

24503433930



LAINE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N461 .W74 1872
Des ruptures utérines / par Alexandre W

www.libtool.com.cn

CONCOURS UNIVERSITAIRE DE 1869-1870.

Question de Médecine (Matières spéciales).

MÉMOIRE COURONNÉ.

DES

RUPTURES UTÉRINES,

PAR

ALEXANDRE WILMART,

CANDIDAT EN MÉDECINE, ÉLÈVE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.



Bruxelles,

IMPRIMERIE DE TH. LESIGNE.

Rue de la Charité, 19, faub. de Louvain.

1872

N461
W74
1872

www.libtool.com.cn

LANE



LIBRARY

Gift
Cover War Library

AMERICAN BOOK NOTE CO. UPHOL

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

DES

RUPTURES UTÉRINES.



www.libtool.com.cn

CONCOURS UNIVERSITAIRE DE 1869-1870.

Question de Médecine (Matières spéciales).

MÉMOIRE COURONNÉ.

DES

RUPTURES UTÉRINES,

PAR

ALEXANDRE WILMART,

CANDIDAT EN MÉDECINE, ÉLÈVE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.

Bruxelles,

IMPRIMERIE DE TH. LESIGNE,

Rue de la Charité, 49, faub. de Louvain.

1872

P

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

11761
W74
1872

www.libtool.com.cn

DES RUPTURES UTÉRINES.



La science des accouchements est une des branches les plus importantes et les plus positives de la médecine. Comprenant tout ce qui concerne la reproduction de l'homme, elle embrasse nécessairement un vaste domaine, et s'occupe presque toujours de deux êtres à la fois dans ses moyens d'application.

(VELPEAU, *Traité complet de l'art des accouchements, Introduction.*)

92802

AVANT-PROPOS.

Dans le travail que nous soumettons à l'appréciation du jury universitaire, nous avons voulu résumer ce que l'on a dit jusqu'à ce jour sur les ruptures utérines; nous avons tâché de démêler, au milieu d'œuvres quelquefois fort disparates, la vérité de l'erreur, et de tirer, des nombreuses observations que nous avons consciencieusement examinées, des conséquences utiles au point de vue de la pratique. Tel a été notre but : puissions-nous l'avoir atteint!



PRÉLIMINAIRES.

DÉFINITION. — HISTORIQUE. — FRÉQUENCE. — DIVISION.

§ 1^{er}. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'acception à donner à la dénomination de rupture utérine. Les uns ne lui accordent qu'une signification assez restreinte : ainsi, pour M. Mattei (1), c'est une solution de continuité du tissu de la matrice, qui se fait du dedans au dehors. Il réserve le nom de déchirure ou plaie de la matrice à une solution de continuité qui se fait du dehors au dedans.

D'autres auteurs, tels que Dezeimeris, Velpeau, Nægelé, Joulin, donnent une acception beaucoup plus large aux mots rupture utérine. En effet, ils désignent par là toute solution de continuité qui se fait dans le tissu de la matrice. Maintenant, que cette solution procède du dehors vers le dedans, comme quand on atteint l'utérus à l'aide d'un instrument tranchant en perforant les parois abdominales, ou bien qu'elle s'opère du dedans au dehors, comme cela a lieu ordinairement pendant le travail de l'accouchement, le résultat sera toujours le même : il s'appellera toujours rupture utérine.

Partant de cette dernière opinion, nous dirons que la rupture de la matrice est *toute solution de continuité du tissu utérin, inté-*

(1) Thèse. — Paris, 4860.

ressant la totalité ou une partie seulement de l'épaisseur de ce tissu.

Cette définition nous paraît embrasser tous les cas qui peuvent se présenter : en effet, elle s'applique aux ruptures utérines et aux plaies de la matrice, soit que ces ruptures ou ces plaies n'attaquent que les membranes muqueuse et musculuse et respectent la tunique péritonéale, soit que cette dernière soit seule déchirée.

§ 2. — On ne trouve dans les écrits d'Hippocrate ni de Galien aucune notion sur l'accident qui nous occupe. C'est à peine si l'on rencontre dans les ouvrages de Celse des symptômes qui caractérisent la lésion du tissu de la matrice. Rien ne prouve qu'il ait eu connaissance de sa déchirure pendant l'accouchement.

Albucasis et Plater relatent des observations dans lesquelles, après des symptômes plus ou moins graves, l'enfant serait sorti par les parois abdominales : mais il n'est nullement démontré que ces cas ne fussent pas des grossesses extra-utérines.

Guillemeau (1) et Fabrice de Hilden (2) sont les premiers qui rapportent des cas certains de rupture de la matrice.

Après eux, Mauriceau (3), Peu (4), Portal (5), Dionis (6), Delamotte (7), Grégoire (8), Smellie (9), Burton (10), Levret (11), Crantz (12), Astruc (13), Barbaut (14), Simon (15), Plenck (16),

(1) *De l'heureux accouchement*, liv. 2, chap. XIII.

(2) *Centuries* I^{re} et IV.

(3) *Observations sur la grossesse et l'accouchement*.

(4) *La pratique des accouchements*.

(5) *Pratique des accouchements*.

(6) *Anatomie, dissertation sur la génération*.

(7) *Traité des accouchements*, t. II.

(8) *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1724.

(9) *Traité des accouchements*, t. I^{er} et III.

(10) *Système nouveau et complet de l'art des accouchements*.

(11) *L'art des accouchements*.

(12) *Dissertation sur la rupture de la matrice*.

(13) *L'art d'accoucher*, p. 288.

(14) *Cours d'accouchements*, t. I^{er}, p. 65.

(15) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II.

(16) *Éléments de l'art des accouchements*.

Denman (1), Baudelocque (2), M^{me} Lachapelle (3), Deneux (4), Dezeimeris (5), Duparcque (6), Velpeau (7), Cazeaux (8), Churchill (9), Nægele (10), et MM. Joulin (11), Hubert (12) et Hyernaux (13) consacrent dans leurs ouvrages des articles tout spéciaux au genre d'affection qui fait l'objet de notre travail.

§ 3. — Les chiffres qui expriment la fréquence des ruptures utérines, présentent les variétés les plus grandes, suivant les auteurs que l'on examine. C'est ainsi que :

Clarke.	a trouvé	8 ruptures sur	40,387 accouchements.	
Merriman	—	4	—	2,947
M ^r Keever.	—	20	—	8,600
Collins.	—	34	—	46,654
Pacaud.	—	2	—	4,480
Ramsbotham	—	43	—	68,435
Toogood	—	4	—	4,435
Watson	—	3	—	800
McClintock et Hardy	—	9	—	6,634
Johnston et Sinclair.	—	47	—	43,748
Burns	—	4	—	940

Ce qui fait :

Pour Clarke.	4 rupture sur	4,287 accouchements.	
— Merriman	4	—	2,947
— M ^r Keever.	4	—	430

(1) *Traité des accouchements*, t. II.

(2) *L'art des accouchements*, t. II, 3^{me} édition.

(3) *Pratique des accouchements*, Paris 1824.

(4) *Thèse*. — 1804.

(5) *Expérience*. — 1839.

(6) *Traité des déchirures et ruptures de la matrice*.

(7) *Traité complet de l'art des accouchements*.

(8) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*.

(9) *Traité pratique des maladies des femmes*.

(10) *Traité pratique de l'art des accouchements*.

(11) *Traité complet d'accouchements*.

(12) *Cours d'accouchements*.

(13) *Traité pratique de l'art des accouchements*.

Pour Collins	4	rupture sur	482	accouchements.
— Pacaud	4	—	2,090	—
— Ramsbotham	4	—	1,429	—
— Toogood	4	—	284	—
— Watson	4	—	266	—
— M'Clintock et Hardy .	4	—	625	—
— Johnston et Sinclair .	4	—	808	—
— Burns	4	—	940	—

Nous croyons que ces résultats sont si différents, parce que les auteurs que nous venons de citer ont opéré sur un nombre de faits beaucoup trop restreint. Pour éviter cet écueil, Churchill, en Angleterre, a rassemblé tous les faits qu'il a pu rencontrer et a trouvé que, sur 133,520 accouchements, il y avait 111 ruptures utérines, c'est-à-dire 1 rupture utérine sur 1,203 accouchements.

Franque (1), en Allemagne, a réuni aussi toutes les observations de rupture utérine qu'il a trouvées et est arrivé à ce résultat : sur 367,708 accouchements, il y a eu 114 ruptures utérines ; ce qui fait 1 rupture utérine sur 3,225 accouchements.

Si l'on prend la moyenne du chiffre donné par Churchill et de celui donné par Franque, on trouve qu'il y a une rupture utérine sur 2,200 accouchements. C'est là, à peu près, le chiffre auquel est arrivé M. Joulin.

§ 4. — L'acception que nous avons donnée plus haut aux mots rupture utérine offrant un cadre très-large, on a taché d'établir des divisions. On a dit qu'il y avait des ruptures *spon-tanées* et des ruptures *traumatiques, accidentelles* ou *violentes*. Les premières se produiraient sous l'influence de causes internes, c'est-à-dire de causes siégeant dans l'organisme de la femme. Tel est le cas d'un utérus qui se rompt au moment du travail, à cause du ramollissement de son tissu et des contractions trop énergiques de ses fibres musculaires. Les ruptures traumatiques

(1) *Wiener Med. presse*, 1865, t. VI, pp. 24, 25, 26, 28.

seraient dues à un agent extérieur, tel qu'instrument tranchant, forceps, crochet, etc.

On a aussi divisé les ruptures utérines en ruptures *complètes* et en ruptures *incomplètes*, suivant qu'elles intéressent la totalité ou une partie seulement du tissu de la matrice. Les ruptures incomplètes sont de deux espèces : elles peuvent être *internes*, quand les membranes muqueuse et musculuse sont seules atteintes ; elles sont, au contraire, *externes* quand la tunique péritonéale est seule déchirée (4).

Pour nous, nous examinerons d'abord les ruptures utérines pendant l'état de gestation de l'organe ; nous parlerons successivement, dans autant de chapitres :

- 1° Des causes ;
- 2° De l'anatomie pathologique ;
- 3° Des symptômes ;
- 4° Du diagnostic ;
- 5° Des phénomènes consécutifs ;
- 6° De la terminaison et de la durée ;
- 7° Du pronostic ;
- 8° Du traitement.

Et enfin, dans un neuvième et dernier chapitre, nous dirons quelques mots des ruptures utérines survenant en l'absence d'un produit de conception.

(4) HUBERT, *Cours d'accouchements*, article *Rupture utérine*.



CHAPITRE PREMIER.

ÉTIOLOGIE.

Les causes des ruptures utérines sont assez nombreuses ; pour mettre un peu d'ordre dans l'énumération que nous allons en faire, nous les distinguerons en causes prédisposantes et causes déterminantes. Nous ferons remarquer, néanmoins, que certaines causes, que nous mettons dans la catégorie des prédisposantes parce qu'elles agissent ordinairement ainsi, peuvent, dans des cas donnés, devenir de véritables causes déterminantes.

SECTION PREMIÈRE.

Causes prédisposantes.

1° La première de toutes, c'est la *grossesse*. En effet, la distension considérable de l'organe utérin, le ramollissement de ses parois, la position superficielle qu'il occupe dans le ventre et surtout le développement de sa puissance contractile pendant la période de gestation, sont toutes autant de circonstances qui le portent à la rupture.

2° D'après beaucoup d'auteurs, la *grossesse gémellaire* comme l'*hydramnios* seraient des causes prédisposantes de rupture de matrice, par la distension extrême qu'elles font subir aux parois

utérines. Nous dirons tout à l'heure ce que nous pensons de cette idée.

3° *Certaines grossesses extra-utérines.* — Il paraît d'abord étonnant que la grossesse extra-utérine puisse donner lieu à la rupture de la matrice; rien n'est cependant plus vrai. En effet, qu'arrive-t-il dans la grossesse utérine interstitielle? C'est que 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; à la fin, ces parois se perforent et le fœtus tombe dans l'abdomen. L'utérus pourra encore se déchirer dans les cas de grossesses tubo-utérine interstitielle, tubo-utérine, utéro-tubo-abdominale et peut-être dans le cas de grossesse tubaire. C'est ainsi que Planchon rapporte un cas de grossesse utéro-tubaire dans lequel la trompe et les tissus utérins voisins de la trompe furent compris dans la déchirure qui se fit (1).

4° *Plus une femme compte de grossesses, plus la matrice, chez elle, est prédisposée à se rompre.* — Nous mettons ici en regard les résultats obtenus par Churchill et ceux que nous avons obtenus nous-mêmes :

STATISTIQUE DE CHURCHILL.		Statistique faite avec les observations que nous avons recueillies dans les auteurs.	
Sur 75 cas :		Sur 100 cas :	
Il y avait 9 primipares.		Il y avait 45 primipares.	
— 66 multipares.		— 85 multipares.	
Les chiffres des multipares se décomposent ainsi :			
2 ^e grossesse	44 cas.	2 ^e grossesse	9 cas.
3 ^e —	43 —	3 ^e —	42 —
4 ^e — et suivantes . . .	37 —	4 ^e — et suivantes . . .	64 —

On a voulu expliquer ce fait en disant que les parois de la matrice sont plus minces chez une femme qui a eu plusieurs

(1) *Traité complet de l'opération césarienne.*

enfants que chez celle qui n'en a eu qu'un, et que, par conséquent, chez cette dernière, les ruptures sont plus rares que chez la première. Nous croyons qu'une multipare est surtout plus prédisposée aux ruptures utérines qu'une primipare; parce que, chez cette dernière, les états pathologiques de l'organe de gestation, qui sont, comme nous le verrons plus loin, des prédispositions à la déchirure de l'utérus, n'ont pas encore eu le temps de se développer, vu qu'ils sont assez souvent les suites d'accouchements antérieurs.

5° Si l'on considère les différentes époques de la grossesse, on voit que la rupture n'a jamais été observée avant le troisième mois, qu'elle est assez rare jusqu'au cinquième mois, un peu plus fréquente dans la deuxième moitié de la gestation, *surtout fréquente au moment de l'accouchement.*

En effet, sur 100 cas, la rupture s'est faite 4 fois du premier au quatrième mois de la gestation, 16 fois pendant les cinq derniers mois de la grossesse, et 80 fois pendant le travail.

6° *Plus le travail dure longtemps chez une femme, plus elle est prédisposée à la rupture utérine.* — Cette proposition résulte du tableau statistique suivant, que nous empruntons à Simpson :

DURÉE DU TRAVAIL.	Nombre d'accouchements.	NOMBRE DE RUPTURES.	PROPORTION.
Jusqu'à 6 heures . . .	43,442	7	4 : 4942
De 7 heures à 24 heures.	2,494	40	4 : 247
Plus de 24 heures . . .	247	7	4 : 38

7° Quant à l'âge de la parturiente, on peut dire que la *rupture utérine est surtout fréquente de 30 à 40 ans.* C'est ce que prouvent les tableaux suivants :

	STATISTIQUE DU D ^r COLLINS.	Statistique faite avec les observations que nous avons recueillies dans les auteurs.
	Sur 34 cas :	Sur 100 cas :
De 15 à 20 ans	4	6
— 20 à 30 —	43	24
— 30 à 40 —	20	64
Au delà de 40 ans	0	2

8° L'enfant contenu dans la matrice peut lui-même agir comme cause prédisposante. En effet, s'il est du *sexe masculin*, il sera plus volumineux, sa tête surtout sera plus grosse et il pourra ainsi déterminer plus facilement la rupture utérine. Voici les résultats obtenus par les docteurs Collins et Mac Keever :

D ^r COLLINS.	D ^r MAC KEEVER.
Sur 34 cas :	Sur 20 cas :
23 enfants mâles.	15 enfants mâles.

Il nous a été impossible d'établir une statistique à ce propos, car ce n'est que de loin en loin qu'un auteur note dans une observation le sexe de l'enfant.

9° Une autre cause, c'est l'*amincissement* des parois de l'organe gestateur. Cet amincissement peut s'étendre à la totalité ou à une partie seulement de la matrice : de là, nous aurons un *amincissement général* et un *amincissement partiel*.

Disons tout d'abord que l'existence de l'amincissement général ne peut plus être mise en doute : en effet, M^{me} Lachapelle, MM. Duparcque, Cazeaux, en ont observé de nombreux exemples. Pour notre part, nous avons vu aussi une femme chez laquelle la paroi utérine était tellement mince, que l'on distinguait parfaitement toutes les anfractuosités fœtales.

Cet amincissement général, qui est tantôt le fait d'une grossesse gémellaire, tantôt celui de l'hydramnios, pourra-t-il devenir le point de départ d'une rupture utérine ?

Duparcque pense que cela peut avoir lieu ; car, dit-il, plus la dilatation de l'utérus est grande, plus les parois amincies sont exposées à céder aux causes déterminantes, et ainsi le plus grand développement de la matrice devient cause prédisposante de ruptures de cet organe.

L'amincissement partiel des parois de l'organe gestateur offre une importance beaucoup plus grande que son amincissement général. Il est admis par la plupart des auteurs et, entre autres, par Duparcque, Cazeaux, etc.

Pour ne citer que quelques faits, nous dirons que le docteur

Erid-Ling parle d'une matrice dont le fond était extrêmement épais, tandis que le côté droit avait à peine 2 millimètres d'épaisseur (1). Vespèrs a vu un utérus qui ne présentait, à l'endroit de sa rupture, que l'épaisseur de deux ou trois feuilles de papier appliquées l'une contre l'autre (2).

Nous pourrions multiplier ces faits à volonté, car l'amincissement partiel est tellement fréquent, que sur 49 cas de ruptures utérines réunis par le docteur Trask (3), cette altération s'est présentée 14 fois. Nous avons calculé qu'en moyenne sur 100 cas de rupture utérine que rapportent les accoucheurs, il y avait 21 cas où le tissu de la matrice était aminci dans l'un de ses points.

Une question se pose ici : Cet amincissement partiel est-il cause de rupture utérine ? La plupart des auteurs le pensent, et, pour ne citer que des recherches modernes, nous dirons qu'Anneth (4) et Grenser (5), en faisant l'autopsie de femmes mortes de rupture utérine, ont trouvé plusieurs fois un développement exagéré du fond et du corps de cet organe et un amincissement notable du segment inférieur, et ils regardent, dans les cas qu'ils citent, comme très-vraisemblable que cet amincissement a occasionné la déchirure. D'ailleurs, si cette diminution d'épaisseur des parois utérines n'est pas au moins la cause prédisposante de la rupture de la matrice, pourquoi l'organe gestateur se déchire-t-il toujours, dans les observations que nous avons lues, au point aminci ?

Duparcque explique la déchirure utérine, dans le cas d'amincissement partiel de l'organe gestateur, en disant que cette diminution d'épaisseur d'une portion plus ou moins étendue des parois de l'utérus, en diminuant et sa résistance organique et sa résistance active ou contractile, expose cette partie à céder, en se rompant, à la pression qu'exercent sur elle les régions contiguës du fœtus pendant les contractions énergiques du reste de l'organe,

(1) SUE, *Essais sur l'art des accouchements*.

(2) *Ancien Journal de Médecine*, t. XLII, p. 84.

(3) *American Journal of medical sciences*, janvier et avril 1848.

(4) *Die Geburtshülftiche Praxis*, 1864, p. 459.

(5) *Traité d'accouchements* de NÆGELÉ, p. 606.

D'où provient cet amincissement partiel? Est-ce un état morbide? Est-ce une anomalie congénitale? Peut-il être la suite d'une blessure de la matrice ou d'une ulcération syphilitique de cet organe (Duparcque)? Provient-il de l'usure de l'utérus contre le promontoire ou contre des tumeurs osseuses? Est-ce le résultat d'une inflammation de la matrice?

Jusqu'à présent, cette question n'a pas été décidée et les documents nous manquent pour la vider.

10° Une cause qui joue un rôle très-important, c'est le *ramollissement* des parois utérines : elle est admise par presque tous les auteurs.

Cette cause est tellement fréquente, que le docteur Trask (1) dit que, sur 49 cas de rupture utérine qu'il a réunis, 19 fois l'utérus était ramolli. Nous avons trouvé que sur 100 cas de rupture utérine, il y en a 24 dans lesquels le tissu de la matrice a perdu sa consistance normale. Il est inutile d'attirer l'attention sur l'importance qu'ont ces chiffres.

Un point sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, c'est sur les différentes espèces de ramollissements; nous guidant sur les faits que nous avons recueillis, nous distinguons :

- A. Le ramollissement suite de métrite chronique;
- B. Le ramollissement suite d'infiltration purulente des parois de la matrice;
- C. Le ramollissement gangréneux;
- D. Le ramollissement apoplectiforme;
- E. Le ramollissement suite de dégénérescence graisseuse;
- F. Le ramollissement suite de dégénérescence tuberculeuse;
- G. Le ramollissement suite de dégénérescence encéphaloïde.

Il va sans dire que nous mettons de côté le ramollissement qui est le fait seul de la grossesse.

A. Le ramollissement suite de métrite chronique doit être le plus fréquent; aussi en avons-nous rencontré de nombreux exem-

(1) *Loco citato.*

ples dans les auteurs : telles sont, croyons-nous, les observations rapportées par Pietro Dell' Ara (1), Moulin (2), etc.

B. Le ramollissement suite d'infiltration purulente des parois de la matrice. — On n'en possède, jusqu'à présent, qu'une seule observation recueillie à la Maternité de Paris et publiée sans nom d'auteur (3). Il existait, dans ce cas, une rupture énorme, intéressant le bord droit de l'utérus, le col et une petite étendue de la partie supérieure du vagin.

La matrice se déchirait avec la plus grande facilité et présentait l'aspect du tissu pulmonaire passé à l'état d'hépatisation grise.

C. Le ramollissement gangréneux. — Cette cause ne peut plus être mise en doute depuis que Steidele (4) et Weiss (5) ont rapporté des exemples de rupture utérine, suite de ramollissement gangréneux de la matrice. Dans le cas rapporté par Weiss, l'auteur attribue la gangrène de la matrice à la compression, trop longtemps prolongée, exercée par la tête de l'enfant sur le segment inférieur de cet organe, contre l'entrée du bassin.

D. Le ramollissement apoplectiforme. — Il est produit par l'existence de foyers sanguins dans l'épaisseur des tissus de la matrice. Ces foyers apoplectiques se présentent, par exemple, dans un cas de purpura. Ils amènent le ramollissement de la matrice, soit par le fait seul de leur existence, soit en déterminant une inflammation des tissus utérins qui les entourent.

La seule observation que l'on puisse rapporter à cette altération a été relatée par Behling (6) : il dit, en effet, qu'il trouva la matrice déchirée, d'un rouge-brun et semée, çà et là, de points noirs. Ces points noirs étaient sans doute des foyers apoplectiques.

E. Le ramollissement suite de dégénérescence graisseuse. — Il est prouvé par une observation que nous empruntons à Simp-

(1) *Expérience*. — 1839.

(2) *Archives générales de médecine*, nov. 1825.

(3) *Journal complet des Sciences médicales*, 1834, t. XLI, p. 200.

(4) *Dissertatio de rupto in partu doloribus utero*.

(5) *Gazette médicale de Paris*, oct. 1838.

(6) *Casus rupti in partu uteri*. Altorf, 1736.

son (1); il dit, en effet, que dans le point où se fit la déchirure utérine, la substance de la matrice était extrêmement pâle, ramollie et friable; on croyait couper dans du lard. Au microscope, on constata que les fibres musculaires étaient, dans toute leur épaisseur, remplies de particules graisseuses.

En présence d'un pareil fait et d'une pareille autorité, il nous semble que le ramollissement graisseux de l'utérus ne peut plus être mis en doute. D'ailleurs, pourquoi la matrice ne pourrait-elle pas subir l'infiltration graisseuse, comme le cœur, le foie et les muscles en général?

F. Le ramollissement par suite de dégénérescence tuberculeuse est démontré par un fait rapporté par Henri Cooper (2). — En faisant l'autopsie d'une femme morte en couches, d'une rupture du bas-fond de l'utérus, il reconnut que la cause prédisposante de cet accident gisait dans une dégénérescence tuberculeuse de cette partie de l'organe.

Que les tubercules puissent se développer dans la matrice, cela est admis par tout le monde; maintenant, qu'ils puissent, en se ramollissant, amener la diminution de consistance du tissu utérin et, par conséquent, prédisposer à la rupture utérine, l'observation précédente nous donne une certitude parfaite à cet égard.

G. Le ramollissement par suite de dégénérescence encéphaloïde. — Il nous semble que c'est à cette catégorie que se rapporte le fait relaté par D'Outrepoint (3), dans lequel le segment inférieur de l'utérus, siège de la rupture, était couvert de végétations carcinomateuses.

Dezeimeris (4) a admis, en outre, le ramollissement atrophique: il est caractérisé non-seulement par une diminution de consistance du tissu utérin, mais aussi par une diminution d'épaisseur de ce tissu. Dezeimeris et le docteur Trask en rapportent chacun

(1) *Presse médicale belge*, 1869.

(2) *British medical Journal*, 1859.

(3) *Abhandlung und Beiträge geburtshülftischen, inhalts*, part. I. Würzburg. 1822.

(4) *Expérience*. — 1839.

un cas. Nous croyons que cette variété de ramollissement doit rentrer dans la catégorie de ceux qui sont produits par la métrite chronique : en effet, cette affection peut amener à sa suite non-seulement le ramollissement de la matrice, mais encore son atrophie. C'est sans doute ce qui a eu lieu ici.

Voyons maintenant comment ces ramollissements agissent pour déterminer la rupture utérine; ils pourront être, tout à la fois, causes déterminantes et causes prédisposantes.

Ils seront causes déterminantes pendant le cours de la grossesse; en effet, la matrice se distendant progressivement, pourra se déchirer aux points ramollis, à cause du peu de résistance que ceux-ci présenteront.

Au moment du travail, ce seront des causes prédisposantes, parce que, pour peu qu'il y ait des contractions utérines énergiques, le point ramolli ne pourra supporter les efforts musculaires et il se brisera.

11° Une cause sur laquelle les auteurs n'attirent pas beaucoup l'attention, ce sont les *ulcérations de la matrice*. Elles peuvent être *internes* ou *externes*.

Les ulcérations internes sont déterminées par une métrite chronique, par un abcès des parois utérines qui s'est ouvert dans la cavité de la matrice, par la dégénérescence tuberculeuse des parois de la matrice; elles peuvent encore être sous la dépendance d'un cancer encéphaloïde ou squirrheux, ou bien être la suite de la chute d'une escarre.

