

Kœberlé, Spencer Wells, Pean et Boinet à la suite des ovariectomies, on ne doit pas hésiter à pratiquer la gastrotomie dans le cas de rupture utérine lorsque le fœtus est passé dans la cavité du péritoine, c'est encore ce moyen qui donnera le plus de chances de sauver la vie de la femme, surtout si l'on prend garde de faire avec soin la *toilette du péritoine* recommandée par Spencer Wells pour l'ovariectomie.

Quant au moment où l'on doit recourir à l'opération, M. J. Jolly conseille de la pratiquer aussitôt qu'on la juge nécessaire, quelque grave que paraisse l'état de la malade ; on ne devrait être arrêté que par l'imminence de la mort.

Mais si l'opération n'avait pu être faite immédiatement, elle pourrait encore être tentée même plusieurs jours après l'accident. Dans le cas du docteur Fourier (de Compiègne) la gastrotomie fut pratiquée le cinquième jour, et néanmoins la malade se rétablit.

Nous croyons devoir rapporter cette observation qui présente un grand intérêt et que nous reproduisons presque en entier :

OBSERVATION. — *Rupture de l'utérus, — passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale, — gastrotomie le cinquième jour. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 29 ans, d'une taille moyenne et d'une bonne constitution. Cette femme déjà mère de deux enfants, appartient à la classe ouvrière. Dans le courant de l'année 1870 elle a eu une variole assez grave ; du reste elle n'a jamais été malade. Devenue enceinte dans le mois de mai, elle fit une chute dans un escalier, six semaines environ avant le terme présumé de sa grossesse, qui, d'ailleurs, n'avait rien présenté d'anormal ; cet accident ne parut en rien en modifier le cours, il y eut seulement quelques douleurs abdominales qui disparurent au bout de quelques jours.

Le jeudi 14 décembre 1871, pendant la nuit, les douleurs de l'accouchement se faisant sentir, on appelle une sage-femme qui constate une présentation de la tête. Dans la matinée du jeudi, trouvant que le travail ne marche pas assez vite, elle administre 2 grammes de seigle ergoté.

Les douleurs augmentent, la poche des eaux se rompt et le travail paraissait marcher régulièrement, lorsque, vers dix heures du soir, la patiente étant levée, le travail s'arrête tout à coup, après une douleur sensiblement plus vive et présentant, au dire de la malade, un caractère particulier ; il lui a semblé que la *douleur remontait dans le ventre*, c'est là son expression ; à partir de ce moment, les douleurs qui se faisaient sentir dans le bassin où elles amenaient une sensation de pression, changent de nature et de situation, elles existent alors dans le côté droit de l'abdomen, et ne ressemblent plus aux douleurs de l'accouchement. Toutefois ces douleurs ne furent jamais assez vives pour forcer la malade à se mettre au lit ; elle resta assise sur une chaise jusqu'à huit heures du soir et put même se promener dans sa chambre ; seulement elle se tenait courbée ne pouvant se redresser complètement. A huit heures du soir, il y eut une légère hémorrhagie, évaluée par les personnes qui entourèrent la malade à un demi-litre environ. C'est alors que devenue plus faible, elle dut se mettre au lit.

Pendant la journée du vendredi, il n'y a pas de nouvelles douleurs indiquant une reprise du travail, la malade est tourmentée par des douleurs dans le côté droit du ventre, il survient du hoquet, et des vomissements, le samedi elle s'affaiblit d'une manière sensible.

Le dimanche soir, MM. Chevalier et Canivet voient la malade ; le toucher est pratiqué, deux doigts sont avec peine introduits dans l'utérus, et il n'est pas possible de sentir aucune partie fœtale ; ces confrères en concluent qu'il existe une rupture de l'utérus. Le lendemain le docteur Fourier se joint à eux pour décider quelle est la conduite à tenir.

Dans la matinée du lundi 18 décembre, ce dernier se rend avec le docteur Chevalier près de la malade.

La malade est trouvée dans l'état suivant :

Étendue dans le décubitus dorsal qu'elle ne peut quitter, elle a un hoquet continu ; les draps du lit sont couverts par les matières qu'elle vomit souvent, ce sont des matières liquides, verdâtres ; la face est altérée, sans cependant présenter l'aspect grippé qui dans la péritonite donne à la physionomie un cachet particulier. Le pouls, presque insensible, est impossible à compter ; le cœur dont les battements sont faibles, donne 130 à 140 pulsations par minute. La chaleur du corps est bien conservée, les lèvres ne sont point trop pâles ; il n'y a donc pas eu d'hémorrhagie interne grave.

