rencontrait 1 ou 2 par an sur 2,000 à 2,500 accouchements. Je dois, ajoute Tardieu, à l'obligeance d'Alex. Wieland une statistique beaucoup plus complète et bien autrement décisive, celles des ruptures de l'utérus observées à la Maternité de Paris pendant vingt années. De 1839 à 1848, sur un total de 31,550 accouchements, il ne s'est pas produit un seul cas de rupture de la matrice; de 1848 à la fin de juin 1852, sur 28,299 accouchements, il y a eu 11 ruptures de l'utérus ainsi réparties: 1 en 1848, 2 en 1850, 1 en 1851, 1 en 1853, 2 en 1854, 1 dans chacune des quatre années qui suivent. Toutes ces ruptures se sont produites pendant le travail de l'accouchement. Cette statistique est donnée par Tardieu pour montrer la grande rareté des ruptures spontanées de l'utérus, et pour en arriver à cette conclusion que dans les cas où l'origine et la nature de la lésion peuvent être suspectes, le médecin légiste devra se montrer sévère dans ses appréciations, surtout s'il s'agit de faits observés à une époque éloignée du terme de la grossesse.]

[[J. Jolly pense que les ruptures spontanées ne sont pas aussi rares que l'a avancé M. Tardieu, et il s'efforce de démontrer qu'on ne peut trouver dans le siège la direction et surtout la forme de la plaie des signes distinctifs suffisants pour reconnaître si une rupture s'est faite spontanément, ou a été produite par des manœuvres (3).]]

III. A une période avancée de la vie. — La structure du col de l'utérus est notablement changée avec l'âge. Il devient dur et presque cartilagineux; le canal qu'il traverse se rétrécit et quelquefois même s'oblitére. En pareil cas, les mucosités s'amassent, distendent la cavité, les parois s'amincissent, se résorbent, jusqu'à ce qu'une ouverture se produise, ouverture qui établit une communication avec le sac péritonéal.

Duparcque rapporte deux cas de ce genre: il peut encore en être ainsi

(1) Malgaigne, *Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 60.

(2) Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1868.

(3) J. Joly, *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*, thèse, 1870.



à un âge moins avancé; c'est ce qui arriva chez la malade de Guzzo (de Naples), laquelle n'avait que trente-huit ans.

### § III. — Pathologie.

Quand la déchirure est un phénomène morbide, elle peut se produire sur un point quelconque de l'organe, et en général elle correspond au siège affecté par la douleur. Sur les bords de la déchirure, le tissu est aminci, ramolli, il devient pulpeux et se déchire facilement sous le doigt. La coloration même est changée, elle devient d'un rouge intense et bruniâtre, et parfois l'écoulement est fétide.

Quand la déchirure est le résultat de causes mécaniques, elle a lieu ordinairement près du col, et comprend tout à la fois l'utérus et le vagin. Elle peut siéger sur la paroi antérieure ou postérieure de l'organe ou sur l'un des côtés. Dans six des cas de Jos. Clarke, la déchirure était antérieure, dans un seul elle était postérieure.

Dans les cas de Sims et Hooper, elle était antérieure. Dans la collection considérable de Trask, on voit que parmi les cas qui se produisirent pendant la grossesse, il y eut la plus grande variété comme siège, comme étendue, etc.

Parmi les cas qui se produisirent pendant l'accouchement il y eut encore de très-grandes différences aux mêmes points de vue : tantôt la déchirure était à droite ou à gauche, tantôt elle intéressait le col seul, tantôt le corps et le fond de l'utérus, tantôt la vessie (1). Dans un des cas de Robertson, le col était séparé du vagin (2); dans 8 cas, la déchirure était antérieure; 11 fois elle était postérieure; 5 fois elle était latérale, etc. (3).

Comme direction, la déchirure peut être à peu près perpendiculaire : elle peut incliner d'un côté ou être transversale. Dans ces cas, la structure de l'utérus est à peine altérée; la texture est ferme, la couleur naturelle, excepté au point où il y a des ecchymoses. Les bords de la plaie sont inégaux et dentelés quelquefois, mais rarement la vessie participe à la déchirure (4).