Les ulcérations externes sont consécutives à une plaie des parois utérines, que cette plaie soit produite par un instrument tranchant, ou qu'elle provienne des arêtes osseuses qu'on rencontre quelquefois à la face interne de la symphyse pubienne.

Ces ulcérations internes ou externes prédisposent à la rupture utérine, en diminuant la résistance et l'épaisseur des tissus de la matrice.

12° Les *cicatrices* des parois de l'utérus facilitent la déchirure de cet organe. On a surtout cité, dans cet ordre de causes, les cicatrices provenant de l'opération césarienne. Le docteur

Kaiser (1), qui a principalement attiré l'attention à ce sujet, a raconté dans sa thèse que six femmes ayant subi l'opération césarienne, devinrent enceintes ; elles eurent toutes des ruptures de la matrice. Elles durent subir la gastrotomie, et trois d'entre elles succombèrent. Le docteur Bourgeois, de Tourcoing (2), a observé un cas semblable à quatre mois et demi de grossesse : la rupture s'était produite sur l'ancienne cicatrice. Nous avons également rencontré une observation de ce genre (3) : la rupture eut lieu à sept mois ; on retira un enfant vivant par la gastrotomie. La femme se rétablit en peu de temps.

Par quel mécanisme se produit la rupture utérine dans ces cas ?

Le plus souvent la cicatrice résultant de l'opération césarienne est incomplète et par là incapable de résister soit à la distension, soit à la contraction du viscère : elle peut alors se rompre pendant le cours de la grossesse et au moment de l'accouchement (4).

Quelquefois cependant la cicatrice est complète : que pourrait-il arriver pendant le travail ? Comme le dit Duparcque, les points occupés par la cicatrice ne se contracteront plus, tandis que tous les autres sont en contraction ; la résistance qu'oppose la partie cicatricielle sera 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 ou se rompt.

Voyons maintenant quel est l'endroit de l'utérus qui se déchire dans le cas de cicatrice. Si elle est incomplète, la déchirure a lieu au point même où se trouve le tissu cicatriciel. Si elle est com-

(1) *De eventâ sectionis cesareæ*. Copenhague 1841.

(2) *Moniteur des Sciences*, 1862.

(3) *Bulletin de la Fac. de Méd. de Paris*, 1849.

(4) *Cours d'accouchements de M. HUBERT*.

plète, alors la rupture pourra se faire à l'endroit même de la cicatrice, ou à une petite distance de celle-ci (1).

13° Dans ce paragraphe, nous comprenons toutes les causes dépendantes des parties dures ou molles de la mère, qui rendent difficile le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne. En général nous dirons que toutes peuvent amener la rupture utérine : cependant il en est quelques-unes parmi elles dont l'action a été démontrée par des faits clairs et palpables ; ce sont les rétrécissements du bassin (2), l'état squirrheux du col utérin (3), sa rigidité (4), l'oblitération complète du col (5), l'occlusion du vagin (6), l'occlusion de la vulve (7), l'implantation du placenta sur le col (8).

Toutes ces affections en empêchant l'accouchement, ou tout au moins en le rendant laborieux, sont des causes prédisposantes à la rupture utérine. En effet, pour peu qu'il y ait un obstacle quelconque au passage de l'enfant, il faut que la matrice, par l'énergie de ses contractions, réagisse contre cet obstacle de façon à le surmonter. De telle sorte que les contractions utérines deviennent d'autant plus fortes que la résistance est elle-même plus forte. Mais il arrive un moment où l'intensité des contractions musculaires est à son maximum et alors, si l'obstacle n'est pas vaincu, la matrice se rompt.

Les rétrécissements et les tumeurs osseuses du bassin peuvent non-seulement déterminer la rupture de la matrice par la difficulté qu'ils apportent à la sortie du produit de la conception, mais ils peuvent aussi amener cette rupture en comprimant les tissus utérins, compris entre ces tumeurs osseuses et les parties

(1) Thèse de M. TAURIN. Paris 1853.

(2) HYERNAUX, *Op. citato*, p. 599.

(3) MOULIN, *Archiv. gén. de Méd.*, nov. 1825.

(4) CHURCHILL, *Op. citato*, p. 865.

(5) MIQUEREZ, *Gaz. méd. de l'Algérie*, juin 1857.

(6) LOMBARD, *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 23.

(7) HARE, *The Lancet*, 1828.

(8) Il y a deux observations : une de NAUCHE, *Des Maladies de l'utérus*, p. 246 ; STOLZ en a publié une seconde, *Gaz. méd.*, 1850, p. 383.

dures de l'enfant. Cette compression, qui s'exerce surtout au moment du travail de l'accouchement, peut produire à la longue l'inflammation, le ramollissement, l'ulcération, la gangrène des parois de la matrice. Nous avons cité plus haut, d'après Weiss, un exemple remarquable de ce que nous avançons ici.

Ces tumeurs osseuses peuvent quelquefois revêtir un aspect assez singulier. On a appelé l'attention, dans ces dernières années, sur des *arêtes tranchantes*, des *saillies acérées*, des *éminences en forme de dard*, que l'on rencontre sur les os pelviens. Les auteurs qui se sont surtout occupés de cette anomalie, sont en France M. Depaul (1), et en Allemagne, Kilian (2). Ils ont remarqué que ces tubercules acérés se développaient surtout sur la moitié antérieure du détroit supérieur; ainsi le plus souvent c'est l'éminence iléo-pectinée qui, au lieu de se présenter sous l'aspect d'une saillie ovale, s'est aplatie et amincie à un tel degré, qu'elle revêt la forme d'une flamme, ou d'une lancette de vétérinaire; quelquefois c'est la crête du pubis qui ressemble à une lame tranchante, comme nous avons eu l'occasion de le constater à la Maternité de Bruxelles; quelquefois c'est la ligne innommée qui devient très-saillante, comme dans le cas rapporté par Schaw (3); quelquefois c'est l'angle sacro-vertébral qui est atteint; quelquefois même ces saillies osseuses se développent à la face interne de la symphyse pubienne, comme dans le fait rapporté par Douglas (4).

Cette viciation peut être unilatérale, ou exister à la fois à droite et à gauche sur les deux os iliaques: elle est ordinairement liée à un rétrécissement pelvien, dû lui-même le plus souvent à des antécédents rachitiques.

Pour notre part, nous avons vu à la Maternité de Bruxelles un bassin vicié par diminution du diamètre antéro-postérieur: l'éminence iléo-pectinée gauche avait une longueur d'au moins un cen-

(1) *Dict. encycl. des sciences médic.*, t. VIII, p. 474.

(2) *Schilderungen neuer Beckenformen, etc.*, Mannheim, 1854.

(3) *On the nature and treatment of the distortions*. Londres, 1823.

(4) *Essays on ruptures of the uterus*. Londres, 1785.

timètre et se dirigeait en haut, en arrière et en dedans. Un autre bassin, que nous avons vu aussi à la Maternité de Bruxelles, présentait deux éminences iléo-pectinées très-saillantes, très-acérées, et avait un diamètre antéro-postérieur considérablement rétréci.

Voyons maintenant quel effet ces pointes osseuses produiront sur la matrice. Il est évident qu'elles pourront non-seulement blesser superficiellement, mais aussi perforer complètement les parois de l'organe gestateur, surtout s'il y a angustie pelvienne. Kilian (1) rapporte du reste des faits qui ne permettent plus de doute à cet égard. Douglas (2) rapporte un cas dans lequel, immédiatement en arrière de la symphyse pubienne, il y avait une crête saillante, au niveau de laquelle se trouvait la déchirure. Shaw (3) dit que, chez une femme à sa deuxième grossesse, il y eut une déchirure utérine, produite par la crête saillante de l'os des îles et le bras de l'enfant passait par la déchirure.

14° Les auteurs citent comme causes prédisposantes à la rupture utérine les *polypes*, les *corps fibreux* et les *tumeurs squirrheuses* de la matrice.

On n'a jusqu'à présent aucun exemple certain de rupture utérine produite par un polype : nous pensons pourtant que si l'on avait affaire à un polype très-volumineux, il pourrait devenir le point de départ d'une rupture utérine, en constituant un obstacle au passage de l'enfant à travers la filière pelvienne.

Quant aux corps fibreux, s'ils peuvent amener la rupture de la matrice, comme dans les cas rapportés par Chaussier et dans celui qui a été inséré dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (4), il faut avouer que ce fait se présente bien rarement, vu la fréquence des fibromes utérins. Quoi qu'il en soit, quand cet accident arrive pendant l'accouchement, on explique l'action des corps fibreux, comme celle des cicatrices complètes, en disant qu'ils affaiblissent, dans les points qu'ils occupent, la résistance que doit

(1) *Op. citato.*

(2) *Op. citato.*

(3) *Op. citato.*

(4) M. FORGET, *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1868.

opposer le tissu utérin à des contractions trop énergiques. La déchirure peut se faire à l'endroit même où se trouve le corps fibreux ou à une petite distance de lui.

Les tumeurs squirrheuses peuvent amener la déchirure utérine, au moment de l'accouchement, par un mécanisme tout à fait semblable à celui des cicatrices complètes et des fibrômes utérins : la déchirure peut se faire au point occupé par la tumeur, ou à côté d'elle. Nous citons ici pour exemple une observation due à Burton (1) : il dit qu'il trouva, à l'autopsie d'une femme morte de rupture utérine, la matrice dure et squirrheuse à l'endroit de la rupture.

15° Les *obliquités* de la matrice sont-elles des causes prédisposantes de rupture utérine ?

Voyons d'abord l'obliquité antérieure. La plupart des auteurs sont d'avis qu'elle peut amener la rupture utérine : ils expliquent ce fait en disant que, au moment de l'accouchement, la matrice comprimée dans sa partie antérieure, par la tête de l'enfant, contre la symphyse pubienne, peut se gangrener et amener ainsi une rupture.

Nous n'avons rencontré dans les auteurs qu'une seule observation de rupture utérine, suite d'obliquité antérieure de la matrice ; cette observation est due à Moulin (2) : la déchirure se fit au moment de l'accouchement et eut lieu à la partie postérieure du segment inférieur de la matrice. Dans ce cas, nous attribuons la rupture à ce que la matrice étant portée en avant et en bas, formant le *venter propendulus*, les fibres postérieures de cet organe, au niveau de leur attache au vagin, sont tirillées pendant toute la durée de la grossesse. Il s'ensuit qu'au moment de l'accouchement, sous l'influence de contractions musculaires, même peu énergiques, la partie postérieure du segment inférieur de la matrice, qui a perdu de sa résistance par l'élongation qu'elle a subie, peut très-bien se déchirer. Ce qui prouve d'ailleurs que la cause principale de la rupture est le tiraillement des fibres portéro-inférieures pendant la gestation, c'est que, dans l'obser-

(1) *Syst. nouv. et compl. de l'art des accouchements*, t. I, p. 172.

(2) *Archiv. gén. de Méd.*, nov. 1825.

vation dont il s'agit, l'auteur dit que les bords de la solution de continuité étaient *frangés, rugueux, comme mâchés*.

On voit que cette dernière explication diffère essentiellement de celle qui est donnée par les auteurs.

Quant aux obliquités postérieures et latérales, on ne possède actuellement aucun exemple de rupture de matrice qu'elles aient déterminée.

16° Certaines *conformations vicieuses* du fœtus, tels que l'hydrocéphalie et l'excès de volume général, peuvent amener la déchirure utérine.

Bleynie (1), Haviland (2) et Grenser (3) rapportent des cas de rupture utérine dus à l'hydrocéphalie, et il faut croire que cette cause est bien importante, puisque sur soixante-quatre cas d'hydrocéphalie congénitale, observés par Thomas Keith (4), il y a eu seize fois rupture de la matrice.

Levrét rapporte une observation de rupture utérine produite sans doute par un excès de volume général de l'enfant, qui pesait douze livres (5).

Nous pensons que la rupture peut être attribuée dans ce cas à deux causes principales : 1° aux efforts musculaires excessifs que fait l'utérus, pour faire passer la partie volumineuse de l'enfant à travers la filière pelvienne ; 2° à la partie volumineuse elle-même, qui, par la distension et la compression énorme qu'elle fait subir aux parois de la matrice, peut finir par en amener la déchirure.

17° Il est admis par tout le monde que les *positions vicieuses* du fœtus sont des causes prédisposantes à la rupture utérine. C'est ainsi que Delamotte (6) et Frizel (7) rapportent des observations de ruptures utérines, où l'enfant présentait le bras ;

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1835.

(2) *The Lancet*, 1863, p. 232.

(3) *Schmidts Encyclop. des gesammten Medicin*, supplementar-band, t. III, p. 229.

(4) *The Lancet*, 1863, p. 232.

(5) *Accouchements laborieux*, p. 82.

(6) *Traité des accouchements*, obs. CCCXCII, p. 4493.

(7) *Transact. of the king's and queen's associat.*, vol. II.

Dubois (1) cite un cas dans lequel il y avait prolapsus du pied ; Richter (2) relate un fait dans lequel l'enfant se présentait en travers ; dans un cas de rupture utérine rapporté par Smellie (3), il y avait présentation de la face.

Les auteurs ont cherché à expliquer ce phénomène, en disant que la position vicieuse de l'enfant étant un obstacle à l'accouchement, par le fait même de cette position vicieuse, l'utérus devenait le siège de contractions énergiques et incessantes. Or, nous avons dit plus haut que ces contractions énergiques pouvaient aller jusqu'à la rupture de la matrice, si l'obstacle n'était pas vaincu. Par conséquent, si la position n'est pas modifiée, soit artificiellement, soit naturellement, l'utérus peut se déchirer.

Cette explication, qui peut convenir à quelques cas, n'est pourtant pas toujours applicable : nous pensons que l'utérus peut se rompre par un autre mécanisme. En effet, dans un cas de position vicieuse, l'enfant ne forme pas un ovoïde aussi parfait que dans le cas de position régulière : il y a donc des saillies et des enfoncements. Au niveau des saillies, les parois utérines seront distendues et amincies : au niveau des enfoncements, elles conserveront leur état normal. Or, s'il arrive quelques contractions énergiques, il se pourra que les parties distendues et amincies cèdent et se rompent.

Une autre cause de dystocie, l'*enclavement du fœtus*, peut aussi produire la rupture utérine ; mais alors la déchirure est le résultat de la gangrène des parois de la matrice, lesquelles sont comprimées d'un côté par le pourtour osseux du bassin, et d'un autre côté par les parties dures de l'enfant.

18° Certaines *tumeurs* des organes abdominaux peuvent amener la rupture utérine : Deneux (4) dit en effet que les ovaires devenus squirrheux, ou parvenus à l'état stéatomateux, peuvent s'opposer à la délivrance en s'engageant en même temps que la tête du

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 85.

(2) *Chirurgische bibliotek*, t. VI, p. 43.

(3) *Cours d'accouch.*, t. III, obs. IX, p. 464.

(4) *Thèse de Paris*, 1804.

foetus dans l'excavation pelvienne, et disposer ainsi la matrice à se rompre. Nous avons rencontré une observation de rupture utérine due à un développement exagéré de la rate, qui descendait jusque sur le détroit inférieur du bassin (1). Il est probable que dans ce cas, la rupture fut produite par la difficulté que la rate hypertrophiée apporta à la sortie de l'enfant.

19° Duparcque et M. Mattei (2) ont encore regardé comme cause prédisposante à la rupture utérine *la paralysie partielle de l'organe gestateur*. On explique généralement son mode d'action en disant qu'au moment où la matrice se contracte, la partie paralysée restant inactive, il en résulte que la résistance qu'elle oppose est toute passive, et alors il est à craindre que, vaincue par la puissance des contractions de tout le reste de l'utérus, elle ne se déchire.

Cette cause nous paraît fort problématique.

20° M. Mattei a encore admis comme cause prédisposante les *adhérences de la matrice avec les organes voisins*. Nous dirons qu'aucun fait n'est venu jusqu'à présent confirmer cette manière de voir, qui, au point de vue théorique, offre une certaine vraisemblance.

SECTION DEUXIEME.

Causes déterminantes.

1° La première de toutes, sans contredit, c'est la *contraction musculaire* : c'est elle que nous voyons agir, au moment de l'accouchement, dans les ruptures de la matrice provoquées par l'amincissement, le ramollissement, l'ulcération, les cicatrices, les tumeurs des parois de l'utérus, dans les ruptures provoquées par les rétrécissements du bassin, l'obliquité antérieure de la matrice, l'hydrocéphalie et la position vicieuse de l'enfant.

(1) *Il filiatro sebezio*, Dr LUIGI SCERRA, fév. 1835.

(2) *Loco citato*.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, ont tâché d'expliquer comment cette contraction musculaire produisait la rupture utérine. Une des premières théories a été celle de Baudelocque : il disait qu'à la suite d'un travail fort long, où des obstacles s'opposent à l'accouchement, le tissu de l'utérus s'affaiblit en quelque endroit, et notamment aux endroits qui répondent aux parties anguleuses de l'enfant et, tôt ou tard, ces endroits se déchirent. — Cette explication, qui peut être bonne pour certains cas, n'est pourtant pas applicable aux observations dans lesquelles la rupture utérine survient au bout d'une demi-heure de travail, comme dans celle qui est rapportée par M. Putegnat (1).

Dubois a donné une autre théorie qui a été reproduite dans la thèse de M. Taurin : il dit que si les eaux sont écoulées, l'utérus moulé sur le fœtus ne présente plus une forme ovoïde. Alors les parties saillantes de l'enfant distendent ou compriment certains points de l'organe, qui moins retracts, restent plus minces, plus faibles, incapables par conséquent de résister à l'action beaucoup plus énergique des parties voisines, surtout si ces points déjà plus faibles ont éprouvé, en raison de la compression qu'ils ont subie, une altération qui diminue encore leur résistance organique. Cette explication qui, comme nous l'avons vu, peut s'appliquer à quelques cas, ne convient pas encore une fois à tous : en effet Dubois et Taurin partent de ce point : c'est que les eaux amniotiques s'écoulent avant que la rupture ait lieu. Or, nous prouverons plus loin que cela ne se présente pas toujours : il y a des faits qui établissent que pendant le travail, la rupture utérine est survenue avant l'écoulement des eaux.

Au reste, quelle que soit la théorie que l'on admette, il est bien évident que la contraction musculaire est pour nous la principale cause déterminante de la rupture utérine au moment de l'accouchement. Mais, ajoute Cazeaux, pour qu'elle produise cette déchirure, il faut que son action soit favorisée par les causes prédis-

(1) *Journal de Méd. de Bruxelles*, t. XXXII, p. 44.

posantes que nous avons indiquées et dont il est facile de comprendre l'influence. Nous ne pouvons être entièrement de cet avis : nous pensons que l'utérus peut se déchirer, pendant le travail de l'accouchement, sans qu'il y ait ni angustie pelvienne, ni maladie de son tissu, ni quelque autre cause prédisposante. En effet, supposons un bassin bien conformé sous tous les rapports, une matrice parfaitement saine, un col qui commence à s'ouvrir ; si, à ce moment, il survient quelques contractions utérines énergiques, comme la tête de l'enfant ne peut pas traverser un col à peine ouvert, il se produira une rupture.

Il est facile de comprendre maintenant que tout ce qui excite les contractions du viscère utérin, telle qu'une attaque d'éclampsie, pourra amener, surtout s'il y a une cause prédisposante, la déchirure du tissu de la matrice.

2° L'emploi du *seigle ergoté* peut-il déterminer la rupture utérine ?

La plupart des auteurs le croient : Malgaigne (1), Delmas (2) et Trask (3) rapportent des cas de rupture de la matrice, consécutifs à l'administration intempestive de ce médicament. M. Hyernaux (4) raconte qu'il a vu mourir à son entrée à la Maternité de Bruxelles, une malheureuse femme rachitique, dont l'enfant, qui se présentait par l'épaule, avait passé dans le ventre à travers une déchirure de l'utérus, survenue après l'administration de quelques paquets de poudre d'ergot.

Voyons comment le *seigle ergoté* peut amener cette rupture. Il est d'abord évident que le *seigle ergoté* donné dans de bonnes conditions, n'amènera pas la rupture de l'utérus. Ainsi, si le bassin de la femme est bien conformé, si les parties molles n'offrent aucun obstacle au passage de l'enfant, si celui-ci se présente par une des extrémités de son grand diamètre, si le col est dilaté ou dilatable, c'est-à-dire, mou, exempt de rigidité, si la

(1) Un cas. — *Gaz. méd. de Paris*, 1832, p. 60.

(2) Deux cas. — *Journal de la Soc. de Méd. de Montpellier*, 1842.

(3) Quatre cas. — *Op. citato*, p. 3.

(4) *Op. citato*, p. 342.

position reconnue est favorable, si en un mot, il ne manque à la femme en travail, pour se débarrasser de son fruit, que des contractions utérines suffisantes, dans ce cas, l'administration du seigle ergoté ne sera ordinairement suivie d'aucun accident.

Mais si la femme se trouve dans d'autres conditions, s'il y a un obstacle à la libre parturition, un défaut d'ouverture du col utérin, une position vicieuse, un rétrécissement du bassin, la matrice luttera avec énergie contre cet obstacle qu'elle ne peut surmonter, et alors l'irritabilité dont elle est l'objet peut se traduire par une inflammation, ou elle ne cessera que par la rupture de l'organe (1).

Une autre raison qui fait que le seigle ergoté peut déterminer la déchirure de l'utérus, c'est que les contractions produites par ce médicament ne sont pas les mêmes que les contractions propres à la matrice. En effet, quand l'utérus agit seul, ses contractions sont ordinairement séparées les unes des autres par un moment de repos, tandis que les contractions déterminées par le seigle ergoté sont incessantes, presque convulsives. Or il est évident que l'utérus aura bien plus de tendance à se rompre dans le deuxième cas que dans le premier.

Inutile d'ajouter que des substances qui excitent les contractions utérines, employées dans un but abortif, peuvent déterminer la déchirure de l'utérus pour les mêmes raisons. Nous citons pour exemple l'observation suivante (2) : une négresse, enceinte de cinq mois, entre à l'hôpital de la Nouvelle-Orléans, avec les symptômes les plus graves et meurt subitement. A l'autopsie, on trouve une rupture de la matrice; cette rupture est attribuée à ce que cette femme a pris, dans un but coupable, une plante qui excitait les contractions utérines.

3° La plupart des *manœuvres obstétricales* peuvent amener la déchirure utérine : on a surtout cité dans cet ordre de causes, la version, l'application du forceps, des crochets, du céphalotribe et l'extraction du délivre.

(1) HYERNAUX, *Op. citato*, p. 342.

(2) *Expérience*, avril 1839.

A. La version. On pourra avoir une rupture de la matrice si, en pratiquant la version, on introduit la main pendant une douleur, ou bien si l'on a recours à cette manœuvre longtemps après l'écoulement des eaux amniotiques, ou bien encore si l'on exerce des tractions trop fortes sur un des membres du fœtus. C'est ainsi que Grenser (1) fut appelé en consultation pour un cas de rupture utérine, produite par des tractions violentes exercées sur l'une des jambes du fœtus, dans le but de pratiquer la version. Il fit l'accouchement et la femme succomba une heure après. A l'autopsie, on constata une déchirure de la matrice, longue d'environ seize centimètres.

B. Le forceps. Si l'on applique le forceps avant que le col soit parfaitement dilaté, si on l'applique maladroitement, si l'on exerce des tractions brusques, saccadées, au lieu d'agir avec beaucoup d'attention et de douceur, la matrice pourra très-bien se déchirer. Voici un exemple de ce fait rapporté par M. Hubert (2) : un accoucheur, dit-il, essaye d'appliquer le forceps, lorsque le col n'est pas complètement dilaté. C'était le matin. N'ayant pas réussi, il se retire. Le soir il apprend que les douleurs ont cessé depuis son départ et il trouve la femme dans un état si grave qu'il l'envoie à la Maternité, où elle expire quelques instants après son arrivée. Une déchirure, s'étendant de la partie moyenne du col, à plusieurs pouces de hauteur, sur la paroi postérieure du corps de l'organe, avait donné lieu à une hémorrhagie intra-péritonéale très-abondante et avait permis le passage de l'enfant dans l'abdomen.

Bien plus, certaines dispositions du col, telles que l'agglutination de ses lèvres ou son obliquité, peuvent en imposer pour une dilatation complète. La tête plonge alors dans l'excavation, poussant au-devant d'elle le segment antéro-inférieur de la matrice, lequel s'amincit au point qu'on croirait sentir immédiatement le fœtus. L'accoucheur qui méconnaît la cause réelle du retard à l'expulsion du produit, est naturellement porté à y parer par

(1) *Traité d'accouch.*, de NÆGELÉ, p. 607.

(2) *Op. citato.*

l'emploi du forceps, qui, obéissant dans ce cas à la force de son bras plutôt qu'à l'intelligence qui doit le guider, ne finit par pénétrer qu'après avoir contusionné, meurtri et dilacéré le vagin et la matrice. M. Hyernaux (1) a vu deux exemples malheureux d'une semblable méprise.

C. Les crochets. — Ils peuvent aussi produire la rupture utérine, témoin l'exemple suivant dû à Frizel (2). Une femme a un accouchement difficile, parce que son enfant présente un bras. On essaie l'application des crochets sans succès. Cependant l'enfant est extrait ainsi que le placenta. La main introduite ensuite dans l'utérus y trouve une rupture très-considérable. Néanmoins la femme guérit.

D. Céphalotribe. — Il n'est pas douteux que quelques-uns des instruments avec lesquels on pratique l'embryotomie, ne puissent déterminer une rupture utérine. C'est ainsi que Cazeaux dit avoir vu un utérus dont les deux tiers inférieurs et droits du corps, avaient été enlevés par le forceps céphalotribe.

Mais ce ne sont pas seulement les instruments employés dans l'embryotomie qui peuvent déterminer la rupture utérine, ce sont aussi les parties osseuses que l'on détache du crâne de l'enfant. En effet, ces parties peuvent, par les aspérités dont elles sont recouvertes, perforer les parois de la matrice. C'est ce qui eut lieu dans une observation rapportée par Peu (3) : j'avais remarqué, dit-il, que le corps de la matrice, aussi bien que celui de la vessie, était parallèlement coupé de façon à y passer trois à quatre travers de doigts; qu'il semblait que ces deux ouvertures avaient été principalement causées par les pointes et aspérités des os du crâne, restes des autres parties, qui, à force d'être tournés de toute part, avaient tranché ou déchiré ces endroits.