Le ventre présente un aspect particulier ; il est facile de distinguer deux tumeurs, l'une située à droite, l'autre à gauche, il y a peu de météorisme. En palpant le ventre qui n'est pas trop douloureux à la pression, on isole parfaitement les deux tumeurs, et on reconnaît dans celle de droite les parties fœtales, la tumeur de gauche offre le volume et la consistance de l'utérus lorsqu'il est revenu sur lui-même immédiatement après l'accouchement. Il s'écoule par le vagin un liquide sanguinolent fort peu abondant.

En présence de ces symptômes, le doute n'était pas possible, et l'on avait affaire à une rupture datant de quatre jours, et au passage de l'enfant tout entier dans l'abdomen. L'absence d'hémorrhagie indiquait également le passage du délivre à travers la rupture.

Que fallait-il faire ?

M. Fourier considérant la résistance que la malade avait offerte pendant ces quatre jours, l'absence de symptômes de péritonite générale, l'absence d'hémorrhagie consécutive grave, proposa alors la gastrotomie.

La malade ayant été placée sur une table en face d'une fenêtre bien éclairée, de façon à présenter le côté droit, on administra le chloroforme, mais avec de grandes précautions, vu l'état de faiblesse de la malade.

La malade étant endormie, M. Fourier pratique une incision de treize à quatorze centimètres à partir du bord externe du muscle droit, à trois centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à la crête iliaque, incision légèrement oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Il arrive en procédant couche par couche et n'ayant eu à lier que deux artérioles de peu d'importance, sur l'enfant. L'abdomen ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de liquide d'une couleur noire présentant un certain degré de fétidité. C'est le liquide amniotique déjà très-altéré. Le fœtus se présente dans la position qu'il occupe le plus souvent dans l'utérus, en position occipito-iliaque gauche antérieure, seulement ici l'occiput était séparé de l'os iliaque gauche par l'utérus :

l'incision avait porté sur l'épaule droite, la tête se trouvant dans la fosse iliaque droite. Pour arriver à extraire ce fœtus, il fallait aller chercher les pieds; craignant que la manœuvre nécessaire pour obtenir ce résultat n'amènât des lésions plus graves, le chirurgien préféra faire la détroncature et arriva ainsi sans introduire la main du côté des intestins, mais seulement deux doigts entre le cou et l'utérus, à extraire facilement l'enfant avec tout le délivre, placenta et membranes; puis il procéda à la toilette de la cavité qu'il occupait et il constata avec son collègue les désordres suivants:

Le fond de la fosse iliaque est tapissé par une membrane noirâtre dont il est facile d'enlever des lambeaux; cette membrane paraît appartenir au péritoine pariétal gangréné, en haut, en soulevant laèvre supérieure de la plaie, on aperçoit l'épiploon noir gangréné dans une partie de son étendue, les intestins, qui se présentent au-dessus de l'utérus et au-dessous de l'épiploon, ont un aspect rosé et présentent un certain degré d'injection. L'utérus, fortement incliné à gauche, est volumineux, la portion qui est accessible à la vue, est couverte de caillots adhérents qui cachent la déchirure. Ces caillots furent respectés, mais on enleva avec la pince tout ce qu'il fut possible d'enlever de parties mortifiées dans la fosse iliaque; mais on respecta l'épiploon, dans la crainte d'ouvrir quelques vaisseaux dans cette partie vasculaire, dont il était impossible d'apprécier le degré de mortification.

La toilette faite aussi soigneusement que possible, tous les liquides enlevés, au moyen d'éponges fines, M. Fourrier fit trois points de suture enchevillée à la partie interne de l'incision, une de ces sutures, plus profonde, comprenait toute l'épaisseur des parois abdominales; la partie externe fut laissée ouverte pour l'écoulement du pus.

Cela fait, sans perte de sang notable, la malade qui s'était réveillée pendant l'extraction du fœtus, fut reportée dans son lit et entourée de boules d'eau chaude, le ventre avait d'ailleurs été couvert de plusieurs couches d'ouate et modérément serré par un bandage de corps.

Immédiatement après l'opération, la malade éprouve un sentiment de bien-être, le pouls est plus perceptible, on prescrit une potion avec quarante grammes d'alcool, du vin, du bouillon, de la glace.

Le soir, l'état était aussi satisfaisant que possible, et il y avait eu deux vomissements, mais le hoquet était moins fréquent, le pouls à 135 et l'état général meilleur le ventre, n'était pas plus sensible, sans météorisme, il y avait eu émission naturelle d'urine.

Le mardi 19, la face est grippée; le pouls à 140; il y a eu pendant la nuit un vomissement et deux garde-robes liquides, il s'écoule par le vagin un liquide brunâtre fétide, peu abondant, le ventre est sensible, mais la pression n'exagère pas la douleur; les pièces du pansement sont imprégnées par un liquide brunâtre très-fétide, les lèvres de la plaie présentent un aspect blafard, en exerçant de légères pressions, en fait sortir en abondance un liquide noirâtre, fétide.