Quand la membrane séreuse seule est blessée, on trouve plusieurs petites incisions semblables à des scarifications, d'un quart à un demi-pouce de largeur, et de 1 à 2 lignes de profondeur, ou bien encore des déchirures moins nombreuses, mais plus larges. Elles sont presque toujours courbes avec leur convexité tournée du côté du fond de l'utérus;

(1) *American Jour of med. Sciences*, avril 1848, p. 393.

(2) Dans un très-grand nombre de cas, parmi les ruptures observées à la Maternité, les ruptures portaient sur le point de jonction du col avec le vagin.]

(3) Robertson, *Phys. and diseases of women and midwifery*, p. 312.

(4) Sousas Ferras, *Rupture de l'utérus et de la vessie dans un cas d'accouchement, et passage du fœtus dans la vessie* (*Memor. di Math. e Phys. d. Academia delle Scienze de Lisboa*, t. II, suppl., p. 17, et *Arch. gén. de méd.* Paris, 1828, 1<sup>re</sup> série, t. XVIII, p. 109). — Lamare-Picot, *Rupture de l'utérus*, thèse. Paris, 16 août 1822, n° 191.

elles peuvent être situées sur la partie antérieure, ou sur la partie postérieure de l'organe. Dans tous les cas dont nous avons parlé jusqu'ici, on a toujours trouvé dans le péritoine, une plus ou moins grande quantité de sang, et souvent les accidents ordinaires de la péritonite.

Quand la couche musculaire seule est intéressée, on peut trouver une simple solution de continuité; il y a du sang dans la cavité utérine, et la membrane séreuse est enflammée.

Quand le col utérin est tout à fait séparé, il est rouge, tuméfié et généralement à un aspect mortifié, les bords de la plaie sont déchirés et inégaux. Il y a continuité entre le vagin et l'utérus.

Quand l'utérus se rompt chez une personne âgée, on trouve toujours autour de la perforation un amincissement considérable des parois.

Dans tous ces cas, à l'exception de la rupture au niveau du col, il y a toujours des traces de péritonite, à moins que la malade ne meure sur-le-champ.

### § IV. — Symptômes.

Les symptômes varient peu, que l'organe soit complètement déchiré ou que l'une des couches seulement soit intéressée. Quelques auteurs ont signalé des symptômes qu'ils appellent *prémonitoires*; mais assurément rien n'est plus douteux. Les circonstances qui peuvent justement exciter les craintes sont un travail difficile, des attaques d'éclampsie pendant la gestation, et, au moment du travail, la coïncidence de contractions très-violentes avec un bassin étroit.

La rupture de l'utérus et du vagin est annoncée par une douleur soudaine, aiguë, intolérable, qui rappelle la crampe. La malade a la sensation d'un déchirement intérieur; elle sent que quelque chose s'échappe en elle, et suivant le témoignage de quelques malades, il se produit même un bruit perceptible à l'oreille. Les contractions s'arrêtent, la tête de l'enfant remonte, il se produit une hémorrhagie par le vagin, et la malade tombe dans un profond collapsus. De ces divers symptômes, la douleur violente et le collapsus sont les plus constants; les premiers, au contraire, manquent souvent. Quand il n'y a qu'une des couches qui soit atteinte, le travail peut continuer, et il se peut qu'il n'y ait pas même d'hémorrhagie. La douleur continue avec plus ou moins d'intermittence, des vomissements surviennent. Ce sont d'abord des aliments absorbés dans l'estomac, plus tard ce sont des matières grisâtres et finalement noires. C'est ce qu'on appelle les *vomissements marc de café*. La face est pâle, avec une expression de souffrance extrême et d'anxiété; la surface du corps est froide, le pouls est petit, rapide, inégal, la respiration précipitée. La malade ne peut quitter son lit. Presque toujours il y a une hémorrhagie par le vagin, quelquefois légère, d'autres fois assez considérable pour amener la mort. Les autopsies font voir que, dans la plupart