E. Extraction du délivre. — Enfin, quelquefois les manœuvres auxquelles on se livre pour retirer le placenta, peuvent produire la rupture utérine. C'est ainsi que Cazeaux a constaté à l'autop-

(1) *Op. citato*, p. 664.

(2) *Transact. of the king's and queen's associat.*, vol. II.

(3) *Pratique des accouchements*.

sie 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 le délivre fortement adhérent. Bien plus, le *Journal de Médecine de New-York* (1) rapporte quatre cas dans lesquels des accoucheurs ont pris l'utérus pour le placenta, et ont été assez opiniâtres dans leur faux jugement pour tirer plusieurs heures sur la matrice, jusqu'à ce qu'ils l'aient tout entière séparée par arrachement du reste du corps. Dans tous ces cas, il est inutile de dire que la femme a succombé en quelques heures.

4° Les ruptures de la deuxième moitié plus protégée contre le bassin. En effet, le fœtus vient se placer immédiatement derrière les os du bassin, et le coup porté dans le ventre ne peut atteindre l'organe gestateur.

On a vu des ruptures produites par un projectile lancé par la poudre dans le ventre (3), enfoncé dans les parois du ventre (4), par la corne d'un animal furieux (6).

Les ruptures de la deuxième moitié plus protégée contre le bassin. En effet, le fœtus vient se placer immédiatement derrière les os du bassin, et le coup porté dans le ventre ne peut atteindre l'organe gestateur.

On a vu des ruptures produites par un projectile lancé par la poudre dans le ventre (3), enfoncé dans les parois du ventre (4), par la corne d'un animal furieux (6).

Les corps vulnérants déterminent ordinairement une rupture complète de la matrice ; cependant Desault (7) rapporte un cas dans lequel une femme, parvenue au terme de la gestation, reçut un coup de corne de bœuf dans le ventre. La rupture produite

(1) Année 1840.

(2) Voir ROUSSET, *Tractat. novus de partu cesareo*, p. 115, et REICHARD, *Dissertatio exhibens uterum gravidæ unâ cum fœtâ vulneratum*. Argentorati, 1735.

(3) Voir un cas dans l'Ép. 39, libr. XI, de *Langi Epistolae*, et un autre dans les œuvres d'AUTENRIETH, imprimées à Tubingue en 1804.

(4) Voir un cas dans le *Traité complet de l'opération césarienne*, p. 77, de PLANCHON, et un autre dans *Hortmann in bibl. fur Laeger*, 1834, t. 44.

(5) Il y a un cas dans la *Disquisitio corporis humani anatomo-pathologica* de HOFFMANN.

(6) Voir deux cas dans le *Journal de Chirurgie* de DESAULT, t. II, p. 322 ; un autre dans les *Recherches sur l'opération césarienne* de BAUDELOQUE ; un autre dans *Monatsschr. f. Geburtstsk.*, t. 21, p. 262, etc.

(7) *Journal de chirurgie* de DESAULT, t. II, p. 322.

ainsi fut d'abord incomplète externe ; mais, par un hoquet de la femme, elle devint complète, et alors on put extraire par la plaie utérine l'enfant et le placenta. — La femme guérit et accoucha encore après.

5° La matrice peut encore se rompre par l'effet des causes dites *comprimantes* : elles peuvent être médiales ou immédiates.

La compression médiale est celle qui est due à des agents extérieurs, à des agents qui ne siègent pas dans l'organisme de la femme. On a surtout noté parmi ces agents, les coups sur l'abdomen (1), la compression du ventre au moment de l'accouchement (2) pour faciliter celui-ci (cette pratique est abandonnée avec beaucoup de raison), la chute sur l'abdomen (Cazeaux), la pression de cette région par le reculement d'une voiture contre un mur (3) ou le passage de ses roues sur le ventre, la pression de l'abdomen par un timon de voiture (4).

Les effets de ces causes comprimantes médiales peuvent être nuls, à cause de la mobilité de l'utérus, de la souplesse de ses parois et du point d'appui que celles-ci trouvent dans les parties environnantes. Quelquefois cependant ces causes produisent la meurtrissure, l'inflammation, le ramollissement et l'ulcération de l'utérus ; quelquefois enfin, elles aboutissent directement à une rupture de la matrice. Nous verrons plus loin par quel mécanisme se fait cette rupture.

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. On les a vues succéder aux accès de toux, à l'éternuement, aux efforts de vomissement (Cazeaux), à un accès de

(1) Voir l'observat. de SCHNEIDER dans l'*Expérience* de 1839.

(2) Observat. de CRANTZ dans l'*Expérience* de 1839 et celle de BENCIOVANNI dans *Notizen aus dem gebiete der Natur und Heilkunde*, vol. VII.

(3) *Anc. Journ. de Méd.*, t. LIV, p. 534.

(4) NÆGELÉ, *Gaz. des Hôpit. de Paris*, 27 et 30 oct. 1838.

colère (1). Elles peuvent encore être occasionnées par la danse (2), par un effort fait pour lever un fardeau (3) ou pour s'empêcher de tomber quand on fait un faux pas (4), par les mouvements désordonnés de la femme au moment de l'accouchement (5), par la courbure du tronc en avant, ou bien son renversement en arrière (6). Qu'arrive-t-il dans tous ces mouvements? C'est que la matrice se trouve fortement pressée entre les muscles abdominaux qui se contractent vigoureusement et le plan postérieur du ventre.

Les ruptures qui se font sous l'influence de causes comprimentes médiatees se présentent surtout pendant la deuxième moitié de la gestation; nous avons vu plus haut la raison de ce fait. Celles qui sont sous l'influence de causes comprimentes immédiates peuvent arriver à toutes les époques de la grossesse, depuis les premiers mois jusqu'à l'époque voisine du terme.

Voyons maintenant comment les causes médiatees ou immédiates produisent la rupture et où se fait cette rupture. Moreau (7) dit que cette rupture a lieu le plus souvent sur les parties latérales de la matrice. Il explique ce fait de la façon suivante : l'organe gestif est pressé entre l'agent compriment d'une part et le plan postérieur d'autre part; ce qui fait que la matrice trouvant un point d'appui en avant et en arrière, et n'en ayant pas sur les côtés, doit naturellement se déchirer sur ses parties latérales.

Cette théorie, pour être parfaitement vraie, doit, croyons-nous, subir une petite modification : c'est que si la matrice est ramollie ou amincie dans l'un de ses points, la déchirure se fera de préférence à l'endroit altéré.

6° Les *manœuvres abortives* peuvent encore produire la déchirure utérine.

(1) *Expérience*, 1839.

(2) MOULIN, *Archiv. gén. de méd.*, nov. 1825.

(3) *Expérience*, 1839. Observation due à SAXTORPH.

(4) *Expérience*, 1839.

(5) BROCK, *The London medical Repository*, vol. VIII, 1847.

(6) PUTEGNAT, *Journ. de Méd. de Bruxelles*, t. XXXII, p. 14.

(7) *Traité d'accouchements*.

Nous avons vu plus haut que des plantes employées pour provoquer l'avortement peuvent déterminer la rupture de l'utérus, par l'énergie des contractions musculaires qu'elles y développent. Ici, c'est un instrument quelconque, introduit dans la matrice dans un but coupable, qui est la cause de la déchirure utérine. En voici un exemple bien frappant : La nommée Catherine S....., âgée de 25 ans, est décédée après deux jours de maladie. A l'autopsie, on trouve le péritoine enflammé. Aux environs de la matrice, il y a un épanchement sanguinolent, au milieu duquel on voit un petit corps qui, ayant été lavé, a été reconnu pour être un fœtus d'environ 50 à 60 jours. La matrice est ouverte et on aperçoit alors une déchirure par laquelle le fœtus a passé dans le ventre. Les membranes fœtales qui existent encore dans la matrice sont percées vers l'orifice du col de cet organe, ainsi que vers sa déchirure. — La cause de la rupture était l'introduction d'une canule pour produire l'avortement (1).

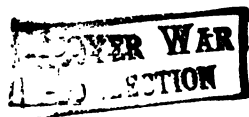
Comment expliquer cette rupture utérine? Est-ce l'instrument qui, après avoir traversé le col utérin et perforé les membranes, a été directement transpercer les parois de la matrice? Cela est probable. Néanmoins, peut-être la sonde n'a-t-elle agi dans ce cas, qu'en rompant la poche amniotique. Or, sachant que la rupture de cette poche provoque des contractions utérines, à la suite desquelles se produit l'avortement, ne pourrait-on pas admettre que ces contractions utérines ont amené elles-mêmes la déchirure de la matrice, parce que celle-ci était altérée dans l'un de ses points?

7° *Certains états spéciaux de la matrice* peuvent amener la déchirure utérine.

On a surtout noté dans cet ordre de causes : (a) *l'utérus bilobé*; (b) *le développement incomplet d'une des moitiés de l'organe gestateur*.

A. *Utérus bilobé*. — Cette anomalie consiste en ce que la matrice est séparée en deux loges par une cloison verticale.

(1) Extrait du *Journal de la Société des Sciences de Strasbourg*, année 1824.



Dionis et Canestrini (1) rapportent chacun un cas de rupture utérine, suite d'utérus bilobé. Nous donnons ici l'observation due à Dionis : Une femme de chambre de la dauphine meurt subitement au sixième mois de sa première grossesse. On fait l'autopsie et on trouve une matrice à double fonds. La partie où s'était développé le fœtus s'était rompue : l'autre partie renfermait un œuf récemment fécondé. Quant au fœtus, il était au milieu des intestins.

B. Développement incomplet d'une des moitiés de l'organe gestateur. — La grossesse développée dans ce cas fut confondue pendant de longues années par les auteurs avec une grossesse tubaire. Ce fut Stol attirera l'attention à ce sujet, en présentant, en 1855, à l'Académie de Paris, une note sur cette anomalie spéciale.

A peu près à la même époque, Bokitanski et Scanzoni publièrent chacun une observation. Scanzoni avait attiré d'abord l'attention sur ce fait. En 1859, Kussmaul (2) annonça qu'il avait été en attentif de la littérature médicale lui avait fait connaître jusqu'à douze cas de ce genre, qu'on avait pris pour une grossesse tubaire. Depuis, Luschka (3) a écrit et rapporté à ce sujet.

Nous allons résumer les faits obtenus : l'anomalie dont nous parlons consiste en ce qu'une des moitiés de l'organe utérin reste tout à fait rudimentaire. Néanmoins, il se peut qu'un ovule vienne s'y déposer et s'y développer. Qu'en résultera-t-il ? C'est que la partie de la matrice qui est dans un état de développement incomplet se rompra, et cette rupture arrivera ordinairement vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse.

Nous citons pour exemple une observation de Scanzoni : nous la copions textuellement, parce qu'elle nous paraît très-importante (4) : Une femme de 35 ans, mariée à 28 ans, eut une fausse

(1) Voir *Expérience*, 1839.

(2) *Von dem Mangel der verkümmern und verdopplung des Gebarmutter*. Wurtzbourg, 1859.

(3) *Monatsschr. f. Geburtsh.*, 1863, t. XXII.

(4) *Gaz. méd.*, 1855, p. 298.

couche de jumeaux et trois enfants qui vivent encore. Cette femme vivait misérablement et se livrait aux travaux les plus rudes. Ses quatre grossesses furent pénibles.

A la fin de juillet 1852, elle conçut pour la cinquième fois et chercha, comme elle l'avait déjà fait dans la grossesse précédente, à se faire avorter, pour ne pas augmenter sa misère par un surcroît de famille.

Le 21 décembre, après une querelle avec son mari, elle eut des coliques, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à ses occupations journalières ; mais vers 10 heures du matin, elle eut une syncope bientôt suivie de plusieurs autres.

M. Scanzoni ayant été appelé, trouva la malade sans connaissance et presque sans pouls ; on sentait à travers les parois de l'abdomen une tumeur qu'il était facile de reconnaître pour appartenir au fœtus, dont on distinguait la tête et les extrémités.

Après un examen attentif, l'auteur diagnostiqua une grossesse extra-utérine et une hémorrhagie interne abondante produite par la rupture du sac qui contenait le fœtus.

La mort eut lieu le même jour.

A l'autopsie, on trouva la partie inférieure de l'abdomen remplie de sang coagulé ou liquide et un fœtus de quatre mois ; au-dessous de lui, on voyait une tumeur arrondie de trois pouces et demi de diamètre, à contours déchirés, et dont la cavité contenait du sang, les membranes de l'œuf et le placenta, auquel tenait le fœtus par un cordon long de six pouces. Les parois de ce sac étaient musculaires, comme celles de l'utérus ; mais on ne put trouver ni glandes utriculaires, ni membrane caduque.

Sur le côté du sac, était attaché l'ovaire gauche, libre d'adhérences avec les parties voisines ; on put introduire une sonde dans la trompe et pénétrer dans le sac en question. Ce dernier tenait à l'utérus par un cordon court, tubuleux, permettant l'introduction d'une sonde qui arrivait dans la matrice.

L'ovaire gauche montrait à sa surface plusieurs follicules de De Graaf, voisins de leur maturité, et plusieurs cicatrices super-

ficielles, mais on ne voyait nulle part de trace d'un follicule récemment ouvert.

La matrice avait extérieurement cinq pouces et trois lignes, quatre pouces de largeur à son fond; sa cavité était longue de trois pouces, celle du col de deux pouces; elle était remplie par une masse floconneuse produite par la muqueuse hypertrophiée (caduque).

L'ovaire droit offrait une cicatrice d'environ quatre lignes, de forme triangulaire, et un corps jaune de six lignes de diamètre.

8° Les *mouvements* peuvent-ils amener la rupture utérine? Nous nous rendons de l'avis de quelques auteurs : si les mouvements brusques du fœtus ont pour effet le relâchement des parois utérines, leur souplesse et leur élasticité leur permettent de céder à cette violence; si, au contraire, pendant la contraction, la résistance qu'elle présente alors exigerait, pour résister, une violence bien autrement forte que celle qui provient d'un mouvement même convulsif du fœtus. — Au reste, l'histoire bien constatée n'est venue jusqu'à présent confirmer l'influence des mouvements violents du fœtus sur la production des ruptures utérines.

SECTION TROISIÈME.

Importance relative de ces causes.

Parmi les causes prédisposantes, les plus importantes sont les rétrécissements du bassin, le ramollissement et l'amincissement des parois utérines, l'hydrocéphalie et les positions vicieuses du fœtus : dans les causes déterminantes, nous noterons surtout la contraction musculaire, l'emploi du forceps et les agents comprimants.

Pour permettre au lecteur d'embrasser d'un seul coup d'œil

l'ensemble des causes des ruptures de la matrice, nous avons fait le tableau suivant :

Tableau des causes de la rupture utérine.

CAUSES PRÉDISPOSANTES	du côté de la mère.	1 ^o Grossesse.	
		2 ^o Grossesse gémellaire et hydramnios.	
		3 ^o Certaines grossesses extra-utérines.	- Utérine interstitielle. - Tubo-utérine interstitielle. - Tubo-utérine. - Tubo-utéro-abdominale. - Tubaire.
		4 ^o Multiparité.	
		5 ^o Le moment de l'accouchement.	
		6 ^o La longue durée du travail.	
		7 ^o Age. — 30 à 40 ans.	
		8 ^o Amincissement des parois de la matrice.	- Général. - Partiel.
		9 ^o Ramollissement des parois de la matrice.	(a) Par métrite chronique. (b) — infiltration purulente. (c) — gangrène. (d) — apoplexie. (e) — dégénérescence graisseuse. (f) — — tuberculeuse. (g) — — encéphaloïde.
		10 ^o Ulcérations de la matrice.	- Internes. - Externes.
		11 ^o Cicatrices de la matrice.	
		12 ^o Causes qui rendent difficile le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne.	(a) Rétrécissements du bassin; — tumeurs osseuses. (b) Squirrhe du col utérin. (c) Rigidité du col. (d) Insertion du placenta sur le col. (e) Oblitération complète du col. (f) Occlusion du vagin. (g) — de la vulve. (h) Arêtes osseuses. (i) Polypes utérins volumineux. (j) Tumeur de l'ovaire. (k) — de la rate.
		13 ^o Corps fibreux et squirrhes utérins.	
		14 ^o Obliquité antérieure de la matrice.	
		15 ^o Paralysie partielle de la matrice.	
		16 ^o Adhérences de la matrice avec les organes voisins.	
	du côté de l'enfant.	1 ^o Sexe masculin.	
		2 ^o Conformations vicieuses.	(a) Hydrocéphalie. (b) Excès de volume général.
		3 ^o Positions vicieuses.	

- 1° Contractions musculaires. { (a) Avec cause prédisposante.
(b) Sans cause prédisposante.
- 2° Seigle ergoté. { (a) Version.
(b) Forceps.
- 3° Manœuvres obstétricales. { (c) Crochets.
(d) Céphalotribe.
(e) Extraction du placenta.
- 4° Corps vulnérants.
- 5° Agents comprimants. { (a) Médiats.
(b) Immédiats.
- 6° Manœuvres abortives. { (a) Internes, à l'aide de substance abortives.
(b) Externes, à l'aide d'instruments.
- 7° États spéciaux de la matrice. { (a) Utérus bilobé.
Opposition incomplète d'une des moitiés de l'anneau.



CHAPITRE II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude des lésions anatomiques que présentent les ruptures utérines est assez longue : aussi, pour procéder avec ordre, nous verrons d'abord quelles sont les lésions de l'utérus et des organes voisins ; nous examinerons ensuite les lésions du fœtus et de ses annexes.

A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MÈRE.

§ 1^{er}. — *Lésions de l'utérus.*

Nous considérerons successivement le siège, le nombre, l'étendue, la direction, la forme et les bords des déchirures utérines.

Siège. — Toutes les parties de l'utérus peuvent être le siège de déchirures : ainsi, on les a rencontrées à son col, à son fond, à son corps, sur ses parties latérales. Cette variété du siège dans les déchirures de la matrice dépend un peu, croyons-nous, de la cause de l'accident et de l'époque à laquelle il se produit.

Quand la déchirure est le fait d'un instrument vulnérant, elle se montre toujours à la face antérieure de la matrice. C'est là un phénomène qui est évident par lui-même.

Les ruptures qui sont consécutives à des causes comprimantes, telles qu'une pression exercée sur le ventre, ou une contraction forte des muscles abdominaux, se produisent généralement sur les parties latérales de la matrice, si, bien entendu, l'organe gestateur est parfaitement sain. Dezeimeris rapporte deux observations qui viennent à l'appui de ce fait : dans toutes les deux, en effet, les parois de la matrice étaient parfaitement saines, et la déchirure se fit sur les parties latérales de cet organe. Dans l'une, la cause était un faux pas fait par la femme, suivi d'une chute ; dans l'autre, elle fut due à une violente contraction.

Mais si le tissu utérin est déjà malade, alors la rupture produite par des causes extérieures aura lieu à l'endroit altéré. C'est ainsi que, dans un rapportée par Moulin (1), la rupture qui arriva à une femme se livrait à la danse se fit dans un point de l'utérus ramolli. Dans un autre cas, rapporté par Dezeimeris (2), la rupture qui succéda à un accès de colère se fit dans un endroit où le tissu utérin était aminci.

Quand les ruptures utérines arrivent pendant la gestation, les auteurs disent en général qu'elles peuvent se présenter dans tous les points de l'utérus. Cela est exact : rappelons toutefois que si l'un des points de la matrice est malade, c'est là qu'elles se produiront de préférence. C'est ainsi que Malacarme (3) rapporte une rupture utérine qui eut lieu au quatrième mois de la gestation et qui se fit dans un point altéré.

La rupture qui se fait au moment de l'accouchement, se produit surtout en arrière et en bas : comme preuve de ce que nous

(1) *Arch. gén. de Méd.*, nov. 1825.

(2) *Expérience*, 1839.

(3) *Memorie dell' I. R. istituto del regno lombardo-veneto*, t. II, ann. 1821, et l'*Expérience* de 1839.

avançons, nous citons ici la statistique de Robertson (1) : sur trente-six cas de rupture, trente-un ont eu le segment inférieur de l'utérus pour siège ; sur ces trente-un cas, elle s'est faite :

A la région antérieure	8 fois.
— postérieure.	44 —
— latérale	5 —
— antéro-latérale	3 —
— postéro-latérale.	3 —

une fois le col était complètement séparé du vagin.

De plus, les recherches faites dans ces derniers temps par Stein (2) ont montré que quand la déchirure utérine atteint le segment inférieur de la matrice, elle siège beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite (3). Il nous paraît que la rupture de la partie gauche et postérieure du segment inférieur au moment de l'accouchement serait bien plus fréquente encore, si l'on écartait tous les cas dans lesquels la déchirure s'est produite en un point des parois utérines primitivement ramolli.

Nous pouvons maintenant nous demander pourquoi la déchirure utérine a lieu plus souvent, au moment de l'accouchement, en bas qu'en haut. — D'abord, quand une tête de fœtus, ou toute autre partie qui se présente, est arrêtée, où se trouvent le plus souvent les obstacles? C'est au niveau du détroit supérieur du bassin : en effet, qu'ils soient constitués par un rétrécissement de ce détroit supérieur, par l'oblitération, la rigidité du col utérin, par des tumeurs, des aiguilles osseuses, c'est toujours au niveau du détroit abdominal du bassin, par conséquent, au niveau du segment inférieur de l'utérus, que siègeront ces obstacles. Or, la tête de l'enfant est poussée à travers ce détroit supérieur par un ensemble de forces, représenté par la contraction de tout le fond et de tout le corps de la matrice, par les contractions du diaphragme et

(1) *Physiology and diseases of women and on midwifery.*

(2) *Lehre der Geburtshülfe*, 1825.

(3) Nous aurions bien voulu établir ici une statistique pour vérifier la vérité de ces résultats ; malheureusement, dans la plupart des observations que nous possédons, les auteurs n'indiquent que d'une manière tout à fait insuffisante le siège de la lésion utérine.

des muscles abdominaux. D'autre part, la partie qui doit résister à tous ces efforts, c'est la partie de l'utérus voisine de son col, c'est-à-dire celle qui est la plus mince à la fin de la grossesse. On comprend donc facilement que, dans le cas où un obstacle quelconque s'oppose à la sortie de l'enfant, ce soit cette partie qui doive se rompre.

D'autres faits qui prouvent encore que cette partie est plus exposée que les autres, c'est que si l'on applique le forceps, les crochets ou d'autres instruments, c'est toujours avec le segment inférieur de la matrice qu'ils sont le plus en rapport, et par conséquent, c'est ce segment qu'ils sont le plus exposés à contondre et à déchirer.

Nous avons dit aussi que la partie postérieure et gauche du segment inférieur se déchire ordinairement. Cela nous semble tout naturel, car les contractions de la matrice se produisent, suivant un mouvement de haut en bas, de droite à gauche et d'avant en arrière. C'est de là que c'est surtout la partie postérieure et inférieure qui recevra, par l'intermédiaire de la matrice, les contractions utérines : c'est donc cette partie qui se déchirera.

Un point qui est ordinairement respecté, quand une rupture utérine a lieu, c'est celui où s'insère le placenta. Nous possédons cependant deux observations dans lesquelles cette région a été atteinte. L'une d'elles est due à Delamotte (1) ; l'autre a été rapportée par Dezeimeris (2).

Nombre. — Le plus souvent il n'y a qu'une seule rupture dans un même utérus : cependant on en a rencontré deux (3) ; on en a même trouvé davantage ; tel est le cas rapporté par Clarke (4), dans lequel on reconnut, à l'autopsie, jusqu'à soixante lacérations sur la surface postérieure de l'utérus.

Étendue. — Elle est ou ne peut plus variable. Ainsi, l'on ne

(1) *Traité des accouchements*, obs. CCCXCII, p. 4493.

(2) *Expérience*, 4839.

(3) Voir PUTEGNAT, *loco citato*.

(4) *Transact. f. the improv. of med. knowledge*, t. III.

trouve quelquefois que de simples perforations du tissu utérin, notamment dans les cas où la matrice a été percée par une aiguille osseuse ou lésée par un instrument. Mais souvent la lésion est plus considérable : elle atteint une longueur de six, sept, huit centimètres. Quelquefois elle est telle que l'utérus est presque complètement détaché de son insertion vaginale (1); ou bien elle va du segment inférieur de la matrice à son fond (2). Dans ces conditions naturellement, le fœtus peut passer en entier dans la cavité abdominale.

La déchirure peut dépasser les limites de l'utérus; elle peut s'étendre au col utérin, au vagin, au rectum, à la vessie. On l'a même vu, dans certains cas, arriver aux parois abdominales, de telle sorte que l'enfant passait d'emblée à travers la matrice et à travers lesdites parois.

On ne peut pas toujours juger de l'étendue d'une déchirure utérine sur le cadavre : en effet, la matrice se rétracte aussitôt qu'elle a expulsé le produit de la conception, de façon que la plaie utérine diminue considérablement. Il y a même là une différence essentielle entre la rupture de la matrice et celle du vagin : c'est que la première diminue à mesure que tout l'organe se resserre, tandis que la seconde conserve toujours la même forme et la même étendue.

Nous avons parlé jusqu'à présent de l'étendue en largeur des ruptures de la matrice : il nous reste maintenant à parler de leur étendue en profondeur.

La déchirure attaque ordinairement les trois tuniques qui forment les parois de la matrice : dans ce cas, elle est dite complète et on trouve à l'autopsie un épanchement de sang dans la matrice et dans l'abdomen. Mais il arrive que la déchirure se borne aux membranes muqueuse et musculeuse, en laissant intacte la séreuse abdominale : alors elle est dite incomplète interne. C'est là un fait qui ne peut plus être mis en doute : en effet, Cazeaux en a vu un cas dans le service de Velpeau;

(1) Observation rapportée par M. HYERNAUX, in *Op. citato*, p. 602.

(2) Observation du Dr HAVILAND, dans *The Lancet*, 1863.

Duparcque rapporte aussi une observation du même genre; Collins a publié neuf cas semblables. Enfin, nous devons à l'obligeance de M. Hyernaux l'observation d'une rupture incomplète interne du fond de la matrice, arrivée subitement au moment de l'accouchement. La femme mourut un an après (1).

Il résulte des faits connus jusqu'à présent que ces ruptures présentent ceci de remarquable, c'est que d'abord le sang qui s'épanche dans ces cas peut filtrer entre la tunique péritonéale et la membrane musculeuse de l'utérus, gagner la duplicature des ligaments larges et parvenir ainsi jusque dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes. Dans ce cas surtout que l'on trouve une couche de sang entre le péritoine et l'utérus, épanchement qui, si l'on coupe l'organe, en prend l'aspect d'une tumeur, ainsi en imposant par la couleur livide pour un kyste.

