

des cas, l'hémorrhagie a lieu dans la cavité abdominale. C'est à cette cause que quelques auteurs rapportent l'état de collapsus, lequel cependant peut exister sans hémorrhagie interne. Quand la rupture de l'utérus est complète, les efforts expulsifs cessent, parce que l'enfant retombe soit partiellement, soit complètement, de la cavité utérine dans la cavité abdominale, où l'on peut le sentir avec la main à travers les parois.

Quand la rupture est complète, une anse d'intestin peut s'échapper et donner lieu à des symptômes de hernie étranglée. Duparcque cite trois cas de ce genre, empruntés à Remigius, Percy (1) et Toulain-Beauregard (2). Trask a réuni seize cas semblables. Dans un cas rapporté par Mac Keever, un mètre et demi d'intestin fut étranglé et se mortifia.

L'état de collapsus, s'il ne devient pas immédiatement fatal, peut se prolonger pendant quelque temps. A la longue il se produit de la réaction, l'inflammation se déclare, et la malade présente tous les symptômes d'une péritonite, tels que douleurs aiguës, sensibilité de l'abdomen à la pression, tympanite, décubitus dorsal, le pouls petit, rapide, dur, la respiration précipitée, etc.

[Dans l'observation suivante, due à P. Dubois, on peut constater un exemple curieux de l'absence des phénomènes immédiats ordinaires dans les ruptures de l'utérus.

OBSERVATION I. — Une femme accouchait pour la troisième fois. La dilatation était presque complète; mais le bassin rétréci ne permettait pas l'engagement de la tête. P. Dubois termine l'accouchement par une version opérée sans beaucoup d'efforts. La malade succomba le lendemain sans avoir éprouvé aucun phénomène caractéristique, ni craquement interne, ni ce sentiment particulier de déchirure, ni syncope, ni trouble nerveux, etc., etc. Cependant, le lendemain, à l'autopsie, on trouvait une large ouverture irrégulière comprenant une partie de la face antérieure du col, puis une portion de la partie gauche du corps de l'utérus.

P. Dubois, dans ce cas, a pensé que la rupture s'était opérée d'une manière lente, insensible, sourde; il avait exclu l'idée de toute violence extérieure, la rupture se serait pour lui produite au moment de la dilatation complète, car les contractions qui jusque-là avaient été très-régulières, se sont brusquement suspendues. Il faut donc ajouter au nombre des signes importants de cet accident cette interruption soudaine du travail au moment où la rupture se produit.]

Quand la rupture porte seulement sur le vagin, la malade n'a pas de douleurs soudaines; mais le collapsus est plus ou moins complet, et, bien que le travail régulier s'affaiblisse ou même cesse, l'action utérine

(1) Percy, *Bulletin de la faculté*, t. III, p. 348.

(2) Toulain-Beauregard, *Journal de médecine*, t. XXIX, p. 68.

n'est pas nécessairement paralysée, comme dans les cas où la substance même de la matrice est déchirée, et la femme peut encore s'aider pour l'expulsion de l'enfant et celle du placenta. En pareil cas, il n'y a naturellement pas de rétrocession du travail, mais il peut y avoir hémorrhagie externe ou interne. Dans un cas que j'ai pu observer, le collapsus n'était pas absolu, mais il était encore suffisant pour indiquer quelque grave désordre organique.

OBSERVATION II. — La malade fut accouchée avec le forceps, et pendant l'opération les contractions utérines furent telles que le placenta fut expulsé spontanément immédiatement après la sortie de l'enfant. L'hémorrhagie externe était très-moderée, cependant le collapsus, la pâleur, la faiblesse et la rapidité du pouls augmentèrent, continuèrent même pendant quatre ou cinq jours et subitement à la suite d'une exacerbation dans ces symptômes, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva que le vagin s'était rompu au point d'union avec l'utérus, qu'il s'était formé à ce niveau une large poche remplie de sang, laquelle était tapissée à sa partie supérieure par le péritoine; probablement à l'instant où les symptômes étaient devenus plus graves cette membrane séreuse s'était rompue, et une grande quantité de sang s'était répandue dans la cavité. Faute de temps, l'inflammation consécutive n'avait pu se résoudre.

Danyau (1), a publié un fait de rupture du vagin, lequel fut caractérisé par la cessation des douleurs, la rétrocession de la tête, une grande sensibilité abdominale et un profond collapsus. L'enfant aurait passé à travers la déchirure dans la cavité abdominale.