On pratique dans l'abdomen une injection abondante d'acide phénique au millième et l'on prescrit des injections vaginales semblables plusieurs fois par jour.

Le mercredi 20, même état, il n'y a pas eu cependant de vomissements, selles liquides, les lèvres de la plaie sont grisâtres, gangrénées, la fétidité du liquide

qui s'écoule abondamment par la plaie est excessive. En palpant l'abdomen, on reconnaît l'utérus à gauche très-volumineux et sensible; en pressant lentement, au niveau de la fosse iliaque gauche, on fait sortir par la plaie du liquide noir et fétide en abondance, il s'écoule par le vagin un liquide analogue. Cependant les injections faites par la plaie ne sortent pas par le vagin.

On donne une potion à l'extrait de quinquina.

Les jours suivants, l'état général devient des plus graves, des lambeaux gangrénés, sont expulsés par la plaie, l'écoulement est fétide, le pouls devient imperceptible, le cœur bat à 150, il y a des garde-robes involontaires. Pendant ce temps on continua l'usage de l'alcool, de la glace, de l'extrait de quinquina et des lavages à l'eau phéniquée. Une légère amélioration survient cinq jours plus tard, la suppuration se fait convenablement, la plaie prend un aspect satisfaisant, et, douze jours après l'opération, on put donner des œufs, de la viande blanche, l'alcool est suspendu ainsi que le quinquina.

Le lundi 1^{er} janvier 1872 la langue est nette; le ventre souple, reste sensible à gauche au niveau de l'utérus, qui conserve le même volume, il y a de l'empatement tout autour de lui, cet empatement paraît dû à la présence de matières fécales. Le pouls est à 120, à peine perceptible à la radiale. L'appétit est assez bon, les aliments sont très-bien supportés mais les garde-robes sont difficiles; il y a eu à la suite d'un lavement expulsion de scybales.

Le 3, on observe de l'enflure au pied et à la jambe gauche, avec un peu de douleur; c'est une phlegmasie légère.

La malade continue à aller de mieux en mieux jusqu'au 14 janvier, ce jour-là elle se trouve beaucoup moins bien; la face est altérée, le ventre très-douloureux, surtout à gauche; il y a du météorisme. Depuis la veille il y a eu de fréquentes garde-robes liquides, verdâtres, très-fétides; l'utérus toujours très-volumineux est plus douloureux, la plaie a d'ailleurs un bon aspect, elle ne suppure pas plus, il n'y a pas d'écoulement vaginal; le pouls, faible est à 125.

Une pilule d'extrait thébaïque, 5 centigrammes; lavements émollients; cataplasmes sur le ventre; bouillon.

Le 15, la veille, vers midi, il y a eu un frisson violent qui a duré près d'une heure; ce frisson a été suivi de chaleurs et de sueurs profuses pendant toute la nuit. Le matin nouveau frisson également suivi de sueurs: la face est altérée sans être grippée, le ventre est sensible, mais il n'y a pas eu de garde-robes depuis la veille; le pouls est à 135, l'inappétence est absolue, il y a eu deux vomissements.

Tisane de petite centaurée, bouillon, limonade citrique, eau de seltz, sulfate de quinine, 1 gramme divisé en six prises, une dose de quatre en quatre heures.

Le 16, même état, à midi un frisson moins violent que celui de la veille, sueurs profuses, pouls à 135. La plaie offre toujours le même aspect, il n'y a pas plus de suppuration; rien du côté de la poitrine, le ventre est plutôt moins sensible, pas de garde-robes. L'enflure causée par la phlegmatia n'a pas augmenté; même prescription.

Le 17 il n'y a pas eu de frisson; on continue le sulfate de quinine, deux doses seulement; vin, potages.

Jusqu'au 21, l'état de la malade reste sensiblement le même, pas de frissons nouveaux.

Le 21, l'état général est moins bon, sensation d'étouffement, malaise général, pouls absolument insensible, battements du cœur irréguliers; ventre douloureux, vin de Malaga.

Le 22, état meilleur, pouls à 115. L'amélioration se continue, les jours suivants, le pouls tombe à 104, est plus perceptible, la cicatrisation de la plaie s'est toujours bien continuée. La plaie mesure 7 centimètres.

A partir du 28 la malade va de mieux en mieux, elle se lève, la plaie se rétrécit de plus en plus, seulement les lèvres de cette plaie se retournent de dehors en dedans, en oubliées, attirées qu'elles sont par les adhérences profondes de la paroi abdominale avec les intestins; une seule chose inquiète alors, la difficulté des garde-robes.

Vers le 10 février, il survient encore des sueurs profuses matin et soir; ces accidents cessent après l'administration du sulfate de quinine.