Au point de vue de la rupture incomplète de la matrice. Rien n'est plus exact : car le fœtus peut d'abord venir se placer en partie dans la crevasse produite aux dépens de la membrane muqueuse et musculeuse ; bien plus, il peut passer dans cette crevasse et venir se loger dans une poche formée par la tunique péritonéale. C'est ce qui eut lieu dans l'observation rapportée par Duparcque.

Les auteurs ont cherché à rendre compte des faits qui précèdent. D'abord, ils ont dit pour expliquer la déchirure du tissu musculaire, sans lésion du péritoine, que les tuniques qui entrent dans la composition de la paroi utérine, ne jouissant pas de la même élasticité, l'on concevait facilement qu'elles pussent se rompre isolément.

Ils ont voulu savoir ensuite comment le sang et même le fœtus, passant au dehors de la cavité utérine, pouvaient séjourner sous la séreuse abdominale. M. Cruveilhier a répondu que la laxité de l'adhérence du péritoine au niveau du col et des bords de l'utérus

(1) Nous publierons plus loin cette observation avec détails.

(points où les ruptures incomplètes internes se produisent ordinairement), expliquait pourquoi, dans ces cas, le sang et même le fœtus pouvaient aller se loger entre le tissu de la matrice et la séreuse péritonéale, sans déchirer celle-ci.

Dans quelques circonstances beaucoup plus rares, on voit à l'autopsie des déchirures de la matrice qui n'intéressent que le péritoine et qui respectent les deux tuniques internes. C'est là ce qui s'appelle une rupture incomplète externe. Ce fait est actuellement bien démontré. Ainsi Clarke (1) a constaté cinquante ou soixante lacérations de la séreuse recouvrant la face postérieure de l'organe : aucune ne comprenait le tissu musculaire. Ramsbøtham (2) rapporte un cas analogue dans son traité d'accouchements. White (3) a observé sur un seul utérus deux ruptures de la tunique musculaire et une troisième intéressant la tunique péritonéale, et quelques plaies musculaires superficielles. Chatto (4) a vu une déchirure complète accompagnée de trois ou quatre gerçures qui ne pénétraient pas dans la cavité. Pour nous, il nous a été donné de rencontrer, dans les registres de la Maternité de Bruxelles, un fait dans lequel la paroi postérieure de l'organe utérin présentait une déchirure qui n'intéressait que la tunique séreuse. Cette déchirure, qui était survenue au moment de l'accouchement, avait entraîné une mort rapide.

Churchill (5) dit que les déchirures qui n'atteignent que la tunique péritonéale sont presque toujours courbes, avec leur convexité tournée vers le fond de l'utérus. Ajoutons encore que dans ce cas, le sang qui provient de la déchirure s'écoule dans la cavité ventrale : inutile de dire que l'enfant ne quitte nullement l'organe gestateur.

Direction. — Levret (6) avait prétendu que cette direction était

(1) *Transact. f. the improv. of med. and surgic. knowlegde.*

(2) *Traité d'accouchements*, p. 409.

(3) *The Dublin Journal of medical and ohimical sciences*, 1834.

(4) *Lond. med. Journal*, août 1832.

(5) *Op. citato.*

(6) *Art des accouchements et thèse de DENEUX.*

toujours verticale; mais il est prouvé aujourd'hui que les déchirures utérines peuvent être verticales, transversales ou obliques.

Forme. — Quelquefois arrondies, comme dans le cas de perforation, les plaies utérines sont ordinairement allongées : elles peuvent affecter une forme demi-circulaire et embrasser en quelque sorte le segment inférieur de l'utérus. — Quand il y a deux déchirures, quelquefois elles forment une croix (1); quelquefois elles sont séparées l'une de l'autre par un petit pont de substance utérine (2).

Bords. — Les bords des ruptures utérines sont le plus souvent inégaux, frangés, ruachés (3). Cette disposition est expliquée par les fibres musculaires qui entrent dans la composition de ces plaies (Naegelé). On a rencontré cependant ces bords irrégulièrement, aussi droits et aussi réguliers que si la rupture avait été faite à l'aide d'un instrument tranchant. Cette disposition a été la conséquence d'une altération organique du muscle dans le point qui en est le siège les traces analadies antécédentes. Ainsi, on retrouve souvent des bords durés, ramollies, amincies, présentant une coloration être jaunâtre, quelquefois bleuâtre, quelquefois foncé.

§ 2. — Lésions des organes voisins de l'utérus accompagnant la rupture de celui-ci.

Nous avons dit plus haut que la rupture utérine pouvait s'étendre au col utérin, au vagin, à la vessie, au rectum et aux parois abdominales. Nous parlerons succinctement de ces différentes complications.

Les ruptures du col utérin sont extrêmement fréquentes; elles se présentent presque à chaque accouchement et sont regardées

(1) Voir l'observation due à M. HYERNAUX, *Op. citato*, p. 602.

(2) Observation de M. PUTEGNAT, *loco citato*.

(3) Dr MOULIN, *Archiv. gén. de Méd.* nov. 1825.

(4) DEZEIMERIS, *Expérience*, 1839.

en quelque sorte comme un phénomène physiologique, quand elles ne s'étendent pas au delà des limites du col. Mais quelquefois elles sont la continuation d'une rupture du segment inférieur de la matrice ; beaucoup plus rarement, le col de la matrice est complètement détaché de ses insertions utérines, et on a même vu des faits où ce col ainsi détaché, présentant l'aspect d'un diaphragme, sortait avant l'enfant, poussé qu'il était par celui-ci (1).

La rupture du vagin accompagne assez souvent la rupture de la matrice. Les faits rapportés par Bleyne (2), par Collins (3), par M. Hyernaux (4), en sont des exemples frappants. — Nous avons dit plus haut quel était le caractère des déchirures vaginales.

Quant aux ruptures de la vessie, elles peuvent exister avec une rupture de la matrice, mais beaucoup plus rarement que les précédentes. Peu en cite un cas dans sa pratique des accouchements : il a remarqué, dit-il, que le corps de la matrice aussi bien que celui de la vessie était parallèlement coupé de façon à y passer trois ou quatre travers de doigts. — De Souza-Ferra (5) rapporte un cas de rupture utérine, accompagnée de rupture de la vessie, et à l'autopsie on trouva l'enfant dans la cavité vésicale.

La déchirure du rectum, accompagnant celle de la matrice, est encore plus rare que celle de la vessie. Nous n'en avons rencontré qu'un cas (6) ; le voici : une femme eut une rupture du col utérin, au-dessus du squirrhe dont il était affecté, et qui apportait obstacle à l'accouchement. Le rectum participa à la déchirure et la femme accoucha par l'anus. Néanmoins elle guérit.

Enfin certains auteurs ont soutenu que la matrice et les parois abdominales pouvaient se déchirer en même temps. Voici le fait que l'on cite à l'appui de cette proposition (7) : une femme enceinte,

(1) Voir *Annales d'Hyg. et de Méd. légale*, t. XXXII, pp. 459 et 469, et *Annales d'Obstétrique* d'ANDRIEUX, t. I, p. 64.

(2) *Gaz. méd.*, 1835.

(3) *A practical treatise on midwifery*.

(4) *Op. citato*, p. 602.

(5) *Memor. de academ. de sciencias de Lisboa*, 1799.

(6) *Archiv. de Méd.*, déc. 1823,

(7) *Traité des rupt. de la mat.*, p. 434, DUPARCQUE.

occupée par un membre du fœtus, par le fœtus lui-même, par le placenta, par le cordon ombilical, par une anse intestinale.

Dans une autopsie faite par Percy (1), on trouva une anse intestinale prise dans la déchirure utérine et complètement gangrenée, comme dans un cas de hernie étranglée. Dans une autre observation, rapportée par le Dr Mac Kever (2), un mètre et demi d'intestin fut étranglé dans la déchirure utérine et se mortifia.

Si la femme n'a succombé que longtemps après la rupture, et surtout si la rupture a été incomplète interne, alors on peut trouver à l'autopsie des péritonéaux plus ou moins étendus, et des tumeurs s'ouvrant à l'ombilic, à l'aîne, aux lombes, établissant une communication entre la cavité abdominale et le vagin.

B. — ANATOMIE

FOETUS ET DE SES ANNEXES.

du fœtus.

Quand on ouvre le cadavre d'une femme morte de rupture utérine, on trouve tantôt le fœtus dans la matrice, tantôt dans l'abdomen, tantôt en partie dans la matrice et en partie dans l'abdomen. Cela n'a lieu évidemment que quand il n'a pas été retiré du sein de la mère pendant sa vie.

Quand il est dans la matrice, c'est ordinairement le fait d'une rupture incomplète externe, quelquefois d'une rupture complète; mais alors il faut que la déchirure soit peu considérable. — Nous avons dit plus haut quelle position spéciale l'enfant pouvait affecter dans le cas de rupture incomplète interne.

Quand le fœtus est en partie dans la matrice et en partie dans le ventre, la crevasse utérine livre passage à la tête, à un des

(1) Obs. communiqu. à l'Acad. de Paris, 4783.

(2) Voir CHURCHILL, *Op. citato*.

YANFELI 3144

membres, à la moitié du corps de l'enfant, tandis que le reste séjourne encore dans la cavité utérine.

Le fœtus passé en entier dans la cavité péritonéale est plongé au milieu du paquet intestinal ; il se trouve quelquefois derrière la matrice, quelquefois au devant elle, ou bien dans l'une des fosses iliaques.

Nous avons rapporté un fait dans lequel De Souza-Ferra trouva l'enfant dans la cavité vésicale.

§ 2. — État du fœtus.

L'état sous lequel peut se présenter le fœtus, est assez variable ; si la femme est morte peu d'heures après la rupture, on retrouvera le fœtus intact dans le ventre de la mère, seulement entouré de caillots sanguins.

Quelquefois l'enfant que l'on rencontre ainsi a les membres disloqués : c'est là le résultat des manœuvres que l'on a faites pour l'extraire.

Si la rupture a été produite par des instruments vulnérants, le produit de la conception pourra offrir des traces de traumatisme.

Quand la femme n'a succombé qu'au bout d'un certain temps, le fœtus peut se présenter dans trois conditions différentes :

A. Il peut être putréfié ;

B. Il peut être momifié ;

C. Il peut être enkysté.

A. La *fonte putrilagineuse* est l'altération qui se présente le plus fréquemment, quand le fœtus reste dans le sein de la mère. Nous nous contenterons de citer ici pour exemples les faits rapportés par Peu (1), par l'ancien *Journal de Médecine* (2), par Duparcque (3), Dubois (4) et Hoebeke (5).

(1) *Pratique des accouchements*.

(2) T. LIV, p. 534.

(3) *Traité des rupt. de la mat.*, p. 84.

(4) *Gazette des Hôpitaux*, n° 85.

(5) Voir *Bulletin méd. belge*, février, 1836, p. 46, et *Annales de la Société de Médecine de Gand*, année 1839.

CHAPITRE III.

Avant d'entrer dans les ruptures utérines, disons un mot de leur existence.

Quelques auteurs, comme Joulin, prétendent qu'il n'y a pas de ruptures utérines avant l'accouchement. Nægelé admet que les ruptures de la matrice se produisent le plus souvent d'une façon subite pendant la période d'expulsion, sans être annoncées par aucun symptôme prémonitoire. Pourtant, ajoute-t-il, dans le cas où le tissu utérin est primitivement malade, la rupture est quelquefois précédée pendant la grossesse de douleurs siégeant à la partie affectée, sans qu'on puisse naturellement préciser la valeur de ce phénomène.

Les faits que nous avons recueillis nous rangent du côté de Nægelé. En effet, dans beaucoup de cas où l'autopsie est venue démontrer que la rupture utérine était due à une altération du tissu de l'organe, la femme avait été indisposée pendant le cours de sa gestation. Ordinairement c'étaient des douleurs siégeant dans la partie inférieure du ventre et dans le dos; quelquefois c'était une sensibilité de la matrice tellement vive, que le plus faible mouvement des membres inférieurs causait à la femme de

vives douleurs dans le bas-ventre; d'autres fois, les auteurs se bornent à dire que la grossesse avait été douloureuse. — Nous verrons plus loin quelle importance ces prodromes pourront acquérir au point de vue du traitement prophylactique.

§ 2. — *Division des ruptures utérines pour l'exposé des symptômes.*

Abordons maintenant l'étude des symptômes. Pour faciliter cette étude, nous diviserons les ruptures utérines en ruptures survenant pendant les quatre premiers mois de la gestation, ruptures survenant pendant les cinq derniers mois de la gestation, ruptures survenant pendant l'accouchement, et ruptures produites par des corps vulnérants.

§ 3. — *Symptômes des ruptures survenant pendant les quatre premiers mois de la gestation.*

Tout d'abord remarquons que jusqu'à présent on n'a aucun exemple de rupture utérine survenant avant le commencement du troisième mois. Pietro dell' Ara (1) cite un cas qui s'est présenté pendant le troisième mois de la gestation; Moulin (2) a publié un fait de rupture de matrice à deux mois et demi de grossesse; Malacarme (3) rapporte un cas de déchirure de l'utérus au quatrième mois de la gestation; Dezeimeris (4) relate aussi deux observations de rupture utérine survenues pendant le quatrième mois de la grossesse.

Voyons quels sont les symptômes dans ce cas : ordinairement, à la suite d'un mouvement plus ou moins brusque, ou d'un accès de colère, la femme éprouve une douleur très-vive, poignante, comme angoissante, siégeant dans la partie inférieure de l'abdo-

(1) *Nuovi commentarii di Medicina e di chirurgia*, PADUA, t. III, 1849, *Expérience*, 1839.

(2) *Loco citato*.

(3) *Memorie dell' I. R. istituto del regno lombardo-veneto*, t. II, 1821, et *Expérience de 1839*.

(4) *Expérience*, 1839.

men; en même temps un craquement se fait entendre dans le ventre. Dès lors, les traits de la femme s'altèrent, la face devient pâle, se couvre d'une sueur froide; le pouls est faible, fréquent; il survient du hoquet, des vomissements, des convulsions, des lipothymies, des syncopes.

L'abdomen se tuméfie; il est tendu, dur, douloureux à la pression. Si on touche la femme, on trouve le col dur, fermé et généralement pas de trace d'hémorrhagie. C'est ainsi que dans les cinq cas que nous possédons, il y en a trois où aucun écoulement ne se fit pas le vagin; dans le quatrième, il y eut un suintement séreux; dans le cinquième, une légère hémorrhagie.

La femme meurt ordinairement peu de temps après la rupture. Quelquefois cependant, après ce premier orage, un calme trompeur s'établit, lequel peut durer plusieurs heures, même plusieurs jours, jusqu'à ce qu'enfin se déclare la péritonite consécutive à la déchirure de la matrice, comme nous le verrons plus loin.

§ 4. — *Symptômes de la rupture utérine survenant pendant les cinq derniers mois de la gestation.*

Nous possédons de nombreux exemples de rupture utérine pendant la deuxième moitié de la grossesse. Ainsi nous avons rapporté plus haut un cas de rupture utérine arrivé pendant le cinquième mois de gestation chez une femme qui avait pris une substance pour se faire avorter; Hott (1) et Dionis (2) citent des faits où la déchirure eut lieu pendant le sixième mois de la gestation; Saxtorph (3) en rapporte un au septième mois; Schillito (4), de Souza-Ferra (5) et Bochart (6) en ont observé au huitième mois; Duparcque en rapporte un pendant le neuvième mois. C'est donc

(1) *Lond. med. Repository*, mai 1844.

(2) DIONIS, voir plus haut.

(3) *Gesammte schriften*, Copenhague 1802, p. 274, et *Expérience* 1839.

(4) *Transact. of the Associated apothicar*, Lond. 1823.

(5) *Loco citato*.

(6) *Ancien Journ. de Méd.*, t. V, p. 422, et la *Thèse de DENEUX*.

dire que la rupture utérine peut se présenter à toutes les époques de la grossesse.

Voici les symptômes que l'on observe ordinairement pendant les cinq derniers mois : il y a d'abord la douleur angoissante siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen et puis le craquement : cette douleur, qui primitivement est très-vive, se change bientôt en un sentiment d'engourdissement. La malade sent une chaleur douce se répandre dans le ventre ; elle perçoit, quand l'enfant a passé dans la cavité abdominale, des mouvements ou un poids insolite dans un point où elle ne les sentait pas auparavant.

En même temps les traits s'altèrent et expriment une terreur profonde, la face est pâle, les yeux sont ternes, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, puis filiforme et ondulant (Nægelé) ; une sueur froide baigne tout le corps ; on observe des malaises, des vomissements de matières noirâtres, des soupirs, des gémissements, de la dyspnée, une grande agitation, une faiblesse considérable, des tintements d'oreille, l'obscurcissement de la vue, des syncopes et même des convulsions.

Les mouvements actifs du fœtus cessent de se faire sentir ; mais leur disparition complète est souvent précédée d'une agitation incessante et comme convulsive. Un peu de sang s'écoule généralement par la vulve. Notons en passant que ce sang est assez souvent brunâtre, comme sirupeux.

En palpant l'abdomen, on le trouve très-douloureux à la pression ; on peut constater aussi que sa forme est modifiée surtout si l'enfant a quitté la matrice ; dans ce cas, les parois abdominales sont affaissées ; on ne sent plus à la région hypogastrique la tumeur dure, globuleuse, formée par l'utérus ; le ventre est moins saillant et souvent plus large.

Si le produit de la conception est passé derrière l'utérus, il sera impossible de le sentir. Mais s'il est placé, comme cela arrive souvent, au devant de la matrice, on pourra distinguer parfaitement les inégalités fœtales et même voir à travers les parois abdominales les derniers mouvements actifs qu'il exécute. S'il est venu se mettre dans l'une des fosses iliaques, on sentira d'une

part une tumeur formée par l'organe gestateur plus ou moins rétracté, et d'autre part une tumeur mobile, inégale, formée par les anfractuosités fœtales. Il peut même arriver, dans le cas où la rupture se fait au fond de la matrice, que les membres inférieurs et le tronc de l'enfant sortent par cette déchirure, tandis que la tête reste dans la cavité utérine. Dans ce cas, nous aurons deux tumeurs superposées : la supérieure sera inégale ; l'inférieure sera arrondie et représentera l'utérus plus ou moins rétracté sur la tête du fœtus.

Si l'on touche la femme, le doigt constatera que la matrice a changé de position, mais surtout a perdu le volume qu'elle devrait avoir à l'époque de la grossesse à laquelle la femme croit être arrivée. Il pourra quelquefois sentir une des parties du fœtus située en dehors de l'utérus et déprimant la partie supérieure du vagin (Cazeaux).

§ 5. — *Symptômes des ruptures survenant au moment de l'accouchement.*

Les symptômes des ruptures utérines au moment de l'accouchement sont à peu près semblables à ceux que nous venons d'indiquer : quelques-uns seulement seront modifiés.

La rupture qui a lieu pendant le travail, arrive généralement après l'écoulement des eaux, au moment où les parties de l'enfant s'engagent dans le petit bassin. Cependant, il existe maintenant assez bon nombre de faits dans lesquels la rupture utérine s'est produite avant l'écoulement des eaux amniotiques (1) ; quelquefois on l'a vue se manifester au moment de la délivrance.

M. Robertson (2) admet que la rupture par suite d'étroitesse du bassin est précédée de douleurs sous forme de crampe (*crampy-pain*) et de sensibilité à la pression de la région hypogastrique. Cette *crampy-pain* serait causée par la compression de l'utérus entre la tête du fœtus et la saillie du sacrum, ou bien toute autre partie

(1) Il y a d'abord un fait de Leclercq, puis un de Dionis, rapportés par Duparcque ; un troisième dû à James Hamilton ; un quatrième dû à M. Putegnat, etc.

(2) *Physiology and diseases of women and on midwifery.*

osseuse proéminente. — Malgré toutes les recherches que nous avons faites, nous n'avons pu trouver rien de semblable dans les observations de rupture de l'utérus que nous avons examinées.

Généralement voici comment les choses se passent au moment du travail : pendant une violente contraction, quelquefois au moment de l'expulsion de l'enfant, la femme éprouve une douleur très-aigüe, qui diffère absolument des maux de l'enfantement et qui lui arrache un cri perçant. En même temps, elle dit que quelque chose vient de se déchirer dans son ventre et porte souvent la main à l'endroit douloureux. La douleur, d'abord très-vive, se change bientôt en une sensation d'engourdissement, et la parturiente présente alors les différents phénomènes que nous venons d'exposer à propos des ruptures survenant pendant la deuxième moitié de la gestation. Seulement, pendant le travail, les douleurs, qui jusqu'alors avaient pu être fortes et énergiques, cessent tout à coup ; une hémorrhagie plus ou moins abondante se fait par la vulve, hémorrhagie toujours caractérisée par le sang brunâtre, sirupeux, dont nous avons parlé tout à l'heure.

Par le toucher, on s'aperçoit que le col utérin est revenu sur lui-même, qu'il est beaucoup moins dilaté qu'auparavant ; si les eaux ne sont pas encore écoulées, la poche amniotique, qui tout à l'heure bombait, s'est complètement effacée, sans que cependant le liquide qu'elle renferme se soit écoulé par le vagin. L'enfant, qui était tout à l'heure accessible au doigt, a complètement disparu ; ou bien on le sent encore, mais ce n'est plus la même partie qui se présente ; ou bien c'est la même partie, mais elle est un peu remontée ; en outre on remarque que le fœtus est mobile, qu'il fuit sous le doigt de l'accoucheur.

Enfin, dans certains cas, si l'on introduit la main dans la cavité de l'organe gestateur, on n'y rencontre plus le produit ; c'est qu'alors il a passé tout entier dans la cavité abdominale. La main de l'accoucheur trouve dans cette occurrence la matrice quelquefois vide et rétractée, quelquefois renfermant le placenta et des anses intestinales. Il peut même sentir la crevasse utérine, la traverser et arriver ainsi jusque dans la cavité péritonéale.

Tels seront les symptômes de la rupture utérine au moment de l'accouchement, si l'enfant passe dans le ventre; mais s'il reste dans la matrice, soit que la tête soit solidement fixée au moment de l'accident, soit que la déchirure soit très-petite, il sera dans ce cas assez difficile de constater la rupture utérine, surtout si, comme cela arrive quelquefois, l'état général de la femme demeure bon. Il se peut alors que l'attention ne soit attirée que par la douleur vive, le craquement, l'hémorrhagie, l'augmentation de la sensibilité de l'utérus au palper, un affaiblissement subit et très-notable des contractions et la diminution graduelle des forces de la malade. Dans ce cas, on pourra soupçonner fortement la rupture utérine. Si, au contraire, l'enfant est expulsé, cela ne pourra se faire qu'après l'accouchement.

Bien plus : Dubouche a observé un rétrécissement du col qui n'eut pour tout symptôme que la suspension brusque des contractions de la matrice.

Avant de terminer ce chapitre sur la rupture incomplète, nous dirons quelques mots de la rupture incomplète externe.

Les symptômes de la rupture incomplète interne ne sont pas aussi marqués que ceux de la rupture complète. Le plus souvent, pendant les maux de l'enfantement, il survient une forte douleur, non accompagnée de craquement et siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen. Le ventre devient très-douloureux; puis arrivent des syncopes, des nausées, des vomissements, de l'agitation, et la femme meurt ordinairement d'une manière fort rapide. Le plus souvent il n'y a pas d'hémorrhagie vaginale et la forme du ventre n'est pas changée, surtout le fœtus restant dans la matrice. Dans ces conditions, le diagnostic ne pourra être posé qu'après l'accouchement. En effet, l'accoucheur pourra alors introduire la main dans la matrice et y sentir la crevasse limitée par la séreuse abdominale.

Néanmoins, il peut arriver dans la rupture incomplète interne que le fœtus aille se loger dans une poche formée par le péritoine; alors l'existence de deux tumeurs, l'une formée par la

matrice, l'autre par le fœtus, pourra faire croire à une rupture utérine.

Quant aux symptômes de la rupture incomplète externe, ils sont encore plus obscurs que ceux de la rupture incomplète interne, puisque les phénomènes principaux de la rupture utérine, c'est-à-dire l'hémorrhagie externe et le passage de l'enfant dans le ventre, n'existent point dans ce cas. Aussi n'a-t-on alors que les symptômes d'une hémorrhagie interne ou d'une péritonite violente.

L'observation suivante, que nous empruntons à Chatto (1), montrera mieux que tout ce que nous pourrions dire les phénomènes qui se présentent dans la rupture incomplète externe : une femme étant en travail se plaignit tout à coup d'une douleur et d'une angoisse inaccoutumées, et présenta sans cause manifeste les plus alarmants symptômes. L'accouchement se fit néanmoins par les seuls efforts de l'utérus ; mais il survint du délire, de l'agitation, et la femme succomba six heures après la délivrance.

L'autopsie fut faite le lendemain et montra une grande quantité de sang épanchée dans l'abdomen ; l'utérus était fortement contracté, et en arrière, près de son fond, on trouva une rupture d'une étendue considérable. La surface de la déchirure était couverte de portions de sang caillé ; elle occupait un espace peut-être égal à l'étendue d'une couronne ; mais ses bords étaient irréguliers et entourés de taches rougeâtres, en sorte qu'au premier aspect, elle semblait être le résultat d'une ulcération. Près de cette large déchirure étaient trois ou quatre petites gerçures ; le tissu musculaire était intéressé dans les deux tiers de son épaisseur.

§ 6. — *Symptômes des ruptures utérines produites par des corps vulnérants.*

Quand une femme dans le cours de sa grossesse reçoit un coup de couteau ou un coup de feu dans le ventre, voici les phéno-

(1) *Lond. med. Journal*, août 1832.

mènes qui se montrent : la femme pousse un cri, s'affaisse et tombe en syncope. En même temps une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent, constitué par les eaux amniotiques mêlées à du sang, s'écoule par la plaie, bien entendu si l'instrument ou le projectile a traversé complètement les parois utérines. Cet écoulement séro-sanguinolent est plus ou moins abondant ; généralement il cesse de lui-même et la femme revient peu à peu de sa syncope. Ordinairement alors, quelques heures ou quelques jours après l'accident, des douleurs se déclarent et la femme accouche ou avorte. A l'appui de ces considérations, nous rapporterons succinctement la suivante (1) : une femme âgée de vingt-sept ans, est frappée par un morceau de fer mortel dans l'abdomen ; on retire aussitôt un liquide mêlé de sang et, vingt-quatre heures après, des douleurs se déclarent et la femme accouche d'un enfant mort. La femme a

Dans certains cas, la plaie faite aux parois abdominales et utérines est assez grande pour permettre immédiatement la sortie de l'enfant. C'est ce qui est rapporté (2) par un médecin qui rapporte qu'une femme enceinte fut frappée à l'abdomen, qui, d'un coup de corne lui fendit le ventre et la matrice. L'enfant, qui était un garçon à terme, s'échappa par la plaie et fut trouvé sur le sol, vivant à côté de sa mère expirante. Au reste Sue (3) et Baudelocque (4) avaient déjà rapporté des faits semblables.