Le même auteur a rapporté dix-sept cas de ce genre, parmi lesquels ceux de Ross, de Douglas (2), de Smith, et enfin celui qu'il a observé lui-même, furent suivis de guérison. Dans aucun cas, la gastrotomie ne fut pratiquée.

#### § V. — Terminaisons.

La malade peut mourir de l'ébranlement produit par la rupture, soit quelques minutes, soit quelques heures après l'accident; ou bien elle peut survivre d'abord et mourir ensuite de péritonite. Elle peut enfin être emportée par des accidents secondaires, tels que des abcès sous-péritonéaux ou des abcès lombaires.

Parmi les malades de J. Clarke, l'une mourut sans être accouchée, une autre mourut en quatre heures, une autre en vingt heures, deux en vingt-quatre heures, et une autre en trente heures.

(1) Danyau, *Remarques sur la rupture du vagin* (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1851, vol. II, p. 175).

(2) Andrew Douglas, *Observation on an extraordinary case of ruptured uterus*, London, 1785.

Parmi les malades de Ramsbotham, trois moururent tout de suite après leur délivrance, deux une heure après et une dans les trois jours qui suivirent l'accouchement.

Parmi les malades de Collins, quatre moururent immédiatement après l'accouchement; une, dans les deux heures qui suivirent; trois, quatre heures après; une, dix heures après; deux, dans les quatorze heures qui suivirent; une, dans les vingt-cinq heures, etc.

Une de mes malades mourut en cinq minutes sans être accouchée.

Dans le plus grand nombre des cas, la mort est la terminaison: sur les 3 cas de Smellie, il y eut 2 morts; sur les 8 de Clarke, il y en eut 7; sur les 11 de Marc Keever, il y en eut 9; sur les 13 de Ramsbotham, 11 morts; sur les 34 de Collins, 32 morts. Dans tous les cas de Clintock et ceux de Hardy, les malades moururent.

Quelquefois, cependant, les malades se sont rétablies. Heister (1) rapporte un cas de guérison qui lui a été raconté par Rungius; Spiering rapporte un cas de guérison par Torquosa; Peu (2), James Hamilton junior (3), James Hamilton (4), J. Clarke (5), Douglas (6), Labatt (7), Frizell (8), Ross (9), Kite (10), Powell (11), Birch (12), Smith (13), Mac Intyre (14), Hendrie (15), Brook (16), Davis (17), Church (18), Stobo (19), ont chacun rapporté un cas de guérison. M'Keever et Collins ont rapporté chacun deux cas de guérison, et Ramsbotham trois. Duparcque a réuni dans les auteurs français quatre cas de guérison. Osiander et Velpeau citent de même plusieurs observations de guérison.

Quand le fœtus reste dans la cavité péritonéale, il est encore plus rare que la malade se rétablisse.

[[Cependant la guérison, lorsque le fœtus est resté un certain temps dans la cavité abdominale, n'est pas impossible comme le prouve une observation très-intéressante du docteur Fourier (de Compiègne). La

(1) Heister, *Inst. chir.*, 2<sup>e</sup> partie, p. 728.

(2) Peu, *Pratique des accouchements*, Paris 1694, p. 341.

(3) James Hamilton junior, *Outlines of midwifery*, Edinburgh, 1826.

(4) James Hamilton, *Select cases in midwifery*, p. 138.

(5) Clarke, *Trans. of Association*, vol. I.

(6) Douglas, *Essays on ruptures of the uterus*, p. 7.

(7) Labatt, *Dublin med. Essays*, p. 343.

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

(9) Ross, *Duncan's Annals of medicine*, vol. III, p. 377.

(10) Kite, *Mem. of med. Soc.*, vol. IV, p. 253.

(11) Powell, *Med.-chir. Trans.*, vol. XII, p. 537.

(12) Birch, *ibid.*, vol. XIII, p. 337.

(13) Smith, *ibid.*, vol. XIII, p. 373, et *Archives générales de médecine*, t. XIX, p. 96.

(14) Mac Intyre, *Med. Gaz.*, vol. VII, p. 9.

(15) Hendrie, *American Journal of med. Sciences*, vol. VI, p. 351.

(16) Brook, *Med. Gaz.*, 17 janvier 1829.