Le 19, la santé générale est bien rétablie, il y a de l'embonpoint, l'appétit est bon, les garde-robes moins difficiles; l'opérée peut se lever toute la journée et circuler dans sa chambre, elle commence à travailler à l'aiguille.

Le ventre est souple, la plaie cicatrisée; à gauche, à 2 centimètres seulement au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur globuleuse, assez volumineuse, située profondément dans l'hypochondre, recouverte par les intestins, sensible à la pression; cette tumeur constituée par l'utérus incliné à gauche offre une certaine mobilité.

Au toucher, on trouve en arrière le col entr'ouvert, la pulpe de l'indicateur y pénètre facilement, les lèvres assez molles sont séparées à droite et à gauche par un sillon profond. Le corps de l'utérus se confond avec le col qui est complètement effacé, de sorte qu'il n'est plus possible de trouver de cul-de-sac en arrière et en avant de l'utérus; le corps est volumineux, situé à gauche; il est impossible d'imprimer avec le doigt aucun mouvement à l'utérus; ce n'est qu'en saisissant cet organe de la main gauche, au travers des parois abdominales, qu'il est possible de lui imprimer quelques mouvements latéraux; ces mouvements sont perçus par le doigt introduit dans l'ouverture du col.

Les règles n'ont pas reparu; mais il faut dire que la malade est très-irrégulièrement réglée et qu'en temps ordinaire elle était cinq à six mois sans en avoir.

Le docteur Fourrier a revu plusieurs fois son opérée depuis le 19 février, les règles ont reparu en mai; elle est toujours dans un état de santé satisfaisant, seulement elle éprouve de temps en temps des douleurs de ventre et les garde-robes sont toujours difficiles (1).]]

Dans les cas de rupture pendant la gestation avant le commencement du travail, le procédé précédemment indiqué est le seul applicable.

Pendant la période de collapsus, il peut être nécessaire de donner des stimulants tels que l'ammoniac, le camphre, le musc, du vin, etc. Mais ce traitement doit être dirigé avec une grande réserve, de manière à attein-

(1) Fourrier, *Note sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans la cavité péritonéale* (*Bulletin de thérapeutique*, 1872, t. LXXXIII, p. 107).

dre le but sans le dépasser. Il faut se rappeler qu'en combattant le collapsus on peut aggraver la réaction et augmenter le danger de cette période. Une fois l'accouchement fait, il faut administrer une forte dose d'opium.

Quand l'inflammation est vive, le traitement doit être largement antiphlogistique. On appliquera sur l'abdomen trois ou quatre douzaines de sangsues, et l'on y reviendra même s'il y a lieu. On appliquera de larges cataplasmes de graine de lin, et l'on prescrira des bains de siège. Le calomel et l'opium, ou l'opium seul, sont les meilleurs remèdes à administrer. Il faudra le donner à larges doses répétées de manière à agir rapidement sur tout le système.

Si la rupture tient à l'étroitesse du détroit supérieur, et si la malade, après s'être rétablie, devient de nouveau enceinte, il faut provoquer l'accouchement artificiel à l'époque de la grossesse, qui permettra au fœtus de passer sans difficulté. Il est sans doute à désirer de retarder l'opération jusqu'au moment où l'enfant est viable; mais ce ne peut être une condition *sine qua non*, et, si l'on ne peut sauver l'enfant, il faut au moins essayer de sauver la mère. Collins rapporte un cas de ce genre. La malade fut accouchée la première fois prématurément après la rupture. A une seconde grossesse, elle accoucha naturellement. Dans le cas de Douglas, la version fut pratiquée pour une première grossesse; à la seconde, l'accouchement fut naturel. Il serait cependant beaucoup plus sage de la part de la malade de ne pas s'exposer à une seconde grossesse.

CHAPITRE V

FISTULES VÉSICO-VAGINALES (1)

[L'histoire des fistules de la vessie a pris depuis quelques années une face toute nouvelle, et la chirurgie peut enfin s'enorgueillir d'avoir assuré son triomphe sur une des plus épouvantables infirmités que l'on puisse observer (2).

(1) Depuis la publication de l'ouvrage de M. Fleetwood Churchill, de nombreux travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger sur les fistules vésico-vaginales: l'histoire de cette affection a pris une face toute nouvelle, et les ouvrages les plus recommandables se sont trouvés arriérés. Nous avons donc cru pouvoir nous permettre de remplacer l'article de M. Churchill par un article original pour lequel nous avons mis à contribution les dernières publications. (*Note des traducteurs.*)

(2) BIBLIOGRAPHIE: Peu, *Pratique des accouchements*, p. 384. — Nægele, *Erfahrungen und Abhandlungen*, etc. Mannheim, 1812, p. 389. — Barnes (S.), *Case of the successful treatment of the incontinence of urine consequent to sloughing or ulceration of the bladder from injury during labour with observations* (*Med.-chir. Trans.*, 1815,