Il se peut que la plaie faite aux parois abdominales et utérines soit assez grande pour laisser passer un membre du fœtus, un bras par exemple, comme dans l'observation de Schmucker (5), mais trop petite pour permettre la sortie complète de l'enfant. Dans ces conditions, la matrice se rétractant sur le membre qui est sorti, empêche d'une part de retirer l'enfant par la plaie faite

(1) *Hortmann in bibl. for Laeger*, 1831, t. XIV.

(2) *Traité d'accouchement* de NÉGELÉ.

(3) *Essais historiq. sur l'art des accouch.*, t. I, p. 209.

(4) *Recherches sur l'opérat. césar.*, p. 79.

(5) *Ancien Journ. de Méd.*, t. LXVI, p. 354.

aux parois abdominales et d'autre part empêche l'accouchement de s'opérer par les voies naturelles. Nous verrons plus loin comment il faut se conduire dans ce cas.

Dans certains cas de ruptures utérines produites par des corps vulnérants, le fœtus n'est pas expulsé : il reste dans la matrice, et la femme meurt quelques jours après l'accident. C'est ce qui eut lieu dans un fait rapporté par Planchon (1).

§ 7. — *Quelques mots sur quelques-uns des symptômes dont nous venons de parler.*

Après avoir sommairement décrit la symptomatologie des ruptures utérines, il nous paraît utile de revenir sur quelques-uns des symptômes qui nous ont occupé ; nous parlerons donc successivement de la douleur, du craquement, de l'hémorrhagie, de la déformation du ventre et de l'emphysème hypogastrique.

A. *La douleur.* — Occupons-nous d'abord de la douleur extrêmement vive qui se fait sentir au moment de la rupture. Elle existe presque toujours dans la rupture complète comme dans l'incomplète : ainsi sur cent cas de ruptures utérines, nous avons trouvé que les auteurs notent quatre-vingt fois une douleur *subite, angoissante* (Desormeaux), quelquefois *piquante*, quelquefois *semblable à une crampe* ; elle ne dure qu'un instant et est remplacée bientôt par une sensation d'engourdissement. La plupart des auteurs font remarquer que cette douleur si vive arrive ordinairement (quand la rupture a lieu pendant le travail de l'accouchement), au moment où la matrice se contracte avec une énergie très-considérable. Deneux, Duparcque et Churchill prétendent que le siège de la rupture est indiqué par le point où se fait sentir cette douleur. Quant à la cause de cette douleur, nous la trouvons dans la déchirure subite des filets nerveux qui rampent dans l'épaisseur des parois de la matrice, déchirure qui est le fait de la rupture utérine.

(1) *Traité complet de l'opérat. césar.*, p. 77 et suiv.

B. Le craquement. — La douleur s'accompagne d'un *craquement*, d'un *claquement*, disent certaines femmes, d'une *simple sensation de déchirure quelquefois*. Ce bruit qui se produit au moment de la rupture ne peut plus être mis en doute : c'est ainsi que sur cent cas de ruptures complètes, il y en a cinquante où le craquement est entendu : dans cinquante autres cas, les auteurs n'en font pas mention, soit qu'ils aient oublié de le noter, soit parce qu'il a fait réellement défaut. Les observations de ruptures incomplètes externes ou internes, de ruptures succédant à l'action de corps vulnérants ne mentionnent pas le craquement.

Ce bruit n'est perçu que par la femme chez laquelle une déchirure a lieu, mais quelquefois il est entendu par les assistants. Il a été rapporté par M. Hubert dans son traité d'accouchement que chez une femme transportée à la Maternité de Paris le 16, ce bruit a été tel que la sage-femme et les accoucheurs l'ont attribué à la rupture brusquement l'obstacle.

C. De l'hémorrhagie. — D'où vient-elle ? Elle a évidemment sa source : 1° dans les vaisseaux utérins compris dans la déchirure ; 2° dans les vaisseaux extra-utérins quand celui-ci prend part à la déchirure utérine ; 3° dans les vaisseaux extra-utérins, qui provient en grande partie des vaisseaux utéro-placentaires que le décollement du placenta a rompus.

Cette hémorrhagie peut être *interne* ou *externe* : nous avons dit que, dans le cas d'hémorrhagie interne, le sang s'écoulait surtout dans le ventre et dans la matrice. Dans le cas d'hémorrhagie externe, le sang peut se faire jour non-seulement par le vagin, mais aussi par la plaie extérieure, quand la rupture est produite par un corps vulnérant.

Ajoutons que M. Tarnier considère comme un caractère de cette hémorrhagie l'état noirâtre, sirupeux et caillebotté du sang (1).

Tâchons maintenant de déterminer dans quels cas nous aurons

(1) Cazeaux, nouvelle édition.

une hémorrhagie interne ou externe : en premier lieu, l'hémorrhagie interne existe toujours ; elle peut exister seule dans les cas suivants :

1° Quand la rupture utérine a lieu pendant les quatre premiers mois de la grossesse.

2° Quand elle a lieu chez une primipare, soit pendant la gestation, soit au moment du travail ; en effet, dans ces deux cas, le col utérin n'est pas assez ouvert pour donner passage au sang et celui-ci s'épanche en totalité dans l'abdomen.

3° L'hémorrhagie sera encore interne dans le cas de rupture incomplète externe. Il est clair qu'ici l'épanchement sanguin ne peut se faire au dehors, qu'il doit se faire dans la cavité péritonéale.

4° Elle sera encore ordinairement interne dans le cas de rupture incomplète interne. Les observations de cette catégorie rapportées par les auteurs ne mentionnent en effet que l'hémorrhagie interne.

5° Elle sera encore interne au moment de l'accouchement, quand la rupture se fait au fond de la matrice et avant la dilatation complète du col utérin. (Deneux.)

Parlons maintenant de l'hémorrhagie externe :

1° Elle existe presque toujours quand la rupture a lieu au moment du travail de l'accouchement : d'après le calcul que nous avons fait, elle se présenterait alors 80 fois sur 100.

2° Elle existe encore au moins dans la moitié des cas, quand la rupture a lieu pendant les cinq derniers mois de la grossesse.

3° Elle se présente toujours quand la rupture est complète et qu'elle est le résultat de corps vulnérants.

Étudions maintenant les conditions qui favorisent ou qui contrarient l'hémorrhagie utérine. L'hémorrhagie sera peu abondante :

1° Si la rupture est incomplète. En effet, dans ce cas, il n'y a qu'une partie des parois utérines qui est déchirée, et naturellement l'hémorrhagie d'une partie de l'épaisseur des parois utérines doit être moins considérable que l'hémorrhagie de la totalité de l'épaisseur desdites parois. En outre, comme la tunique péritonéale est beaucoup moins vasculaire que la tunique musculaire, il s'ensuit que l'hémorrhagie sera moins abondante dans un cas

de rupture incomplète externe, que dans un cas de rupture incomplète interne (1).

2° L'hémorrhagie sera peu considérable, si la rupture, étant complète, siège dans un point de l'utérus voisin de son col. En effet, c'est au niveau du col que le tissu utérin est le plus mince, par conséquent le moins riche en vaisseaux. Dès lors l'hémorrhagie sera moins considérable dans ce cas.

3° L'hémorrhagie sera peu considérable si, dans une rupture complète, après le passage de l'enfant dans le ventre, ou après son extraction par les voies naturelles, la matrice se rétracte bien. En effet, par le fait de la rétraction, le calibre des vaisseaux utérins diminue, la quantité de sang qu'ils renferment diminue aussi, et partant l'hémorrhagie épanchée à l'extérieur est moins considérable. De plus, par le fait de la rétraction, les deux bords de la déchirure vont s'appliquer l'un contre l'autre et fermer les orifices béants des vaisseaux sanguins.

4° L'hémorrhagie sera peu considérable, disent les auteurs, si la déchirure est complète et si le sang s'y est engagé. Arrêtons-nous un moment sur cette dernière circonstance. Si la partie fœtale ou placentaire qui s'est engagée dans la crevasse utérine correspond exactement par son volume à l'étendue de cette crevasse, il est possible que l'hémorrhagie devienne moins intense, et même qu'elle s'arrête. Mais généralement les choses ne se passeront pas ainsi : la partie engagée dans la déchirure de la matrice aura un volume moindre que l'étendue de cette déchirure, de telle sorte que, tout en ne bouchant pas exactement la déchirure utérine, elle empêchera, nous semble-t-il, la rétraction de la matrice de s'opérer, ou tout au moins elle la rendra plus difficile et plus lente. Or, nous venons de voir que la rétraction est une des conditions les plus favorables à la diminution et même à la cessation de l'hémorrhagie utérine. Donc toute cause qui rend cette rétraction difficile

(1) Cette circonstance, vraisemblable en théorie, n'est pas toujours d'accord avec les faits. C'est ainsi que dans certains cas de rupture incomplète externe, le sang épanché dans la cavité abdominale était en quantité très-considérable.

ou impossible, loin de contrarier la production de l'hémorrhagie, ne sert au contraire qu'à la rendre plus facile.

Les conditions qui favoriseront la production de l'hémorrhagie sont :

1° Une rupture complète. Nous avons dit précédemment pourquoi.

2° La déchirure du fond et du corps de l'utérus. En effet, ces parties étant les plus vasculaires de l'organe, produiront nécessairement une plus grande quantité de sang.

3° La déchirure d'un point de l'utérus occupé par le placenta.

4° Le décollement du placenta.

5° L'enfant qui reste dans la matrice après une rupture complète. En effet, si le produit de la conception n'est pas expulsé, l'organe utérin ne peut pas se rétracter : or nous avons vu que cette rétraction était une des conditions les plus favorables à la diminution de l'hémorrhagie utérine. Donc l'enfant restant dans la matrice, par le fait qu'il empêche la rétraction du viscère, est une cause qui favorise l'écoulement sanguin.

6° La présence dans la crevasse utérine d'une partie fœtale, ou d'une anse intestinale, qui ne la bouche pas complètement.

7° Le défaut de rétractilité de la matrice, ne dépendant pas de l'une des causes précédentes. En effet, il est prouvé maintenant que la rétraction ou la rétractilité utérine est loin d'être également énergique chez toutes les femmes : elle est, par exemple, beaucoup moins marquée chez les multipares qu'après un premier accouchement. Il suit de là que moins la rétractilité sera énergique chez une femme, plus l'hémorrhagie sera considérable.

D. *La déformation du ventre.* — Nous avons vu plus haut que, dans les cas de ruptures survenant pendant les quatre premiers mois de la gestation, le ventre se tuméfie et devient plus dur, plus tendu, tandis que dans les ruptures qui ont lieu pendant les cinq derniers mois de la gestation et au moment de l'accouchement, il devient ordinairement plus souple, moins saillant et plus large. Nous allons maintenant tâcher de donner ici la raison de cette différence.

Quand une rupture arrive au moment de l'accouchement, ou

se dégorgeant en perdant une grande quantité et l'enfant quitte la cavité de l'organe gestateur. Côté de celui-ci, rien d'étonnant, nous semble-t-il, qu'elle devienne dès lors plus souple, moins saillante et plus molle. Les conditions sont tout autres dans le cas de rupture utérine aux premiers mois de la grossesse. Alors, en effet, l'écoulement est abondant et les eaux qui passent dans la cavité abdominale et nécessitent la compression des parois. Or, comme ces parois sont, à trois ou quatre mois de gestation, beaucoup moins souples qu'à la fin, il s'ensuit qu'elles se distendent assez difficilement. C'est cela que le ventre légèrement tuméfié est dur et tendu. — *Emphysème hypogastrique*. — Kiwisch mentionne l'empne pathognomonique de la rupture utérine, l'empne qui se produit très-rapidement dans quelques cas de la pénétration de l'air à travers la déchirure et se diffuse dans le tissu cellulaire. Mac Clinctock a également insisté sur ce symptôme; il dit avoir constaté plusieurs fois par la palpation de la région hypogastrique une crépitation, qui révélait clairement l'existence de l'empne. M. Hyernaux a constaté aussi cet emphysème hypogastrique; il dit en effet dans une de ses observations (1) : « J'ai pu constater une sorte de crépitation à la région hypogastrique. » C'est donc là un fait qui actuellement doit être considéré comme un des symptômes propres à la rupture utérine, au premier stade.

On dira peut-être que l'emphysème hypogastrique peut se présenter dans le cas de plaie pénétrante de l'abdomen; cela est vrai, mais ne diminue nullement la valeur de ce symptôme au point de vue de la rupture utérine. En effet, dans le cas de rupture, à moins qu'elle ne soit faite par un corps vulnérant, il n'y a pas de plaie extérieure, par conséquent pas de cause possible de l'emphysème hypogastrique, autre que la rupture utérine elle-même.

§ 8. — *Complication.*

La principale complication des ruptures utérines, c'est la *hernie de l'intestin dans l'intérieur de la matrice* : on en possède un grand nombre d'exemples; telles sont les observations rapportées par Rungius (1), Toutaint-Beauregard (2), Frizel (3), etc. Cette complication n'a rien de redoutable, si l'accoucheur a le soin de refouler les intestins dans le ventre. Car alors la rétractilité propre au tissu utérin fermera la déchirure utérine et empêchera la hernie de se produire. Mais si les circonvolutions intestinales ne sont pas remises en place, alors la matrice, en se rétractant insensiblement après l'accouchement, comprime de plus en plus l'intestin et finit par donner lieu aux accidents de l'étranglement herniaire, comme dans le cas rapporté par Percy (4).

(1) *Instit. chir.*, pars secunda, p. 728.

(2) *Anc. Journ. de Méd.*, t. LXXIX, p. 68.

(3) Voir plus haut, p. 29.

(4) *Thèse de DENEUX*. Paris, 1804.



CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC.

On peut dire, en thèse générale, que le diagnostic des ruptures utérines est difficile : aussi, pour tâcher de le rendre plus clair, nous rappellerons d'abord les phénomènes commémoratifs qui peuvent élucider la question ; puis nous dirons quels sont les principaux signes diagnostiques des ruptures pendant les quatre premiers mois de la grossesse, des ruptures pendant les cinq derniers mois de la gestation, des ruptures au moment de l'accouchement, des ruptures incomplètes internes, des ruptures incomplètes externes et des ruptures produites par des corps vulnérants. Nous dirons ensuite quelques mots du diagnostic différentiel des ruptures dans les grossesses utérines simples et dans les grossesses extra-utérines. Nous terminerons notre chapitre en donnant le moyen de reconnaître une rupture utérine d'une rupture survenant dans un autre organe ou viscère abdominal.

§ 1^{er}. — *Commémoratifs.*

Le diagnostic doit d'abord s'aider des commémoratifs : ainsi, si des symptômes graves ressemblant à ceux de la rupture utérine se déclarent chez une femme grosse, pendant le cours de sa grossesse, on s'informera tout d'abord si la femme n'a pas déjà subi l'opération césarienne ; si cela est, on se rappellera qu'on a vu

dans ce cas la rupture utérine survenir à quatre mois, à sept mois de grossesse et au moment de l'accouchement. Dans le cas contraire, on tâchera de savoir si la femme n'est pas atteinte de métrite chronique ou de toute autre affection utérine prédisposant à la rupture.

Dans le cas où des symptômes graves surviennent au moment du travail, il faut voir s'il n'existe pas d'abord une des causes prédisposantes que nous avons énumérées plus haut. On examinera ensuite si le bassin n'est pas rétréci, s'il n'y a pas une obliquité antérieure de la matrice, si le fœtus n'est pas en position vicieuse, s'il n'est pas hydrocéphale. L'accoucheur aura surtout bien soin de s'informer si l'on a appliqué le forceps, ou pratiqué d'autres manœuvres obstétricales avant son arrivée : il se pourrait en effet que ces applications de forceps ou ces manœuvres obstétricales eussent amené une déchirure de la matrice.

Il est clair que toutes ces circonstances seules ne permettront jamais d'asseoir un diagnostic certain : mais si elles existent, réunies à d'autres symptômes elles constituent des présomptions en faveur de la rupture utérine.

Passons maintenant en revue les caractères spéciaux que présente chaque espèce de rupture en particulier.

§ 2. — *Diagnostic des ruptures utérines pendant les quatre premiers mois de la grossesse.*

Nous aurons ici comme éléments de diagnostic, outre les phénomènes généraux, la douleur subite siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen, le craquement et peut-être la tension de l'abdomen : quant à l'hémorrhagie externe, elle fait presque toujours défaut ; le toucher ne pourra non plus rien nous indiquer.

Les deux maladies avec lesquelles on pourrait confondre une rupture dans ce cas, ce sont la péritonite et une hémorrhagie interne. La péritonite pourra être assez facilement distinguée, si l'on fait attention à la brusque invasion des phénomènes dans le

cas de rupture. Quant à l'hémorrhagie interne, le diagnostic sera beaucoup plus difficile : le craquement et la douleur subite pourront peut-être servir de guides.

§ 5. — *Diagnostic des ruptures utérines pendant les cinq derniers mois de la gestation.*

Ici, les phénomènes commencent à devenir plus clairs : on aura encore le craquement, la douleur subite, comme dans le cas précédent ; mais, outre cela, on verra souvent une hémorrhagie qui se fera par les vaisseaux utérins, le sang qui s'écoulera ainsi sera généralement noir.

Si l'enfant quitte la matrice (ce qui arrive le plus souvent), la matrice se relâche, et on n'y excite par la pression et le toucher qu'une douleur molle, inégale et mobile, pour ne pas dire accompagnée du passage de l'enfant dans l'abdomen.

Le toucher pourra donner quelques renseignements : si l'on a constaté la tête au détroit supérieur et si on ne sent rien au détroit inférieur, le diagnostic de la rupture de la matrice sera presque certain. Quelquefois le toucher permettra de sentir que la matrice a changé de position, qu'elle a perdu le volume qu'elle devrait avoir à l'époque à laquelle la femme croit être arrivée. Parfois même on sentira une des parties du fœtus située en dehors de l'utérus et déprimant la partie supérieure du vagin.

Dans certains cas, quand le fœtus, sorti de la matrice, vient se placer derrière elle, le toucher rectal pourra être d'un grand secours pour le diagnostic.

Et supposant même que ces derniers phénomènes n'existent point, parce que l'enfant n'a pas quitté la cavité de l'organe gestateur, il y aura encore un fait qui, avec la douleur subite, le craquement, la syncope, l'hémorrhagie, permettra de poser le diagnostic : ce sera *l'état de vie ou de mort du fœtus*. En effet,

l'enfant, dans le cas de rupture, meurt presque toujours, comme nous le verrons plus loin, et ordinairement quelques instants seulement après le fatal accident. Il en résulte donc que, si par les mouvements actifs et les battements du cœur du fœtus, on a constaté préalablement son état de vie, et qu'à la suite d'un trouble instantané, s'accompagnant de douleur subite, de craquement, de syncope, d'hémorrhagie vaginale, on constate la disparition des mouvements actifs et des battements du cœur de l'enfant, on doit être fort porté à croire que la mort du produit a été provoquée par une rupture utérine. C'est donc là un signe qui peut avoir son importance dans un cas donné, et sur lequel Mac Clintock a surtout attiré l'attention, en publiant un mémoire dans un journal de Dublin.

§ 4. — *Diagnostic des ruptures utérines au moment de l'accouchement.*

- Ici, outre la douleur subite, le craquement, l'hémorrhagie externe, l'état noirâtre et sirupeux du sang, la mollesse, l'augmentation de largeur et la diminution de saillie de l'abdomen, la douleur qu'on y détermine par la pression, la présence d'une tumeur insolite, mobile et inégale, nous aurons encore d'autres symptômes : ce seront la cessation brusque des contractions utérines et les phénomènes fournis par le toucher. Si le col utérin est rétréci, si la partie qui se présente est remontée, est mobile, a changé de position ou fuit sous le doigt, il est fort à croire que l'on a affaire à une rupture utérine. Le diagnostic ne sera plus douteux, si, l'enfant étant passé dans l'abdomen ou ayant été retiré par les voies naturelles, la main introduite dans la matrice y trouve le point déchiré.

Mais il peut se faire que l'enfant ne passe point dans l'abdomen, qu'il reste dans la matrice; dans ces conditions, le ventre ne changera presque pas, on n'y trouvera pas de tumeur, le toucher ne vous révélera aucun phénomène, parce que la tête est fortement engagée dans l'excavation pelvienne. Que vous reste-t-il

alors ? Outre la douleur subite, le craquement, la syncope et une hémorrhagie externe, vous avez trois choses très-importantes, qui sont la cessation brusque des contractions utérines, dans certains cas, la mort du fœtus et l'emphysème hypogastrique.

La cessation brusque des contractions utérines peut indiquer à elle seule une rupture utérine, comme dans le fait rapporté par Dubois et dont nous avons parlé plus haut. Si ensuite l'on constate la mort de l'enfant et la crépitation à l'hypogastre, on pourra être presque certain qu'il y a une déchirure de la matrice.

§ 5. — *Diagnostic de la rupture incomplète interne.*

Cette rupture interne ne présente pas de symptômes caractéristiques de la rupture externe. Elle ne peut être diagnostiquée sûrement pendant l'accouchement que par la présence d'une tumeur formée par la séreuse et les parois abdominales, dans ce cas, l'affaissement des tumeurs, l'une formée par le fœtus, l'autre par la matrice, sont à établir le diagnostic. Remarquons que, dans ces conditions, il sera toujours impossible de savoir si l'on a affaire à une rupture incomplète interne ou à une rupture complète pendant l'accouchement : ce n'est qu'après le travail, en introduisant la main dans la matrice, que l'on pourra préciser la lésion.

§ 6. — *Diagnostic de la rupture incomplète externe.*

Ici, plus encore que dans les ruptures pendant les quatre premiers mois de la grossesse, il n'y a que les phénomènes qui appar-

(1) Dans une observation de rupture incomplète interne, rapportée par M. Hervieux dans son *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales* (Paris 1870), il y avait, sur le côté déchiré de l'utérus, une tumeur formée par un mélange de sang et de gaz. La pression sur cette tumeur déterminait de la crépitation gazeuse.

tiennent à une hémorrhagie interne ou à une péritonite violente. Aussi croyons-nous que si cette affection peut être soupçonnée pendant la vie, on ne pourra jamais en faire le diagnostic certain qu'au moment de l'autopsie.

§ 7.

Une question se pose ici : comment pourra-t-on distinguer une rupture utérine simple d'une rupture dans une grossesse extra-utérine ?

Nous dirons d'abord qu'au moment même de l'accident, cela est impossible ; quoique dans le cas de rupture de grossesse extra-utérine, il nous paraît qu'il n'y a ordinairement ni craquement, ni hémorrhagie externe, tandis que ces phénomènes se présentent presque toujours dans les ruptures utérines proprement dites.

Mais si l'on parvient préalablement à poser le diagnostic de grossesse extra-utérine (diagnostic qui est difficile, et dont nous n'avons pas à nous entretenir ici), alors, si des symptômes graves viennent à se déclarer, l'on pourra croire avec raison que la rupture a eu lieu.

Une circonstance qui pourra faciliter le diagnostic entre une rupture dans une grossesse extra-utérine et une rupture dans une grossesse utérine simple, ce sera l'époque de la rupture. En effet, la rupture, dans le cas de grossesse tubaire, par exemple, peut avoir lieu après cinq ou six semaines de gestation : or, comme la rupture, dans une grossesse normale, ne se présente au plus tôt que dans le courant du troisième mois, il s'ensuit que si une rupture se déclare pendant le deuxième mois de la gestation, on aura beaucoup de raison de croire à une rupture survenant dans un cas de grossesse extra-utérine.

§ 8.

On pourrait encore se demander comment il est possible de distinguer les ruptures utérines des ruptures ou perforations des organes ou viscères abdominaux autres que l'utérus. Dans ce cas, c'est surtout la notion de la grossesse qui servira à établir un diagnostic assez plausible. En effet, si les symptômes graves d'une rupture surviennent chez une femme grosse, l'on pourra en rejeter la cause avec une certitude presque entière sur la rupture de la matrice.

Mais, nous dira-t-on, comment distinguer une rupture de l'utérus dans l'état de vacuité, d'une rupture d'un autre organe ou viscère abdominal? C'est là une question que nous tâcherons de résoudre plus loin.



CHAPITRE V.

PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS A LA RUPTURE.

Quand une rupture a eu lieu, des phénomènes variables peuvent se présenter suivant que l'enfant et ses annexes ont été retirés du sein maternel, ou bien suivant qu'ils ont été laissés dans le ventre de la mère.

A. *L'enfant et ses annexes ont été extraits.*

Nous examinerons en premier lieu les suites d'une rupture complète ou incomplète; nous dirons ensuite quelques mots des suites possibles d'une rupture incomplète interne.

§ 1. — *Suites d'une rupture complète ou incomplète.*

Si la malade ne succombe pas immédiatement à l'épuisement nerveux consécutif à la rupture, ou bien à une hémorrhagie interne ou externe, si les intestins qui peuvent faire hernie dans la matrice ont été refoulés dans le ventre, une péritonite plus ou moins forte va se déclarer. Les symptômes de cette affection seront une douleur abdominale très-vive, une soif ardente, des nausées, des vomissements, de la constipation, quelquefois du dévoiement, de la tympanite, des frissons et de la fièvre. D'autres accidents qui dépendent de la lésion des organes abdominaux se joignent aux précédents, tels que la difficulté d'uriner, ou même

la rétention d'urine. Cette péritonite suraiguë pourra entraîner la mort de la malade; quelquefois elle aboutira à la guérison.

En supposant que la femme guérisse, que vont devenir : a) la crevasse utérine; b) l'épanchement sanguin qui se trouve dans la cavité abdominale?

A. Les bords de la plaie utérine vont se réunir par première intention. Une circonstance nous semble surtout favoriser ce mode de réunion : c'est la rétraction de la matrice qui met les deux lèvres de la solution de continuité dans un contact parfait.