(17) Davis, *Obstetric*, vol. II p. 70.

(18) Church, *Lancet*, 19 mai 1849.

(19) Stobo, *Med. Times*, 6 avril 1850.

femme qui fait le sujet de cette observation était à son troisième accouchement; la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et malgré des accidents généraux graves, le rétablissement était complet deux mois après l'opération (1). ]]

Dans les cas de grossesse interstitielle, la malade la quelquefois survécu à l'accident et à l'inflammation consécutive.

#### § VI. — Diagnostic.

La douleur aiguë et subite, la cessation du travail, la rétrocession de l'enfant, rendent le diagnostic facile à établir; mais, quand la rupture est partielle, le diagnostic peut être plus difficile. Il faut alors s'appuyer simplement sur la douleur et sur le collapsus. La complication de péritonite consécutive servira encore à lever les difficultés. M. Clintock (2) a montré que la vie ou la mort de l'enfant est un signe important comme diagnostic.

Dans les cas de lacérations, l'enfant meurt presque immédiatement. L'existence subite d'une péritonite chez les femmes âgées peut faire soupçonner une rupture; mais il est difficile d'arriver à une certitude absolue.

D'après les détails que nous avons déjà donnés, il est presque inutile de dire que le pronostic est toujours grave. Il y a si peu d'exemples de guérison, que l'on peut à peine espérer le rétablissement de ces malades.

#### § VII. — Traitement.

La première question qui se présente quand la rupture de l'utérus est bien établie, est de savoir si on laissera les choses aller naturellement ou si l'on fera un accouchement artificiel. Quand l'orifice utérin n'est pas dilaté, la délivrance immédiate est impossible. Dans tous les cas où elle est possible, l'expérience a prouvé que c'est la meilleure conduite à tenir. W. Hunter et Garthshore sont d'avis qu'il faut laisser le travail marcher naturellement, et, après la publication de son livre (3), Denman a posé les mêmes conclusions. A des noms si illustres on peut cependant opposer, sans aucun doute, l'évidence des faits. Les recherches de Trask sont également en faveur d'un accouchement immédiat. Dans tous les cas de rupture qui furent suivis de guérison, le temps écoulé entre l'accident et l'accouchement fut toujours de moins de cinq heures. Dans les faits de Trask, 154 femmes furent accouchées artificiellement, parmi lesquelles 97 moururent et 57 survécurent. Sur les 89 qui ne furent pas accouchées,

(1) Fourier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale* (*Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXIII, p. 107).

(2) M. Clintock, *Dublin Journal*.

(3) Denman, *Introduction to the practice of midwifery*, 2<sup>e</sup> édition. London, 1801.

65 moururent et 24 seulement survécurent. Sur 31 qui accouchèrent naturellement, 20 moururent et 11 survécurent. Sur 6 femmes sur lesquelles l'accouchement artificiel fut tenté et échoua, toutes moururent sans être accouchées. Ainsi, les résultats de la comparaison entre les femmes accouchées artificiellement et celles qui furent abandonnées à la nature donnent 37 pour 100 de guérison dans le premier cas, 27 pour 100 seulement dans le second. Ce n'est pas tout encore : parmi les femmes qui succombèrent à la rupture, celles qui avaient été accouchées ont survécu vingt-deux heures et les autres tout au plus neuf heures.

Le mode d'accouchement dépendra beaucoup des circonstances particulières.

1° Si la tête n'est pas remontée, peut encore être sentie, ou est déjà dans le bassin, il sera à propos d'appliquer le forceps aussitôt que possible. Si cela ne se peut, on aura recours au perforateur, et cela sans la moindre hésitation.

Les faits de Mac Clintock et Hardy ont démontré que la mort de l'enfant a lieu presque immédiatement après la rupture.

2° Si l'enfant a passé dans la cavité de l'abdomen, ou s'il y a rétrécissement du bassin, on introduit la main dans le vagin, on passe au besoin par la déchirure, on saisit les pieds de l'enfant, que l'on ramène aussi vite que possible. Il faut prendre de grandes précautions pour ne pas blesser ni tirailler les intestins dans le cas de prolapsus. On extrait ensuite le placenta, et l'on procède aux soins habituels. Dans tous les cas, l'enfant est mort-né.

3° Si l'utérus se contracte fortement, il peut être impossible de faire passer la main à travers la déchirure ; le bassin peut aussi être trop étroit pour laisser passer l'enfant ou même la main. En pareil cas, il faut pratiquer l'opération césarienne et extraire l'enfant et les annexes à travers les parois abdominales. Thibault des Bois (1), Lassus, Haden, Baudelocque (2), Latouche, Jopel, Lambron (3), Glodat, etc., ont rapporté des cas de succès. MM. Coquin (4), Somner (5), Céconi (6), Ruth (7), Rust (8), Gais, de Wiesbaden (9), Nægele, Weinhardt (10), Heim (11), Busch, Du-

(1) Thibault, *Ancien journal de médecine*, 1789.

(2) Baudelocque, *Journal général*, t. IV, p. 253.

(3) Lambron in Duparcque, *Mém. de la Soc. d'émulation*, p. 309.

(4) Coquin, *Bulletin de la Faculté*, 1812, p. 86.

(5) Somner, *ibid.*, 1812, p. 86.

(6) Céconi in Frank, *Observation d'une rupture de l'utérus guérie par la gastrotomie* (*Journal universel*, 1819, t. XIX, p. 107).

(7) Ruth, *Grossesse abdominale terminée heureusement par la gastrotomie* (*Bulletin de Férussac*, vol. VI, p. 280).

(8) Rust in Luroth, *Sur les différentes espèces des rétrécissements de l'utérus* (*Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85).

(9) Gais, *Abdominal fistula, gastronomy successfully performed* (*American Journal*, avril 1831, p. 522).

(10) Weinhardt in Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

(11) Heim in Luroth, *Bulletin de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.

may (1), Lechoptois et Lair (2), Velpeau (3), ont tous rapporté des observations de guérison.

[[ Le docteur J. Jolly, dans son excellente thèse, admet que la gastrotomie est le mode de traitement qui donne le plus de succès dans le cas de rupture de l'utérus, lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine. Cet auteur, en réunissant tous les cas de rupture, quel que fût l'endroit où se trouvait le fœtus au moment de la délivrance, a obtenu le résultat suivant :

		Mortes.	Guérisons.	Guérisons p. 100.
Expectation .....	144	142	2	1,45 0/0
Extraction par les voies naturelles.....	382	310	72	19 0/0
Gastrotomie .....	38	12	26	68,4 0/0

Il résulte de là que c'est l'expectation qui donne la plus forte proportion de morts, tandis que la gastrotomie donne des résultats relativement satisfaisants.

« Je sais bien, dit l'auteur, qu'on objectera à ces statistiques qu'elles n'expriment point la réalité, parce qu'on publie volontiers les cas de guérison, mais qu'on se garde bien de publier les cas de mort. Nous admettons parfaitement cette objection, vraie jusqu'à un certain point, et nous sommes prêt à reconnaître que les proportions sont trop fortes pour les succès ; mais nous ne raisonnons pas sur des nombres absolus, nous raisonnons par comparaison, nous ne prétendons nullement que le rapport de 68 % signifie que toujours, sur 100 cas de gastrotomie après rupture de l'utérus, il y aura 68 guérisons, pas plus que l'extraction par les voies naturelles donnera toujours 19 guérisons sur 100 cas. Ces rapports servent seulement à montrer que le nombre des guérisons après la gastrotomie est beaucoup plus grand qu'après l'extraction par les voies naturelles, quel que soit le procédé employé (4). »

Ces résultats sont d'ailleurs en rapport avec ceux que l'on obtient aujourd'hui à la suite de l'ovariotomie, ils doivent nous engager à recourir à l'ouverture de l'abdomen, bien plutôt que de tenter l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

On sait que le plus grand danger de mort à la suite de l'ovariotomie réside dans l'épanchement des liquides dans la cavité abdominale, et que ces liquides pourront être facilement expulsés par l'incision de la paroi abdominale. La cause la plus grave des accidents sera ainsi écartée.

Nous pensons donc qu'en face des nombreuses guérisons obtenues par

(1) Dumay, *Opération de la rupture de la matrice* (*Journ. gén.*, 1798, vol. V, p. 58).

(2) Lair, *ibid.*, vol. I, p. 187.

(3) Velpeau, *Traité d'accouchements*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1835, t. II, p. 182.

(4) Jolly, *Des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement*. Thèse 1870.