B. Quant au sang épanché dans la cavité abdominale, il sera résorbé. La seule observation où il soit fait mention de ce phénomène, est celle qui est rapportée par le docteur Bleynie (1) : il dit, en effet, qu'il persista pendant quelque temps dans le ventre une légère tumeur bien distincte de la matrice, et qui disparut au bout d'un certain temps. C'était sans doute, ajoute-t-il, un caillot sanguin qui fut résorbé petit à petit.

§ 2. — Des suites possibles d'une rupture incomplète interne.

Supposons un cas dans lequel les membranes muqueuse et musculuse ont été déchirées, la tunique péritonéale étant restée intacte; l'enfant et ses annexes ont été extraits du sein de la mère; qu'arrivera-t-il alors? Les faits que nous connaissons nous apprennent que ces ruptures deviennent souvent la cause d'inflammations, de suppurations, d'abcès sous-péritonéaux consécutifs.

M^{me} Lachapelle (2) rapporte deux cas de ce genre : dans le premier, il y avait rupture verticale du col utérin; la malade eut une péritonite qui dura six semaines et mourut, deux mois et demi après son accouchement, de phthisie pulmonaire. A l'autopsie, on trouva le péritoine et les viscères abdominaux sains : derrière le rein gauche et le colon iliaque était un vaste foyer, qui, du diaphragme, s'étendait sur la fosse iliaque et formait un

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1835.

(2) *Op. citato*.

conduit fistuleux garni d'une sorte de membrane muqueuse noirâtre, lequel traversait le ligament large, s'ouvrait dans le col utérin et occupait le côté gauche de cette cavité. Au-dessus du bassin, une large ouverture faisait communiquer ce foyer avec un autre situé plus en arrière, qui s'étendait depuis le milieu du dos jusque dans l'épaisseur de la fesse, et que recouvrait une épaisseur de chair d'un pouce environ.

Dans un second cas, dû encore à M^{me} Lachapelle, la femme mourut un mois après son accouchement : il y avait eu rupture incomplète interne du col utérin, au niveau de la duplication du ligament large droit ; à l'autopsie, on trouva un vaste abcès dans l'épaisseur des muscles psoas-iliaques.

Duparcque rapporte aussi un fait de rupture incomplète interne du col utérin : il survint une métro-péritonite qui dura quarante-cinq jours. Au bout de ce temps, un abcès se produisit dans la fosse iliaque droite ; cet abcès fut ouvert et la malade guérit.

M. Hyernaux a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation suivante : il y a quelques années, il fut appelé pour un accouchement laborieux. Après avoir délivré la femme, il sentit en introduisant la main dans la matrice qu'il y avait une rupture incomplète interne du fond de cet organe. Quelques jours après se déclara une métro-péritonite. La femme mourut, un an après ses couches, de l'épuisement produit par une suppuration très-forte, qui avait son point de départ dans le petit bassin et qui avait produit plusieurs fistules aux aînes et aux lombes. L'autopsie ne put être pratiquée.

De ces différents faits résulte cette conclusion : c'est que le sang qui s'accumule dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, sang qui, comme nous l'avons vu, peut être en très-grande abondance, détermine ordinairement une inflammation de ce tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette inflammation passe à la suppuration, et alors se forment ces vastes foyers décrits par M^{me} Lachapelle : le pus qui se trouve dans ces foyers se fraie petit à petit un passage à travers les tissus ambiants et vient s'écouler au dehors, en formant un abcès aux aînes ou aux lombes.

B. L'enfant et ses annexes sont restés dans le ventre de la mère.

— Il se peut qu'à la suite d'une rupture arrivant pendant la gestation, ou au moment de l'accouchement, l'enfant soit laissé dans la matrice, ou bien qu'ayant quitté la cavité de l'organe gestateur, il vienne à séjourner dans le ventre. S'il reste dans la matrice, ordinairement ses annexes y demeurent avec lui. S'il passe dans la cavité abdominale, très-souvent ses annexes le suivent dans cette cavité et subissent le même sort que lui. Quelquefois, pourtant, l'enfant étant passé dans le ventre, le placenta et les membranes fœtales ont été expulsés par les voies naturelles.

Quoi qu'il en soit, examinons d'abord ce que devient le fœtus quand il reste dans la matrice ; nous verrons ensuite les transformations qu'il subit quand il séjourne dans le ventre.

§ 1. — Du fœtus dans la matrice.

S'il reste dans la matrice, ordinairement le fœtus frappé de mort s'altère, ainsi que ses dépendances ; il irrite, enflamme, ulcère l'utérus, et peut consécutivement se faire jour au dehors au moyen d'adhérences qui s'établissent entre cet organe et les parois abdominales. Duparcque rapporte à l'appui de ceci le fait mentionné par Mauritanaeus Cordeus (4) : une femme enceinte reçut un coup de pied de cheval dans les régions de la matrice : cette partie s'ulcéra et plus tard donna passage aux os de l'enfant.

§ 2. — Du fœtus dans la cavité abdominale.

Par le fait de la présence de l'enfant, des eaux amniotiques, du sang dans la cavité péritonéale, une inflammation de la séreuse abdominale ne tarde pas à se déclarer. La mort de la femme en est ordinairement la conséquence, et alors on trouve à l'autopsie le fœtus plus ou moins putréfié dans le ventre de la mère (*voir plus haut*).

(4) *Histoire de l'Académie des Sciences*, 1702.

Quelquefois, après des souffrances qui peuvent durer plusieurs mois, la femme se rétablit; c'est qu'alors l'enfant s'est momifié ou bien enkysté.

Nous avons dit plus haut en quoi consistait cette momification. Nous ajouterons seulement ici que des fœtus momifiés peuvent être portés pendant de longues années sans aucune incommodité notable. On connaît même des cas où des femmes, qui portaient un lithopœdion sont redevenues enceintes et ont accouché heureusement au terme d'une grossesse normale (1). Parfois cependant ils provoquent un travail inflammatoire suivi d'épuisement, et les malades succombent.

L'enkystement du fœtus se produit, d'après les auteurs, par le mécanisme suivant : une inflammation se déclare dans la séreuse abdominale; celle-ci devient le siège d'une exsudation plastique, qui finit par entourer complètement le fœtus. Cet exsudat s'organise et constitue un kyste qui peut enfermer tout le produit de la conception.

Ce kyste une fois formé peut persister comme tel pendant toute la vie, ou bien se charger de matière cartilagineuse ou même osseuse.

Quelquefois ce kyste devient le siège d'un nouveau travail inflammatoire : ses parois contractent alors des adhérences avec les organes voisins ou les parois abdominales. On voit dans ce cas, après de longues années, des ulcérations, des perforations faire communiquer la cavité du kyste avec la cavité de l'intestin, de la vessie, et les différentes pièces du squelette du fœtus être expulsées par l'urètre, le rectum, le vagin, ou bien venir former un abcès à l'ombilic ou à l'aîne.

Examinons chacun de ces cas : A) le fœtus vient sortir à travers les parois abdominales. Il y a plusieurs observations dans lesquelles les faits se sont passés ainsi : tel est le cas rapporté par l'*Ancien Journal de Médecine* (2), dans lequel, dix-huit mois après

(1) Voir un exemple récent de ce fait, publié par le Dr WATKINS, dans le numéro 270 du *British medical Journal*.

(2) T. V, p. 422.

es semblable : il se forma aussi une tumeur da
ette tumeur s'abcéda, s'ouvrit spontanément
un pied de l'enfant : en tirant sur le pied, on
le pelvis de l'enfant et ses deux membres in
la tête et au tronc, ils sortirent par les voies n
x (2), professeur à Vienne, raconte qu'à la su
de matrice, il survint un abcès à l'ombilic p
t les os de l'enfant.

Desbois de Rochefort a communiqué à la *Société*
e un fait identique aux précédents.

es débris du fœtus peuvent être expulsés par le
ède aussi plusieurs exemples de ce mode de guéri
s utérines : c'est ainsi que le docteur Percival (3)
'une femme chez laquelle l'enfant sortit en morce
m, vingt-deux ans après la rupture utérine.

rwold cite une observation semblable : l'évacuatio
is commença vingt et un ans après l'accident
ans (Duparcque).

avons rencontré un autre cas (4) : c'est celui d'un
ez laquelle une chute détermina une rupture de la r
dent fut suivi d'une fièvre et d'une perte de sang
ette femme se rétablit. Quelque temps après, il
de ventre très-abondant d'une odeur cadavéreuse :
lit par le rectum les os du squelette de son enf
dès lors guérit parfaitement.

30 octobre 1838.

s historiques sur l'art des accouchements, par le professeur SUE.
nent. de Méd., vol. I. p. 77.

Voici un exemple bien plus curieux encore : M. Fleury (1) rapporte que, dans un cas de rupture utérine, tout le produit de la conception paraît avoir passé dans la cavité péritonéale, et rien n'était sorti par la vulve, lorsqu'au bout de plusieurs mois, un membre inférieur entier et macéré ainsi que d'autres parties moins volumineuses furent expulsés par l'anus. Après la mort de la malade, on trouva le reste du fœtus dans un état de putréfaction, au milieu d'une matière brune, épaisse, et d'une odeur insupportable. Le désordre des viscères abdominaux était excessif. La portion ascendante du colon était ulcérée en trois endroits, de manière à permettre l'entrée du doigt dans cet intestin ; la portion transverse était aussi percée dans sa partie droite. Le colon gauche contenait des portions de chair, un membre supérieur et un membre inférieur. La rupture de la matrice, qui paraissait avoir été très-grande, était cicatrisée, excepté dans l'étendue de huit à dix lignes.

C. Les débris du fœtus sont expulsés par le vagin. En effet, il se peut que le fœtus se trouve hors de la matrice, contracte des adhérences avec le vagin, ulcère ses parois, et sorte ensuite par ce canal. Nous citerons au paragraphe suivant une observation qui nous paraît venir à l'appui de cette affirmation.

D. Les débris du fœtus sortent par la vessie et le canal de l'urètre. Témoin le cas suivant (2) : une femme, à l'âge de 27 ans, éprouve une rupture de l'utérus à la suite d'une chute ; elle se rétablit en deux mois de temps, l'enfant étant resté dans l'abdomen.

A l'âge de cinquante ans, elle expulse un calcul dont le noyau était formé par de la substance osseuse. Deux mois plus tard, il se produit un abcès au-dessus du col de la vessie, lequel abcès s'ouvre dans le vagin. Par cette voie, on put aller détacher douze calculs qui tous avaient pour noyaux des portions d'os d'un fœtus : après l'expulsion, la femme revint à la santé.

(1) *Recueil périod. de la Soc. de Méd. de Paris*, t. IV, p. 268.

(2) *Bulletin de la Soc. méd. d'Émulation*, 1822.



CHAPITRE VI.

TERMINAISON. — DURÉE.

La terminaison et la durée doivent être examinées au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant.

Disons ici en passant que, par durée, nous entendons le temps que la femme met à guérir ou à mourir de sa rupture utérine.

A. *De la mère.* — Quant à la mère, disons d'abord que la terminaison la plus fréquente est la mort; généralement elle arrive assez rapidement. D'après les calculs que nous avons faits, nous avons trouvé qu'en moyenne les deux tiers des femmes qui meurent de rupture utérine, succombent pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'accident. Celles qui dépassent ces vingt-quatre heures peuvent résister pendant des jours, des mois et même une année.

Voici comment nous sommes arrivé à ce résultat : sur 97 cas de femmes mortes de rupture utérine, 66 ont succombé pendant les vingt-quatre premières heures; 31 ont résisté pendant un temps plus ou moins long.

Sur les 66 femmes mortes pendant les vingt-quatre premières heures, 2 ont succombé immédiatement après la rupture (1);

11 ont succombé au bout d'une demi-heure (2);

(1) Il y a (a) un fait de CHURCHILL, *Op. citato*.

— (b) un fait de BLUFF, dans le *Journal de Siebold*, 1835, t. XV, p. 290.

(2) Voir 4 fait rapporté par CLARKE, 3 faits de RAMSBOTHAM, 4 de COLLINS, 4 de BLEGBOROUGH, 4 de CLOUGH et 4 de GOFFIN. Ces trois dernières observations ont paru dans le *London medical Repository* et la *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 568.

6 ont succombé au bout d'une heure (1);
 2 ont succombé au bout de deux heures (2);
 4 ont succombé au bout de trois heures (3);
 6 ont succombé au bout de quatre heures (4);
 4 ont succombé au bout de cinq heures (5).
 2 ont succombé en six heures (6);
 1 au bout de neuf heures (7);
 2 au bout de dix heures (8);
 4 ont succombé au bout de douze heures (9).
 2 au bout de quatorze heures (10);
 1 au bout de dix-huit heures (11);
 1 au bout de vingt heures (12);
 1 au bout de vingt-trois heures (13),
 et 17 ont succombé au bout de vingt-quatre heures (14).

(1) Voir 2 observations de RAMSBOTHAM, une extraite des registres de la Maternité de Bruxelles, une due à PIETRO DELL'ARA et déjà citée; une due à MAURICEAU, dans ses *Observations sur la grossesse*, t. II, p. 104, obs. 147; une dernière, enfin, due à EGGE, et qui a été publiée par le *Méd. and hyst. Journ.*, nov. 1828, et par le *Journal de Médecine de Bruxelles*, mai 1829.

(2) Voir un cas de COLLINS et un du à VESPRÈS publiés dans l'*Ancien Journal de Méd.*, t. XLII, p. 84.

(3) Il y a un cas dû à WHITE (*The Dublin Journal of Med. sciences*, 1834); un second dû à BURTON (*Syst. nouv. et compl. de l'art des accouchements*, t. I, p. 172); un troisième dû à THIBAUT (*Anc. Journ. de Méd.*, numéro de nov. 1754); un quatrième dû à KINLAY DE PAISLEY, publié dans *The Glasgow med. Jour.*, n° 35, oct. 1864.

(4) Voir un cas dans l'article de DEZEIMERIS (*Expér.*, 1839); un autre dans les ouvrages de CLARKE. COLLINS en rapporte trois et DUPARCQUE un.

(5) Il y a quatre observations rapportées par le *Journ. de Méd. de New-York*, 1840.

(6) Voir un cas dû à SMELLIE, *Op. citato*, t. III, obs. IX, p. 464, et un autre rapporté par LEVRET dans les *Accouchements laborieux*.

(7) C'est le cas de DIONIS, rapporté par DUPARCQUE et DENEUX.

(8) Il y a d'abord une observation de COLLINS, et puis une autre relatée par CHATTO dans le *Lond. med. Journ.*, août 1832.

(9) Voir une observation de M. HUBERT dans son *Cours d'accouchements*; une seconde due à SMELLIE, *Op. citato*, t. III, obs. VIII, p. 462; une troisième extraite des *Recherches sur l'opération césarienne* de SIMON; une quatrième due à HARRISON et publiée dans les *Arch. de Méd.*, 2^e série, t. XII, p. 244.

(10) Ce sont deux faits rapportés par COLLINS.

(11) *Anc. Journ. de Méd.*, t. XXXVII, p. 76.

(12) C'est un fait de CLARKE.

(13) C'est le fait de PERCY, déjà cité.

(14) Il y a une observation de DUBOIS, rapportée par CHURCHILL (traduct. française); une

Des 31 femmes restantes, 1 a succombé au bout de 30 heures (1);
1 au bout de trente-six heures (2);
3 ont succombé au bout de quarante-huit heures (3);
9 au bout de trois jours (4);
1 a succombé au bout de quatre jours (5);
2 ont succombé au bout de six jours (6);
1 a succombé au bout de quatorze jours (7);
1 au bout de vingt-cinq jours (8);
6 ont succombé au bout d'un mois (9).
1 a succombé au bout de cinquante jours (10);
1 au bout de deux mois et demi (11);

autre empruntée aux registres
M. LECLERC à l'*Ancien Jour*
casus rupti in partu uteri, et
semblables. WEISS rapporte
et M. HERVIEUX relatent se

(4) Observation de CLARE

(2) SUE, *Op. citato*.

(3) Il y a d'abord une ob
il y a ensuite une seconde
LUIGI SCERRA (voir plus hau

(4) Il y a :

A. Un fait de RAMSBOTH.

B. — SIMPSON, *li*

C. — DELMAS, *li*

D. — PEU, *loco citato*;

E. — DEZEIMERIS, *loco citato*;

F. — DUBOIS, *Gazette des Hôpitaux*, n° 85;

G. — DUBOIS, *Gazette des Hôpitaux*, n° 85;

H. — DEZEIMERIS, *loco citato*;

I. — VANDERWIEL, dans la thèse de DENEUX.

(5) Voir DELAMOTTE, *Op. cit.*

(6) Voir une observation de M. HAVILAND dans *The Lancet*, 1863, p. 232, et une autre
due à FABRICE DE HILDEN et rapportée par DENEUX.

(7) C'est un fait dû à OZANAM et publié dans le *Journ. gén. de Med.*, t. XLI, p. 89.

(8) Voir SCHILLITO dans *Transact. of the Associated apothecaries*, etc., Lond. 1823.

(9) Il y a les faits de :

A. SAXTORPH, *loco citato*.

B. *Journ. de Méd., Chir. et Pharm.*, avril 1789.

C. HOEBEKE.

D. DEZEIMERIS, *loco citato*.

E. CHAMBON dans la thèse de DENEUX.

F. M^{me} LACHAPPELLE, *Op. cit.*

(10) Voir PLANCHON, *Traité complet de l'opér. césar.*, p. 89 et suiv.

(11) M^{me} LACHAPPELLE, *Op. cit.*

Bruxelles ; une autre communiquée par
522 ; une autre empruntée à BEHLING, *In*
et CLARKE rapportent chacun deux cas
ème genre ; DENEUX, FABER, DEZEIMERIS
, il y en a encore un dû à COLLINS.

Société des Sciences de Strasbourg, 1824;
MBARD, *loco citato* ; une troisième due à

1 au bout de trois mois (1);
1 au bout de cinq mois (2);
1 au bout de huit mois (3),
et 1 au bout d'une année (4).

La mort dans un cas de rupture utérine peut arriver de différentes manières :

1° Par *épuisement nerveux*. — Cette cause est admise par tous les auteurs : en effet, quelquefois l'autopsie ne fait découvrir qu'un épanchement interne très-insignifiant, et comme d'autre part des ruptures très-petites et même des plaies non pénétrantes entraînent rapidement une terminaison fatale, il faut admettre que la mort peut être occasionnée directement par l'épuisement et la paralysie du système nerveux (Nægelé). Tel est le cas de cette femme dont nous avons déjà parlé, laquelle, amenée à la Maternité de Bruxelles, mourut très-vite pendant le travail, et à l'autopsie, on ne trouva qu'une légère éraillure du péritoine, et une once ou deux de sang épanché dans l'abdomen.

2° La mort peut être causée par *hémorrhagie interne ou externe*. Guillemeau rapporte un très-curieux exemple de mort rapide par hémorrhagie interne; le voici : une femme de 25 ans, offrant les préludes de l'accouchement, perdit du sang par la vulve et se trouva mal vers les quatre à cinq heures du matin. Néanmoins elle se leva et fut à l'église. Au bout de trois jours, elle accoucha sans grande douleur; le placenta sortit bientôt spontanément. La femme périt le même jour : on trouva la matrice rompue, éclatée, fendue du côté gauche, avec rupture des artères et des veines utérines, d'où il était sorti une grande quantité de sang.

(1) Voir l'obs. déjà citée due à FLEURY.

(2) Voir ancien *Journal de Médecine*, t. LIV, p. 534.

(3) Voir l'obs. de SOUZA-FERRA dans *Memorias de Academ. de ciencias de Lisboa*, 4799.

(4) Voir l'obs. que nous avons publiée plus haut et que nous devons à l'obligeance de M. HYERNAUX.

3° La mort peut être causée par *l'étranglement intestinal*. — Dans le fait rapporté par Percy, la mort arriva au bout de 23 heures.

4° Elle peut être causée par une *péritonite* : cette péritonite se déclare, soit que l'enfant ait été extrait du sein de la mère, soit qu'il y soit encore. — Elle peut durer plus ou moins longtemps : on a vu des malades emportées au bout de trois à quatre jours par la péritonite; chez d'autres, au contraire, elle dure des semaines, des mois.

5° La mort peut être causée par des *abcès sous-péritonéaux*, venant s'ouvrir aux lombes, ou aux aînes. Nous avons dit plus haut que ces abcès se présentaient surtout dans les cas de rupture interne, l'enfant ayant été retiré du sein maternel. Dans ces cas, la malade résiste ordinairement pendant plusieurs mois même : nous avons rapporté plus haut une observation dans laquelle la femme résista pendant une

6° La mort peut être causée par des *suppurations interminables* causées par l'ouverture de différentes parties du fœtus, soit que cette exposition se fasse par le rectum, ou bien par le vagin, l'urètre, l'ombilic, etc. Dans ces conditions, la mort peut n'arriver qu'après plusieurs années.

Parmi les différentes causes de mort dont nous venons de parler, les plus importantes nous paraissent être la péritonite, l'hémorrhagie et l'épuisement nerveux. Quant à l'étranglement intestinal, il se présente fort rarement, grâce aux précautions que l'on prend maintenant. Les abcès sous-péritonéaux n'existent ordinairement que dans le cas de rupture incomplète interne. Quant aux suppurations interminables, ayant pour but l'expulsion des différentes pièces du fœtus, elles auront lieu rarement, puisqu'on a pour principe actuellement, dans la plupart des cas, de retirer l'enfant mort ou vivant du sein de la mère.

Une terminaison exceptionnnelle, c'est la *guérison* : cependant on en possède maintenant de nombreux exemples. L'étude de la littérature médicale nous a permis de rassembler soixante-neuf

observations de guérison de rupture utérine. Elles ont été publiées par Heister (1), Spiering, Peu, Thibault des Bois, Lassus, Haden, Baudelocque (2), Lambron (3), Coquin (4), Somner (5), Ceconi (6), Rust (7), Heim (8), Dumay (9), Lechoptois et Lain (10), James Hamilton (11), James Hamilton junior (12), Clarke (13), Douglas (14), Labat (15), Frizell, Ross (16), Kite (17), Powel (18), Birch (19), Smith (20), Mac-Intyre (21), Hendue (22), Brook (23), Davis (24), Church (25), Stobo (26), Nægelé, Mac-Keever, Collins, Ramsbotham, Duparcque, Osiander, Velpeau, Henschell (27), Robiquet (28), Paterson (29), Neill (30), Crichton (31), Bleyne (32),

- (1) *Brit. chir.*, 2^e partie, p. 728.
- (2) *Journ. gen.*, t. IV, p. 253.
- (3) DUPARCQUE, *Op. cit.*
- (4) *Bulletin de la Faculté*, 1842, p. 86.
- (5) *Bulletin de la Faculté*, 1842, p. 86.
- (6) *Journal universel*, 1849, t. XIV, p. 407.
- (7) *Bulletin de Férussac*, vol. XIX, p. 85.
- (8) *Bulletin de Férussac*, 1849, t. XIX, p. 85.
- (9) *Journ. gén.*, 1798, vol. V, p. 28.
- (10) *Ibid.*, vol. I, p. 487.
- (11) *Select cases in Midwifery*, p. 438.
- (12) *Outlines of Midwifery*. Edinburgh, 1826.
- (13) *Transact., of Associat.*, vol. I.
- (14) *Essays on rupt. of the uterus*, p. 7.
- (15) *Dublin Med. Essays*, p. 343.
- (16) *Duncan's Annals of Medic.*, vol. III, p. 377.
- (17) *Mem. of Med. soc.*, vol. IV, p. 253.
- (18) *Med. chir. Trans.*, vol. XII, p. 537.
- (19) *Ibid.*, vol. XIII, p. 357.
- (20) *Ibid.*, vol. XIII, p. 373.
- (21) *Med. Gaz.*, vol. VII, p. 9.
- (22) *Amer. Journ. of Med. sciences*, vol. VI, p. 354.
- (23) *Med. Gaz.*, 17 janvier 1829.
- (24) *Obstetric.*, vol. II, p. 70.
- (25) *Lancet*, 49 mai 1849.
- (26) *Med. Times*, 6 avril 1850.
- (27) *Journ. de Siebold*, t. VIII, p. 347.
- (28) *Gaz. méd.*, 1846, p. 996.
- (29) *Amer. med. Journ.*, 1854.
- (30) *Gaz. med.* 1856, p. 413.
- (31) *Edimb. med. Journ.*, 1864.
- (32) *Loco citato*.

Kayser (1), Wieckel (2), Putegnat (3), Miquerez (4), Hubert (5), Hyernaux (6) et Chereau (7),

Quant au temps que met la femme à guérir de sa rupture, il est très-variable : le plus court espace de temps, c'est douze jours ; cela eut lieu dans le fait rapporté par le docteur Bleynie. Quelquefois il faut un mois, deux mois, un an même avant le parfait rétablissement de la femme : bien plus, dans un fait déjà cité par nous, la femme ne fut guérie complètement qu'après trente-neuf ans.

B. *Du fœtus.* — On a vu que d'après les recherches faites par beaucoup d'autres par Mac-Clintock et Hardy, le fœtus nait généralement 10 à 15 jours dans le cas de rupture utérine, et cette mort arrive souvent immédiatement après l'accident.

La mort du fœtus est causée :

1° A la secousse causée par la violence qui a déterminé la rupture (Duparcque) ;

2° A l'hémorrhagie causée par les vaisseaux utérins, dans laquelle le fœtus est asphyxié. En effet, par le fait de cette hémorrhagie, le sang est si faible de sang arrive au placenta, l'hématose fœtale ne se fait plus que fort incomplètement et le fœtus meurt d'asphyxie ;

3° A la compression qu'il éprouve de la part de l'utérus revenant sur lui-même, quand les eaux seulement sont écoulées dans l'abdomen (Duparcque) ;

4° Une autre cause de mort du fœtus, c'est le décollement du placenta. En effet, dans les cas de rupture utérine, le placenta se décolle presque toujours, surtout quand l'enfant passe dans l'abdomen ;

(1) *Loco citato.*

(2) *Med. Zeitung*, 1834.

(3) *Loco cit.*

(4) *Loco cit.*

(5) *Op. cit.*

(6) *Op. cit.*

(7) *Journ. de Médecine de Lyon*, 1867.

5° La rupture du cordon ombilical peut aussi être la cause de cette mort.

6° Dans les cas de rupture par instrument vulnérant, le produit de la conception meurt presque toujours de la blessure qui lui est faite par ces instruments. On peut en voir des exemples remarquables dans les observations rapportées par Dezeimeris, observations qu'il a empruntées à Hoffmann, à Lange et à Autenrieth (1).

(1) *Œuvres*. Tubingue, 1804.



CHAPITRE VII.

PRONOSTIC.

Nous allons le voir
point de vue de l'enfant

A. *De la mère.* La
mère est fortement
nous avons voulu,
étaient numériques
cas. Seulement, p

point de vue de la mère et au

de dire que l'existence de la
le fait d'une rupture utérine :
se peut, rechercher quelles
de vie ou de mort dans ce
statistique, il faut prendre
quelques précautions : si on se contente de recueillir les obser-
vations publiées par les journaux de médecine et les recueils
spéciaux, on va arriver à ce résultat : c'est que, dans les cas de
rupture utérine, le tiers ou même la moitié des femmes guérissent.
Or, ce résultat est évidemment faux. A quoi cela tient-il ? D'abord
à ce que les auteurs qui ont rapporté des observations de cet
accident ont laissé de côté les cas qui ont été suivis de mort,
et n'ont publié que ceux que le succès a couronnés. D'autre
part, bien des femmes sont mortes subitement pendant la gros-
sesse ou au moment de l'accouchement des suites d'une rupture
utérine, et comme assez souvent on ne fait pas l'autopsie, on
n'aura pas su à quel accident on avait eu affaire.

Pour éviter cet écueil, nous avons eu recours à des auteurs qui
ont noté consciencieusement tous les cas qu'ils ont observés,

que ces cas se soient terminés par la mort, ou bien par la guérison : le résultat que nous avons obtenu ainsi nous paraît assez concluant. Au reste, voici comment nous avons opéré :

Sur 3 cas observés par Smellie		il y a 4 guérison ;
— 8 —	Clarke	— 4 —
— 44 —	Mac-Keever	— 2 guérisons ;
— 43 —	Ramsbotham	— 2 —
— 34 —	Collins	— 2 —
— 9 —	Mac-Klintock et Hardy	— 0 —

En additionnant, nous trouvons que sur 78 cas, il y a eu 8 guérisons : ce qui revient à dire que *sur 10 cas de rupture utérine, il y a 9 morts et 1 guérison.*

Le pronostic des déchirures de la matrice varie suivant les circonstances :

A. Quant aux causes, la rupture nous paraît comporter moins de gravité, quand elle est produite par un instrument vulnérant porté à travers les parois abdominales, que quand elle est produite de toute autre manière.

B. Quant au siège, la rupture, d'après M. Hervieux (1), est peu grave quand elle porte sur le segment inférieur de la matrice, d'abord parce qu'elle attaque la partie de l'utérus la moins riche en vaisseaux ; en second lieu, parce qu'elle est moins susceptible que celle du corps de suspendre le travail de l'accouchement.

• Les ruptures du corps de la matrice, mais surtout celles qui intéressent le lieu d'insertion du placenta, sont les plus dangereuses par les hémorrhagies toujours considérables qu'elles déterminent et l'obstacle qu'elles apportent aux contractions utérines.

C. Quant à l'étendue en largeur, il est clair que plus la rupture est grande, plus ses conséquences seront graves, et l'existence de la malade menacée.

D. Quant à l'étendue en profondeur, la rupture est surtout grave quand elle est complète. Quand elle est incomplète, elle est surtout grave dans le cas de rupture incomplète externe (Hubert).

(1) *Op. cit.*, p. 344.

E. Si l'on considère l'époque à laquelle arrive la rupture, il nous paraît que la déchirure utérine est plus grave pendant la gestation qu'au moment de l'accouchement.

F. Au moment de l'accouchement, elle est plus grave, si elle survient avant l'écoulement des eaux amniotiques, qu'après l'écoulement desdites eaux (Joulin).

G. Enfin si l'enfant reste dans le ventre de la mère, le pronostic est plus grave que s'il a été extrait (Churchill).

B. *Du fœtus.* — Parlons maintenant du pronostic de la déchirure utérine au point de vue de l'enfant : nous dirons d'abord qu'il est beaucoup plus grave pour lui que pour la mère ; en effet, l'enfant *meurt presque toujours dans le cas de rupture utérine* (Mac-Clintock). C'est ainsi que, d'après nos recherches, sur 100 enfants il en meurt 97 au moment de la rupture ; 3 seulement survivent à ce funeste accident.

Les dangers que court le fœtus nous paraissent plus grands encore quand la rupture utérine est produite par un instrument vulnérant, parce que le plus souvent il est atteint par ledit instrument et succombe immédiatement à la blessure qui lui est faite.



CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

Le traitement des ruptures utérines se divise en deux sections : dans la première nous examinerons le traitement prophylactique, dans la seconde, le traitement curatif.

SECTION PREMIÈRE.

Traitement prophylactique.

L'utilité de la prophylaxie des ruptures utérines a été révoquée en doute : c'est ainsi que M. Joulin n'admet pas de traitement prophylactique : il croit seulement que dans le cas de contractions utérines exagérées, il est nécessaire de modérer l'énergie de ces contractions. En revanche, quelques auteurs, entre autres M. Mattei, accordent une importance très-considérable au traitement prophylactique des ruptures utérines. Nous croyons que sans tomber dans l'un ou l'autre excès, on peut donner quelques indications qui ne seront pas toujours applicables, mais qui pourront quelquefois rendre de très-grands services.

Le traitement prophylactique des ruptures utérines sera divisé par nous en quatre parties : *a)* prophylaxie avant la grossesse ; *b)* prophylaxie pendant la grossesse ; *c)* prophylaxie pendant le travail ; *d)* prophylaxie pendant la délivrance.

A. *Prophylaxie avant la grossesse.* — Supposons d'abord le cas d'une femme qui a subi l'opération césarienne, ou qui a eu une déchirure de la matrice : il est évident qu'en général cette femme ne doit plus s'exposer à concevoir sous peine de rupture utérine.

Si la malade est atteinte de polypes, de squirrhes, de corps fibreux utérins, il faudra autant que possible en obtenir la guérison, avant de l'exposer aux chances de la grossesse.

Si l'on peut parvenir à savoir qu'une femme porte un utérus bilobé, la grossesse est encore contre-indiquée chez une telle femme.

B. *Prophylaxie*
enceinte doit se sou
sa grossesse, à plus
indispensables, si l'
nique, de corps fib
d'une dégénérescen
lois hygiéniques ne
reuse dans ce sec
différentes affection
des prédispositions

ssesse. — Si toute femme
s d'une sage hygiène pendant
précautions seront-elles plus
existence d'une métrite chro
un cancer de la matrice, ou
cet organe; l'observation des
être plus stricte, plus rigou
ns le premier? En effet, les
ons d'énumérer constituant
rine, il faudra que la malade

prenne plus de soins qu'une femme bien portante pour mener sa grossesse à bonne fin. Ainsi son entourage s'efforcera constamment d'écarter d'elle tout sujet d'émotion et de colère; elle évitera soigneusement tous les mouvements violents ou les efforts corporels, tels que la danse, les promenades en voiture ou dans des chemins raboteux, l'équitation, l'action de porter ou de soulever de lourds fardeaux, etc.

On nous dira peut-être que, malgré toutes ces précautions, la matrice pourra encore se déchirer : cela est vrai; néanmoins, si ces lois hygiéniques étaient bien observées, la rupture utérine deviendrait plus rare qu'elle n'est maintenant.

Si la femme grosse est atteinte d'obliquité antérieure de l'utérus, on fera porter à la malade une ceinture abdominale, de façon à empêcher le tiraillement des fibres postérieures de la matrice.

Si l'on vient à savoir qu'une femme grosse a un rétrécissement du bassin, il faudra d'abord bien s'assurer de l'étendue du rétrécissement; puis l'on suivra les conseils donnés en semblable occurrence par les auteurs. Ainsi, si le bassin présente dans son plus petit diamètre 9 centimètres et demi, on pourra laisser venir la femme à terme. Si le rétrécissement pelvien est compris entre 9 centimètres et demi et 6 centimètres et demi, ce sera le cas de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel à sept ou à huit mois. Si enfin le bassin présente dans son plus petit diamètre moins de 6 centimètres et demi, il faudra avoir recours à l'avortement médical.

Un cas assez remarquable peut se présenter à l'observation du médecin; le voici : une femme qui a subi l'opération césarienne, ou bien qui a eu antérieurement une déchirure de la matrice, redevient enceinte; que faire? On peut, ou bien laisser venir la femme à terme, ou bien pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, ou bien avoir recours à l'avortement médical. Entre ces trois méthodes, nous choisissons la première, c'est-à-dire, que nous laisserons venir la femme à terme, et cela pour deux raisons principales. D'abord, si l'on pratique l'avortement médical ou l'accouchement prématuré artificiel, ces deux opérations, en tant que manœuvres obstétricales, exposent elles-mêmes la femme à une rupture utérine, d'autant plus que la cicatrice complète ou incomplète est déjà une cause prédisposante à cette rupture. En outre, plusieurs faits existent maintenant, dans lesquels des femmes qui avaient eu des ruptures utérines, ou qui avaient subi l'opération césarienne, ont accouché heureusement au terme de leur grossesse (4).

C. Prophylaxie pendant le travail.

Si l'on sait ou si l'on soupçonne qu'une femme en travail est atteinte d'une des affections que nous avons regardées comme causes prédisposantes à la rupture utérine, il faut, dès le début du travail, faire prendre à la parturiente le décubitus horizontal et

(4) Voir entre autres deux faits rapportés dans le *Journal de Chirurgie de Dessault*, t. II, p. 322.

SECTION DEUXIÈME.

Traitement curatif.

Nous examinerons successivement le traitement curatif des ruptures utérines *a)* pendant le travail; *b)* dans les cinq derniers mois de la gestation; *c)* dans les quatre premiers mois de la gestation; *d)* dans les cas de rupture par corps vulnérants; *e)* nous parlerons de l'extrémité; *f)* nous consacrerons un paragraphe au traitement des phénomènes de la rupture; *g)* nous dirons un mot de la réparation de la déchirure de la matrice; *h)* enfin nous terminerons en disant quelle doit être la conduite du médecin en cas d'abcès survenant à la suite de rupture utérine.

A. Traitement pendant le travail. — Une première question est ici née : faut-il intervenir lorsqu'une rupture utérine se déclare encore dans la matrice : faut-il intervenir ou bien laisser les choses aller ? Huguier et Denman sont d'avis qu'il faut laisser le travail marcher naturellement; Churchill, Trask et Hervieux sont d'un avis contraire : ils prétendent que la délivrance immédiate est la meilleure conduite à tenir, dans tous les cas où elle est possible. Ils s'appuient pour cela sur les statistiques du docteur Trask, qui a trouvé qu'en comparant les femmes accouchées artificiellement et celles qui sont abandonnées à la nature, on compte 37 pour 100 de guérisons parmi les premières et 27 pour 100 seulement chez les secondes.

Les résultats que nous avons obtenus dans nos recherches, nous rangent du côté de Churchill, de Trask et de Hervieux ; en effet, les femmes accouchées artificiellement nous ont donné 41 pour 100 de guérisons, tandis que les autres arrivent à peine au chiffre de 19 pour 100.

L'extraction immédiate de l'enfant pendant le travail a un

double effet : elle arrête l'hémorrhagie en favorisant la rétraction de l'utérus, elle empêche l'augmentation de la rupture et l'inflammation de cet organe, circonstances qui pourraient résulter des efforts du travail abandonné à lui-même.

Ce fait bien établi, nous allons examiner ce que l'on doit faire :

1° Quand l'enfant est encore dans la matrice.

2° Quand il est en partie dans la matrice et en partie dans le ventre.

3° Quand il est tout entier dans le ventre.

1° L'enfant est encore dans la matrice. — Si c'est la tête qui se présente, il faut immédiatement appliquer le forceps. Seulement quelques précautions toutes spéciales sont ici nécessaires : ainsi, il faut faire soutenir le ventre de la mère, afin de fixer et de maintenir la matrice et l'enfant ; autrement on s'exposerait à le refouler dans la crevasse en faisant l'application de l'instrument. Il faut aussi prendre soin que les cuillers du forceps ne pénètrent pas dans la déchirure et ne viennent pincer les bords de la crevasse utérine ou bien les intestins qui s'y trouveraient engagés.

Si le siège se présente en bloc, on applique le crochet articulé de M. Wasseige dans le pli de l'aîne et l'on peut ainsi accoucher promptement la femme.

Si ce sont les pieds qui se présentent, on tirera sur eux, et si la tête est arrêtée au passage, on peut de rechef appliquer le forceps.

Si l'on a affaire à une présentation de l'épaule ou de la face, on pratiquera la version céphalique ou podalique.

Enfin, s'il y a un rétrécissement pelvien, il faut faire immédiatement l'embryotomie : l'hésitation n'est pas possible, parce que, comme nous l'avons établi plus haut, dans le cas de rupture utérine l'enfant est presque toujours mort-né. Au reste, si exceptionnellement on était sûr de l'état de vie du produit de la conception, il faudrait alors pratiquer la gastro-hystérotomie.

2° L'enfant est en partie dans la matrice et en partie dans le ventre. — Si c'est la tête qui est dans la matrice, on applique le forceps en s'entourant toujours des précautions dont nous avons

parlé. Il se pourrait pourtant que cette tête fût très-éloignée et que la main ou les instruments n'eussent pas sur elle une prise suffisante; dans ce cas, il faudrait aller, à travers la crevasse, chercher les pieds de l'enfant que l'on ramènerait dans le vagin; puis l'on tirerait sur ces pieds.

Si la tête a passé dans le ventre, on profite du relâchement de l'utérus et on la fait rentrer dans la matrice; puis l'on tire sur les pieds. Mais il est possible que, dans ce cas, la rétraction de la matrice sur le col de l'enfant soit telle qu'elle rende le passage de la main impossible : on pourrait alors, suivant le conseil de quelques accoucheurs, employer l'instrument tranchant et agrandir la plaie de façon à frayer un passage : mieux vaudrait cela que l'opération ne suffisait pas.

3° L'enfant est tout-à-fait dans le ventre. — Autant que possible, on essaie d'extraire l'enfant par les voies naturelles. C'est là l'opinion professée par tous les auteurs, entre autres par Duparcque, etc. Pour cela, on introduit la main dans la cavité utérine; la main arrive au col, et va chercher les pieds du fœtus qu'elle ramène vers le col utérin et le vagin.

Après cela, la main pénètre de nouveau dans la cavité abdominale pour retirer le placenta, les caillots sanguins qui peuvent s'y trouver, et pour refouler les intestins qui auraient fait irruption dans la crevasse utérine. — Inutile de dire que dans toutes ces manœuvres, l'accoucheur doit prendre de grandes précautions pour ne pas léser les anses intestinales.

Mais trois circonstances peuvent rendre impossible l'opération précédente : ce sont la rétraction de l'organe gestateur, une angustie pelvienne, et le volume trop considérable de l'enfant. Que faire si une ou plusieurs de ces complications se présentent?

Il faut pratiquer immédiatement la gastrotomie, parce que d'abord l'enfant est peut-être encore en vie, et même en supposant qu'il soit mort (ce qui arrive presque toujours), comme nous avons établi que le pronostic dans une rupture utérine est plus

grave quand l'enfant n'est pas extrait que quand il est extrait, et comme il n'y pas d'autre moyen de le retirer, dans le cas présent, que la gastrotomie, il faut donc avoir recours à cette opération.

Nous ne retracerons pas ici la manière de pratiquer cette opération : elle est décrite dans tous les ouvrages de médecine opératoire et d'accouchements. Nous dirons seulement avec Deneux que l'incision doit être faite sur le côté du ventre qui correspond à la rupture de l'utérus et où l'enfant se fait sentir le plus distinctement, à moins que d'anciennes cicatrices ne s'y opposent.

Nous ajouterons qu'en faisant cette opération, il faut non-seulement enlever le fœtus et ses annexes, mais encore nettoyer la cavité abdominale des caillots sanguins qui pourraient s'y trouver.

Nous conseillons d'employer dans la gastrotomie le nouveau mode de suture abdominale proposé par Autenrieth, et décrit par M. Hyernaux dans son traité d'accouchements.

Quelques auteurs, entre autres Nægelé, conseillent d'employer la méthode expectante, c'est-à-dire, de ne pas enlever le fœtus tombé dans la cavité abdominale et d'abandonner le tout à la nature, en se bornant à un traitement symptomatique, dans le cas où le produit est mort ou non viable et où la mère est si épuisée qu'il n'est pas probable qu'elle puisse survivre à la gastrotomie. En vertu du principe énoncé plus haut, il nous paraît qu'un tel avis sera toujours préjudiciable à la femme : car si cette dernière est trop épuisée pour pouvoir supporter immédiatement la gastrotomie, ne peut-on pas la relever par les stimulants, le vin, et si au bout de quelques heures ou de quelques jours elle se trouve dans un état plus satisfaisant, ne peut-on pas profiter de ce moment pour pratiquer l'opération dont nous occupons ?

Quelques auteurs ont conseillé d'avoir recours à la symphyséotomie plutôt qu'à la gastrotomie : Duparcque a fait remarquer avec raison que cette dernière expose à moins de désordres, est d'une pratique plus facile et convient à beaucoup plus de cas que la symphyséotomie, qui ne saurait être indiquée, dit-il, que si la tête était enclavée dans le bassin.

B. *Traitement curatif des ruptures utérines pendant les cinq derniers mois de la gestation.* — Trois cas peuvent encore se présenter :

1° L'enfant est dans la matrice. — Dans ce cas, après un diagnostic bien établi, on procède à la dilatation forcée du col à l'aide des doigts, de la pince de Busch, de l'éponge préparée, du *laminaria digitata* (1), de l'instrument de M. Tarnier. Quand le col possède une dilatation suffisante, on pratique alors l'accouchement forcé.

2° L'enfant est dans le ventre. — En vertu du principe précédemment établi que l'opération est plus grave quand l'enfant reste dans le ventre que quand il en est extrait, il faut commencer par la gastrotomie, au point des parois abdominales où se trouve la tumeur formée par le fœtus.

3° L'enfant est en partie dans le ventre et en partie dans la matrice. — Fera-t-on l'accouchement forcé ou la gastrotomie? Nous croyons qu'on doit commencer par la première de ces opérations, sauf à recourir après à la seconde, si l'accouchement forcé ne peut réussir.

C. *Traitement curatif des ruptures utérines pendant les quatre premiers mois de la gestation.* — Après Duparcque, il y a trois indications :

1° Prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation, en relevant le moral de la femme instinctivement frappée de craintes et d'inquiétudes, en administrant les antispasmodiques diffusibles par la bouche, la peau et les voies respiratoires.

2° Combattre ou prévenir l'hémorrhagie par la compression abdominale, la compression de l'aorte et les réfrigérants.

3° Prévenir et combattre l'inflammation qui succède ordinairement aux déplacements de l'œuf, par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux.

Quelques remarques sont, croyons-nous, nécessaires à l'occasion des conseils que nous venons d'exprimer : nous pensons

(1) Voir la communication de MM. VAN LEYNSEELE, VAN WETTER et DENEFFE de Gand, à l'Académie de médecine de Belgique. 1866.

certes avec Duparcque que les antispasmodiques, tels que le camphre et le musc, pourront remédier aux troubles de l'innervation ; cependant quand le collapsus est porté très-loin, l'emploi des excitants, en particulier du vin, nous paraît indiqué. Mais ce traitement, comme le dit Churchill, doit être fait avec une grande réserve, de façon à atteindre le but sans le dépasser.

Duparcque préconise dans la péritonite consécutive, l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux : nous croyons qu'on pourra avantageusement y joindre de fortes doses d'opium ; nous verrons plus loin pourquoi.

D. *Traitement curatif des ruptures utérines produites par des corps vulnérants.* — Quatre cas peuvent se présenter :

1° Si le travail se déclare quelque temps après la rupture, on fera l'accouchement comme d'habitude.

2° Si l'enfant peut être extrait au moment de l'accident par la plaie abdominale, on le retirera.

3° Mais si, comme dans le fait rapporté par Schmucker, un membre de l'enfant est sorti seul par la plaie utérine, et si en outre la rétraction de la matrice sur la partie fœtale engagée dans la crevasse utérine est telle qu'on ne peut extraire l'enfant par les voies naturelles ou par la plaie de l'utérus, alors il ne reste plus qu'à agrandir cette plaie jusqu'à ce qu'elle puisse donner passage à la totalité du fœtus. C'est ce que fit Schmucker dans le cas qu'il relate.

4° Supposons enfin que, dans un cas de rupture utérine produite par un corps vulnérant, le travail ne se déclare pas, et que d'autre part la plaie utérine soit trop petite pour permettre la sortie de l'enfant par cette voie, que faire ? Si la femme est dans un état satisfaisant, on se bornera à prévenir par des applications d'eau froide l'hémorrhagie, l'engorgement sanguin local et l'inflammation consécutive. On emploiera ensuite contre celle-ci des antiphlogistiques et des opiacés. Mais si des accidents graves se déclarent, alors il faudra provoquer l'accouchement par un des moyens ordinairement employés.

E. Extraction de l'arrière-faix. — Quatre cas peuvent encore se présenter :

1° L'enfant et le placenta étant tous deux dans la matrice, on extrait le placenta après l'enfant, comme dans un accouchement ordinaire.

2° L'enfant est passé dans le ventre et le placenta reste dans la matrice ; dans ce cas le placenta est extrait avant l'enfant.

3° L'enfant et le placenta sont tous deux dans le ventre : dans ces conditions, ils sont retirés tous deux, soit par les voies naturelles, soit par la gastrotomie.

4° L'enfant est dans le ventre, le placenta dans la matrice ; on retire l'enfant par la gastrotomie. Seulement la matrice se rétracte tellement sur le gâteau placentaire, qu'il est impossible de retirer le placenta par la crevasse utérine ; que faire ? Duparcque conseille de lier le cordon ombilical à une tige résistante et de faire passer cette tige à travers la crevasse utérine, la matrice et le vagin, de façon à ce que le placenta puisse être extrait par les voies naturelles, à l'aide de tractions exercées sur le cordon ombilical.

F. Traitement curatif de certains phénomènes de la rupture. — Les phénomènes qui doivent maintenant fixer notre attention sont l'hémorrhagie, la syncope et la péritonite.

1° L'hémorrhagie. — Tout d'abord on peut mettre de la glace sur le ventre ; on donnera à l'intérieur des boissons froides, de l'alun, de l'acide sulfurique, du perchlorure de fer, de la teinture de cannelle, etc. La femme sera couchée à plat, le bassin étant plus élevé que le reste du corps.

On examinera ensuite si l'enfant est encore dans la matrice, ou bien si la crevasse utérine n'est pas occupée par une partie fœtale, par les annexes du fœtus ou par des anses intestinales. Si l'enfant est encore dans la matrice, on l'extraira le plus vite possible. On dégagera la crevasse utérine, si elle est occupée par une des parties que nous venons d'énumérer. En agissant ainsi, quel but poursuit-on ? On veut favoriser la rétractilité utérine, qui, comme nous l'avons dit plus haut, est une des conditions les plus favorables à la cessation de l'hémorrhagie.

Il se peut que, malgré toutes ces précautions, le sang continue à couler, parce que la matrice ne se rétracte pas encore bien. Dans ce cas, on usera de tous les moyens qui peuvent ranimer la rétractilité utérine, tels que les réfrigérants sur l'abdomen, les frictions hypogastriques et le seigle ergoté.

• Enfin, si ces derniers moyens ne réussissent pas, il faudra recourir à la compression de l'aorte.

Peut-on user du tamponnement pour arrêter cette hémorrhagie? Evidemment non, parce que si le sang, à cause de l'obstacle placé dans le vagin, ne peut plus s'écouler à l'extérieur, il passera dans la cavité péritonéale. Il faut aussi complètement s'abstenir d'injections hémostatiques, parce que le liquide injecté pénètre dans la cavité abdominale.

2° La syncope. — Le traitement de la syncope n'offre dans ce cas rien de bien spécial : on fera des aspersion d'eau froide sur le visage, des lotions vinaigrées, des frictions ; on appliquera sous le nez des substances odorantes, etc.

3° La péritonite. — Trois méthodes principales de traitement ont été préconisées contre cette maladie : la première consiste à appliquer de nombreuses sangsues sur l'abdomen, de larges cataplasmes de farine de lin, et à prescrire des bains de siège : on donne en même temps de l'opium à l'intérieur.

La seconde consiste à mettre de la glace sur le ventre et à faire prendre de l'opium à la malade.

Enfin dans la troisième méthode, on donne à l'intérieur du calomel ou du sulfate de quinine.

Il nous paraît que les applications de sangsues sur le ventre, lesquelles sont utiles dans certains cas, ne peuvent être indiquées quand la femme a perdu beaucoup de sang. Quant aux bains de siège, ils ont le grand inconvénient d'exposer la malade à des refroidissements.

Le meilleur moyen de traitement nous semble être l'emploi de l'opium uni à des applications de glace sur le ventre : dans certains cas, l'application de la glace sur l'abdomen pourra être précédée de l'application d'un nombre plus ou moins considérable de sangsues.

L'opium sera donné à larges doses ou à petites doses répétées, de manière à agir rapidement sur le système nerveux : ce médicament plonge alors l'organisme dans un état d'assoupissement qui modère l'intensité des symptômes de la péritonite.

Inutile de dire que la malade sera mise à une diète sévère.

G. — *Traitement curatif de la hernie intestinale qui peut se faire à l'intérieur de la matrice.* — Quand une femme atteinte de rupture utérine est délivrée, la première chose à faire pour l'accoucheur c'est d'explorer attentivement la crevasse utérine, pour dégager les anses intestinales qui peuvent venir s'y placer.

Mais il se peut que les intestins refoulés dans le ventre viennent, quelques instants après, se replacer dans la crevasse utérine : que faire pour les maintenir dans la cavité abdominale ? Il faut alors suivre le conseil de Rungius, c'est-à-dire, repousser les intestins, et tenir la main dans la cavité utérine jusqu'à ce que l'organe gestateur se soit assez rétracté et la déchirure assez rétrécie pour empêcher la reproduction de la hernie.

Si en pratiquant la gastrotomie on remarque que quelques portions du tube intestinal ont pénétré dans la matrice, il faut de même les en dégager ; mais quand on n'a pu les réduire au moment de l'accouchement, ou que leur passage n'a eu lieu qu'après la délivrance, il survient bientôt après des accidents semblables à ceux d'une hernie étranglée. On doit, en pareil cas, s'il est possible de le faire, porter la main dans la matrice pour s'assurer si effectivement ces accidents dépendent bien de la présence des intestins dans la cavité de ce viscère ; et si on les y trouve, on essaiera de les réduire par cette voie ; mais si l'on ne peut y parvenir, il faudra pratiquer la gastrotomie pour dégager l'intestin (Deneux).

H. *Traitement curatif des abcès consécutifs à la rupture utérine.* — Nous avons vu que ces abcès pouvaient se présenter quand l'enfant n'était pas retiré du sein maternel, et aussi quand, le fœtus ayant été extrait, on avait affaire à une rupture incomplète interne. La conduite de l'accoucheur est la même dans ces deux cas.

• Aussitôt qu'une tumeur quelque peu fluctuante pourra faire

croire à la présence d'un abcès, on se hâtera d'ouvrir cette tumeur, soit à l'aide du bistouri, si on n'a plus de doute sur l'existence de la collection purulente et si l'on se trouve dans une région où aucun organe essentiel ne puisse être atteint; soit à l'aide de la pâte caustique de Vienne, si le diagnostic est encore en suspens, ou si l'on se trouve dans le voisinage de vaisseaux ou d'autres organes importants. L'abcès une fois ouvert, s'il se présente des parties osseuses à l'orifice, on les tirailera légèrement tous les jours : en outre, on facilitera la libre sortie du pus et des parties osseuses, s'il y en a, en dilatant les trajets fistuleux à l'aide du laminaria digitata.

En même temps, on soutiendra les malades à l'aide d'une alimentation tonique, du vin et des préparations de quinquina. Autant que possible, on ne les laissera pas croupir dans leur lit.



TUMEURS UTÉRINES SURVENANT EN L'ABSENCE D'UN DE CONCEPTION.

www.libtool.com.cn

ruptures sont beaucoup plus rares que celles qui surviennent pendant l'état de gestation de l'organe ; elles se produisent de deux manières : la matrice peut se déchirer en dehors, ou bien du dehors vers le dedans.

Ruptures s'opérant de dedans en dehors. — Les causes de la matrice s'est faite du dedans vers le dehors sont très rares : on n'en connaît jusqu'à présent que deux. Les ruptures se produisent ordinairement de la façon suivante : soit l'utérin est imperforé, ou bien par l'effet de l'âge avancé, dur, presque cartilagineux, de telle sorte que le col, au lieu d'être dilaté, est rétréci et quelquefois même oblitéré. Dans ces conditions, le sang menstruel ou les mucosités, qui s'écoulent de l'intérieur de la matrice, ne pouvant point passer par le col utérin, s'accumulent dans la cavité de l'utérus et le distendent ; cette distension prolongée peut enfin aboutir à la rupture, comme le prouvent les trois faits suivants. — Une dame cessa d'être menstruée à l'âge de cinquante ans. A cinquante, elle s'aperçoit qu'une tumeur se forme dans son ventre ; celle-ci augmente progressivement et devient énorme ; on s'assure qu'elle est formée par le développement de la matrice. Dans un des deux cas suivants, la rupture a eu lieu.

devenaient insupportables, la malade éprouva une sensation particulière dans le ventre; les douleurs cessèrent; la tumeur de l'hypogastre s'affaissa; la malade s'affaiblit et mourut le lendemain. A l'ouverture du corps, on trouva la cavité péritonéale remplie par une énorme quantité de sang noir et corrompu. L'utérus était resté dilaté, béant; ses parois consistantes et épaisses s'amincissaient vers le fond de ce viscère, qui, en cet endroit, offrait une ouverture à bords déchiquetés. Le col utérin était cartilagineux et complètement oblitéré. D'après cette disposition et les signes qui s'étaient manifestés pendant la vie, il est évident que le sang épanché provenait de la cavité utérine, d'où il avait passé dans l'abdomen par la rupture qui s'était faite au fond de cet organe (Duparcque).

2^e observation. — Une femme de cinquante-trois ans, ayant cessé de voir ses règles, présenta un développement très-considérable du ventre, et mourut après des vomissements répétés d'une matière noirâtre analogue à du marc de café. A l'autopsie, on trouva l'utérus, d'un volume énorme, adhérent à l'estomac et communiquant avec lui par une perforation: ce qui avait permis au sang menstruel, altéré et accumulé en grande abondance dans la matrice, d'être rejeté par le vomissement (Duparcque).

3^e observation. — Le docteur Guzzo, de Naples, a rapporté, il y a quelque temps, une observation tout à fait semblable aux deux précédentes; seulement sa malade n'avait que trente-huit ans (Churchill).

La rupture utérine pourrait encore se produire par le fait d'un abcès des parois de l'utérus, lequel s'ouvrirait tout à la fois dans l'intérieur de la matrice et dans la cavité péritonéale.

Comme on le voit, dans le cas qui nous occupe, on a d'abord une tumeur plus ou moins volumineuse à la région hypogastrique; cette tumeur offre quelquefois une certaine fluctuation; on sent qu'elle renferme un liquide. La femme chez laquelle cette tumeur s'est développée peut être arrivée à l'âge nubile; dans ce cas, il survient des douleurs à chaque époque menstruelle, sans que cependant il s'écoule une goutte de sang par la vulve;

si on examine cette femme à l'aide du spéculum, on trouve que le col utérin est oblitéré. Mais la malade peut avoir dépassé l'âge critique : alors il y a encore des douleurs ; seulement elles ne se présentent plus d'une façon régulière ; si l'on soumet une telle femme au spéculum, on trouve le col utérin dur et fermé.

Comment pourra-t-on distinguer la matrice ainsi distendue d'une vessie remplie d'urine ? Au moyen de trois choses principales : d'abord les commémoratifs, ensuite l'exploration locale et surtout l'application du cathéter.

Quant au diagnostic différentiel entre cette maladie et la grossesse, il nous paraît que la sensation de fluctuation, que l'on percevra dans certains cas, l'absence des bruits du cœur et des mouvements actifs du fœtus et quelquefois l'âge de la femme éloigneront toute idée douteuse.

Si l'on ne remédie pas à cette affection, si l'on ne procure pas un libre écoulement aux liquides contenus dans la matrice, en incisant ou en ponctionnant le col utérin, que l'on prenne garde, car la tumeur, augmentant de plus en plus, se rompra subitement et alors la femme présentera les symptômes d'une hémorrhagie interne ; le ventre s'affaissera et deviendra plus souple.

Les considérations précédentes permettront de distinguer une rupture utérine dans ce cas, d'une rupture survenant dans un autre organe ou viscère abdominal. En effet, nous avons vu plus haut les moyens de distinguer une rupture de l'utérus dans l'état de vacuité, d'une rupture d'une vessie distendue par de l'urine. Nous ajouterons ici que la rupture de l'estomac ne se produit ordinairement que quand un cancer ou un ulcère existe depuis un certain temps et a par conséquent pu être bien diagnostiqué, que la rupture de l'intestin est généralement amenée par des ulcérations typhiques ou tuberculeuses, et qu'enfin la rate, le foie et les reins ne se rompent ordinairement qu'après des violences extérieures.

Le pronostic de cette affection est très-grave : en effet, les trois cas que nous possédons ont donné trois morts. Certains auteurs soutiennent même que le pronostic est plus grave dans

ces ruptures que dans celles qui surviennent pendant la grossesse, parce que, disent-ils, le liquide épanché dans le péritoine, quand on a affaire à une rupture de l'utérus, est altéré, et par conséquent irritant; il doit donc agir plus énergiquement sur la séreuse abdominale que le sang, les eaux amniotiques ou le fœtus, dans les cas de rupture survenant pendant l'état de gestation.

Le traitement de cette affection est essentiellement prophylactique : le seul moyen d'empêcher une horrible catastrophe, c'est d'inciser le col utérin. Néanmoins, l'on peut être appelé près d'une femme qui vient d'éprouver cet accident; que faire alors? On conseille généralement de relever les forces de la femme par les stimulants, le vin, et puis de traiter convenablement la péritonite consécutive. Si l'on était parfaitement sûr de son diagnostic, il nous paraît qu'on pourrait pratiquer la gastrotomie, pour nettoyer la cavité abdominale des liquides irritants qui s'y trouvent épanchés.

B. *Ruptures s'opérant de dehors en dedans.* — La matrice peut être atteinte dans l'état de vacuité par des instruments piquants ou par des armes à feu; les instruments contondants ou tranchants pourraient peut-être l'atteindre, mais il faudrait alors qu'elle fût considérablement développée par le fait d'un hémomètre ou d'un hydromètre. En effet, dans ce cas, elle viendrait se placer derrière les muscles abdominaux, et les corps contondants ou tranchants pourraient étendre leur action jusqu'à cet organe.

Les symptômes des plaies de la matrice sont les mêmes que ceux des plaies pénétrantes de l'abdomen; il y a une douleur dans la région hypogastrique, des vomissements, un écoulement de sang par le vagin : ce dernier symptôme manque quelquefois.

Le conseil à donner dans les cas où cet accident se présente, consiste surtout à empêcher l'hémorrhagie par l'application de la glace sur l'abdomen, à administrer des hémostatiques à l'intérieur et à combattre la péritonite traumatique par l'opium et l'application de glace et de sangsues sur le ventre.



NOTE MÉDICO-LÉGALE.



M. Tardieu, dans sa *Mémoire médico-légale sur l'avortement*, a fait des recherches sur la fréquence des ruptures de l'utérus. Clarke et Povvel, dans leur *Statistique*, ont noté seulement 20 ruptures sur 24 sur 15,823; M^{me} Lachapelle en rencontrait 2,000 à 2,500 accouchements. Je dois, ajouter M. Tardieu, à l'obligeance du docteur Wieland, a recueilli, dans les hôpitaux, une statistique beaucoup plus complète et plus nettement décisive : celle des ruptures de l'utérus à la Maternité de Paris pendant vingt années. De 1848 à la fin de juin 1858, sur 28,299 accouchements, il ne s'est pas produit un seul cas de rupture de matrice; de 1848 à la fin de juin 1858, sur 28,299 accouchements, il y a eu 11 ruptures de l'utérus (1). Toutes ces ruptures se sont produites pendant le travail de l'accouchement. Cette statistique est donnée par M. Tardieu, pour montrer la grande rareté des ruptures spontanées de l'utérus et 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 (Churchill).

Nous avons recherché dans les observations que nous possédons combien il y avait de ruptures spontanées et de ruptures traumatiques. Nous avons rangé dans la première catégorie

(1) Nous avons établi plus haut qu'en moyenne il y avait 4 rupture utérine sur 2,200 accouchements.

toutes celles qui ont été produites par le *fait seul*, soit des contractions utérines, soit du ramollissement, de l'amincissement, des cicatrices des parois de l'utérus, soit par une anomalie de l'organe gestateur. Nous avons rangé dans la deuxième catégorie toutes celles qui sont dues à des corps vulnérants, à des causes comprimantes, au seigle ergoté, à des manœuvres abortives, à des manœuvres obstétricales, provoquées soit par une hydrocéphalie, une position vicieuse, un rétrécissement du bassin, ou toute autre cause dystocique. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé : sur 100 cas de rupture utérine, 89 fois la rupture est traumatique; elle est 11 fois spontanée. Sur les 89 cas de rupture violente, 74 fois la cause traumatique agit au moment de l'accouchement et 15 fois pendant la grossesse. Quant aux 11 cas de rupture spontanée, il y en a 7 qui se produisirent au moment de l'accouchement et 4 pendant la grossesse. Ce dernier chiffre se décompose ainsi : 1 rupture à 3 mois, 1 à 4 mois, 1 à 5 mois et 1 à 8 mois. La conséquence est que, sur 10 ruptures utérines, il y a en moyenne 1 rupture spontanée, et comme nous avons établi que 1 rupture utérine se présente environ sur 2,200 accouchements, il s'ensuit qu'il y aura 1 rupture spontanée sur 22,000 accouchements.

Les ruptures spontanées sont donc fort rares; cependant, il nous paraît que si le médecin légiste doit se montrer sévère dans ses appréciations, comme le dit le savant professeur de l'école de Paris, il doit aussi se souvenir qu'une rupture spontanée peut arriver au moment de l'accouchement ou pendant la grossesse, par l'*effet seul* de contractions utérines trop violentes, d'une ancienne cicatrice, du ramollissement, de l'amincissement, d'une anomalie de l'organe gestateur.



www.libtool.com.cn



BIBLIOGRAPHIE.



Voici la liste des auteurs que nous avons consultés et qui se sont occupés des ruptures utérines :

- ARNOT. *De utero in partu rupto.* Breslau, 1834.
ASTRUC. *L'art d'accoucher*, p. 288 et suiv.
AVELING. *Rupture utérine.* — *Medical Times*, t. II, p. 502, 1859.
BARBAUT. *Cours d'accouchements*, t. I, p. 65.
BAUDELOCQUE. *L'art des accouchements*, t. II, troisième édition.
BEHLING. *Casus rupti in partu uteri*, Altorf, 1736.
BELL (Ch.). *Action of the uterus producing rupture.* (*Medico-chir. Trans.*, 1813, t. XIV, p. 344.)
BLEYNE. *Rupt. de la matrice.* (*Gaz. méd.*, 1835.)
BLUFF. *Rupt. utér.* (*Journ. de Siebold*, 1835, t. XV, p. 290.)
BIRCH. *Rupt. utér.* (*Arch. gén. de Méd.*, 1^{re} série, t. XIX, p. 98.)
BOURGEOIS (de Tourcoing). *Rupt. utér.* (*Monit. des Sciences*, 1862.)
BROOK. *Rupt. utér.* (*Med. gaz.*, 17 janvier 1829.)
BURNS. *The principles of midwifery*, in-8°, dixième édition, Londres, 1843, p. 300. (Traduit en français sous le titre de : *Traité des accouchements, des maladies des femmes et des enfants*, par Galliot, sur la neuvième édition. Paris, 1840. 4 vol. in-8°.)
BURTON. *Système nouveau et complet de l'art des accouchements*, t. I.
CARFASSI. *Rupt. utér.* (*Gaz. hebdomad.*, 1854.)
CATHALL. *Medical facts and observations*, 1800, t. VIII, p. 446.
CAZEAUX. *Traité théor. et prat. de l'art des accouch.*, septième édition, 1867, grand in-8°, p. 744.
CÉCONI, in FRANK. *Observation d'une rupture de l'utérus guérie par la gastrotomie.* (*Journal universel*, 1819, t. XIV, p. 107.)
CHEVREAU. *Rup. utér.* (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1867.)
CHRISTINI. *Sur les rupt. de la matrice pendant l'accouchement*, Paris, 1804.
CHURCH. *Rupt. utér.* (*Lancet*, 49 mai 1849.)
CHURCHILL (Fletwood). *Maladies des femmes.* (Traduct. franç. Paris, 1866, p. 860.)
CLARKE. *Rupt. utér.* (*Trans. of Associat.*, vol. I.)
COLLINS. *A practical treatise on midwifery.*
COOPER. *Rupt. uter.* (*British med. Journ.*, 1859.)

- COPEMANN. *Rupt. utér.* (Dublin med. Press, 2^e série, t. VI, p. 92, 1862.)
- COQUIN. *Bullet. de la faculté*, 1842, p. 86.
- CRANTZ. *Dissertat. sur la rupture de la matrice*. Vienne, 1756.
- CRIGHTON. *Rupt. utér.* (Edimb. med. Journal, 1864.)
- CRUVEILHIER. *Anatom. pathologiq.*, onzième livraison, pl. VI, fig. 2.
- DAVIS. *Obstetric.*, vol. II, p. 70.
- DELAMOTTE. *Traité des accouchements*, t. II.
- DENEUX. *Essai sur les rupt. de l'utérus*. Paris, 1804, in-4^o.
- DENMANN. *Introduct. of the practice of midwifery*, deuxième édition. Lond., 1804.
- DEZEIMERIS. *Rupt. de la matrice.* (Journal l'Expérience, 1839.)
- DIONIS. *Anatomie. Dissertation sur la génération.*
- DOUGLAS. *Observat. on an extraordinary case of rupture of uterus.*
- DOUGLAS. *the uterus.*
- DUBOIS (Paul). *30 volumes, article Rupture utérine.*
- DUMAY. *de la matrice.* (Journal général, 1798,
- ruptures et des déchirures de l'utérus.
- DUPARCQUE. *sans déchirure du péritoine. Transact.*
- DUPRÉ-LATOURE. *78.*
- FABER. *id.*, 1842.)
- FABRICE DE HILDEN. *rus.* (Wiener med. Press, t. VI, 1865.)
- FRANQUE. *f Associat.*, vol. II, p. 45.)
- FRILLEUX. *ourn.*, t. VIII, p. 334.)
- FRIZELL.
- GARTSHORE.
- GIPRAT. *These de Paris*, 1002.
- GOODSIR. *Annals of Medic.*, t. VII, p. 442.
- GREEN. *Case of the extraction of a living fetus from a women killed by violence. Medic. chir. Trans.*, 1822, t. XII, p. 47.
- GRÉGOIRE. *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, année 1724.
- GRENSER. *Rupt. uter. Schmidts encyclopedie des gesamtten medicin*, supplementar-band III, p. 229.
- GUELMAZ. *De rupturâ uteri.* Lipsiæ, 1756.
- GUIBERT et MOULIN. *Arch. gén. de Méd.*, 1825, t. IX, p. 394.
- GUILLEMEAU. *De l'heureux accouchement*, liv. II, ch. XIII.
- HAIME DE TOURS. *Journ. gén. de Méd.*, déc. 1829.
- HALLER. *De rupto in partû utero.* Gottingue, 1749.
- HAMILTON JAMES, junior. *Outlines of midwifery.* Edimbourg, 1826.
- HAMILTON JAMES. *Select cases in midwifery*, p. 138.
- HATIN. *Cours d'accouchements.* Paris, 1835.
- HAVILAND. *Presse médicale belge*, mai 1863, et *the Lancet*.
- HECKER. *Rupt. uter. Monatss. für Geburts.*, avril 1868, p. 292.
- HEIM. *Bullet. de Férussac*, 1829, vol. XIX, p. 85.
- HEISTER. *Inst. chir.*, 2^e partie, p. 728.
- HENDRIE. *Amer. journ. of Medic. sciences*, vol. VI, p. 351.
- HENSCHELL DE BRESLAU. *Journ. de Siebold*, t. VIII, p. 347.

- HERVIEUX. *Traité clinique et pratique de maladies puerpérales*, Paris, 1870, p. 283.
- HORBEKE. *Trois observations de rupture utérine communiquées à l'Académie de Médecine de Belgique*.
- HOOPER. *Mem. of med. Soc.*, vol. II, p. 118.
- HUBERT. *Cours d'accouchements*. Louvain, 1869.
- HYERNAUX. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. Bruxelles, 1866, deuxième édition.
- INGLEBY. *Essays on the lacerations of the uterus and the vagina*. (Dublin Journ., 1836, n° 24.)
- JOLLY. *Rupt. utér.* (Arch. de Méd., 1868, 2^e série, t. XII, p. 303.)
- JOULIN. *Traité d'accouchements*. Paris, 1868, in-8°.)
- Journal complémentaire des Sciences médicales* — une observation de rupture utérine sans nom d'auteur, — t. XLI, p. 200.)
- KATSER. *Rupt. utér.* Copenhague, 1844.
- KERN. *Canstatt's Jahrsbericht*, t. IV, p. 445, 1852.
- KINLAY. *Glasgow med. Journ.*, n° 35, oct. 1864.
- KITE. *Mem. of med. Soc.*, vol. IV, p. 253.
- LABATT. *Dublin med. Essays*, p. 343.
- M^{me} LACHAPELLE. *Huitième mémoire sur la pratique des accouchements*.
- LAIR. *Journ. gén.*, vol. I, p. 187.
- LAMARE-RICO. *Thèse de Paris*, 1822.
- LIND. *De rupturâ uteri*. Erford, 1772.
- MACARTNEY. *Dublin Journ.*, t. VIII, p. 442,
- MAC CLINTOCK. *Symptôme nouveau de la rupt. utér.* (Dublin quarterly Journ., 1857, t. XXIV, p. 450.)
- MAC-INTYRE. *Med. Gaz.*, vol. VII, p. 9.
- MAC-KEVERS. *Practical remarks on laceration of the uterus and the vagina, with cases*. Lond., 1824.
- MALGAIGNE. *Gaz. méd.*, 1832, t. III, p. 60.
- MAIGRIER. *Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouch.*, deuxième édition. Paris, 1847, in-8°, p. 264.
- MATTEI. *Thèse de Paris*, 1860.
- MAURICEAU. *Observations sur la grossesse et l'accouchement*.
- MEACHAN. *Medical Times*, t. I, p. 459, 1859.
- MERRIMAN. *Synopsis of the various kinds of difficult parturitions appendix*. Lond., 1826.
- MILLER. *Edimb. Journ.*, t. XXXI, p. 444.
- MIQUEREZ. *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1857.
- MITCHELL. *Arch. gén. de Méd.*, 1843, 4^e série, t. II, p. 105.
- MONBERT. *Journ. des connaissances medico-chirurg.*, 1833, t. I, p. 153.
- MONDIER. *Mémoire sur la rupture du vagin et de la matrice, etc.* (Revue Médicale française et étrangère, 1836.)
- MORDERET et MOYNIER. *Sur la mort subite dans l'état puerpéral*. Paris, 1858.
- MULLER. *Dissertatio sistens casum rarissimum uteri in partu rupti*. Basill., 1745.
- MURPHY. *Dublin Journ. of Méd.*, vol. VII, p. 498.
- NEILL. *The medical Examiner*, sept. 1854 et *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 413.

- NÆGELÉ. *Traité pratique de l'art des accouchem.* Paris, 1869, in-8°.
- OZANAM. *Rupt. utér.* (*Journ. gén. de Méd.*, t. LXI.)
- PARTDRIGE. *Med.-chir. Transact.*, vol. XIX, p. 72.
- PATERSON. *Amer. med. Journal*, 1854.
- PEU. *Pratique des accouchements.*
- PISTOR. *De fœtû e rupto utero in abdomen prorumpente*, 1716.
- PLENK. *Eléments de l'art des accouchements.*
- POITAIN. *Thèse de Paris*, 1859.
- PORTAL. *Pratique des accouchements.*
- POVVEL. *Med. chir. Transact.*, vol. XII, 2^e partie, p. 537.
- QUELMAZ. *De uteri rupturâ.* Lipsiae, 1750.
- REY. *Thèse de Paris*, 1822.
- RITTER. *Gaz. méd.*, 1844.
- ROBERTSON. *Phis. and diseases of women and midwifery*, p. 312.
- ROBIQUET. *At* *éd. de Gand*, 1859.
- SAVIARD. *Ni* *t. chirurg.* Paris, 1784.
- SAXTORPH. *At* 1783.
- SCERRA. *Il* 1835.
- SCHMIDT. *De* *ottingue*, 1825.
- SCHROETER. *Pl* *ptura.* Rintel, 1780.
- SCOTT. *M* *t. VII.*
- SIMPSON. *Pl* *mai* 1869.
- SOUZA-FERRA. *M* *e sciencias de Lisboa*, 1799.
- SPARK. *M* *et t. III*, p. 218.
- STEIDELE. *D* *part. dolor. utero.*
- STOBY. *R* *ec passage de l'œuf intact dans le*
, 1850, p. 383.
- STOLZ. *Ni* *ment incomplet d'une des moitiés de*
de Strasbourg, 1849.
- TARDIEU. *Étude médico-légale sur l'avortement.* Paris, 1863.
- TAURIN. *Thèse de Paris*, 1853.
- THIBAUT. *Journ. de Méd.*, n° de nov. 1754
- TOULAIN-BEAUREGARD. *Journ. de Méd.*, t. XIX, p. 68.
- TRASK. *Monographie des rupt. utér.*, dans *the American Journ. of*
Medic. sciences. Janv. et avril 1848.
- TRESLING. *De rupturâ uteri.* Groningue, 1835.
- UNDERWOOD. *Lond. méd. Journ.*, t. VII, p. 321.
- VELPEAU. *Traité complet de l'art des accouchements.* Paris, 1835,
2 vol. in-8°.
- VAUDIN DE JERSEY. *The Lancet*, 30 septembre 1854.
- VILLENEUVE. *Thèse de Montpellier*, 1830, n° 53.
- WIECKEL. *Med. Zeit.*, 1854.
- WHITE. *The Dubl. journal of Medic. and surg. sciences*, 1834.
- WEISS. *Gaz. méd.*, 1838, p. 652.
- WILSON. *Annales of Medic.*, t. II, p. 347 et t. IV, p. 404.



PROPOSITIONS OU THÈSES.



I.

Le ramollissement et l'amincissement des parois de l'organe gestateur, qui surviennent dans certaines maladies, constituent l'une des principales causes prédisposantes à la rupture utérine.

II.

La rupture utérine peut se produire subitement, pendant une manœuvre obstétricale, malgré toute la dextérité et la prudence apportées dans son exécution.

III.

On ne doit recourir au *seigle ergoté* pendant le travail qui se prolonge, que lorsque l'impuissance de la matrice est seule cause du retard, et qu'il est assez avancé, pour qu'à l'aide de l'*ergot*, sa terminaison puisse être attendue prochainement.

IV.

Les contractions de la matrice, sous l'influence de l'*ergot*, quand elles se prolongent au delà d'une heure, compromettent ordinairement la vie du fœtus.

V.

La cessation subite des douleurs, l'hémorrhagie externe, l'emphysème hypogastrique et la mort subite du fœtus, constituent quatre faits, qui, par leur réunion, indiquent d'une façon quasi indubitable, la rupture utérine au moment de l'accouchement.

VI.

Pour diminuer l'intensité des contractions utérines, les préparations opiacées nous paraissent beaucoup préférables aux inhalations anesthésiques.

VII.

Quand la rupture utérine arrive pendant le travail, l'extraction immédiate de l'enfant est ordinairement le principal moyen curatif.

TABLE DES MATIÈRES.



	Pages.
AVANT-PROPOS	2
PRÉLIMINAIRES	3
CHAP. I. — Étiologie.	8
CHAP. II. — Anatomie pathologique	39
CHAP. III. — Symptômes	54
CHAP. IV. — Diagnostic.	70
CHAP. V. — Phénomènes consécutifs à la rupture	77
CHAP. VI. — Terminaison. — Durée	84
CHAP. VII. — Pronostic	92
CHAP. VIII. — Traitement	95
CHAP. IX. — Des ruptures utérines survenant en l'absence d'un produit de conception.	440
NOTE MÉDICO-LÉGALE	444
BIBLIOGRAPHIE	447
PROPOSITIONS OU THÈSES	424



www.libtool.com.cn



www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

www.libtool.com.cn