

**NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES  
PUERPÉRALES**

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

III. EXEMPLE DE RUPTURE DE L'UTÉRUS.

**OBSERVATION.** — *Grossesse à terme. — Douleurs. — Tentatives obstétricales ; insuccès. — Rupture de l'utérus. — Péritonite. — Mort. — Autopsie.*

R... Clarisse, 36 ans, piqueuse de bottines, est entrée le 14 octobre 1869 à l'hôpital Saint-Louis, salle Ferdinand, n° 1. Régliée à 13 ans, elle a eu son premier enfant à 19 ans ; le second, à 20 ans ; le troisième, à 21 ans (présentation du siège, application du forceps) ; le quatrième à 25 ans ; une fausse couche (six mois) à 24 ans ; le sixième enfant, à 26 ans ; le septième, à 28 ans ; le huitième, à 31 ans ; le neuvième, à 34 ans 1/2. La malade, enceinte pour la dixième fois, n'a pas vu ses règles depuis le 10 janvier. La grossesse a été moins bonne que les précédentes, car elle s'est accompagnée de sensations de pesanteur, de douleurs dans les

<sup>1</sup> Voir *Revue photographique*, 1870, pages 155, 176, 216 et 247.

aines, le bas-ventre, obligeant cette femme à se placer dans le décubitus dorsal pour les calmer.

Le 10 octobre, R... n'éprouvait aucun malaise, mais dans la nuit du 10 au 11, elle eut des douleurs très-fortes. A neuf heures du matin, le 11 octobre, elle perd les eaux de l'œmnios. Une sage-femme qu'elle avait appelée dit qu'elle sentait une main, et après avoir fait plusieurs explorations alla chercher un médecin. Celui-ci aurait déclaré que la présentation était normale.

R... affirme que le médecin et la sage-femme l'ont touchée une dizaine de fois, et ont même introduit la main entière dans le vagin. A partir de ce jour, le médecin n'a pas reparu. Quant à la sage-femme, elle aurait continué chaque jour ses visites, et à chaque fois l'aurait touchée de nouveau. Les douleurs ont été très-fortes, le 11 et le 12 octobre, semblables à celles qu'elle avait ressenties aux couches précédentes. Elles ont cessé tout à fait le 13. Depuis le 11 jusqu'à ce matin, la malade dit avoir eu des vomissements verdâtres, abondants, ne plus sentir remuer son enfant depuis un mois; et, enfin, ne pas avoir ressenti de douleurs vives, subites, durant les explorations dont nous avons parlé.

Le *toucher*, pratiqué le 14 octobre dans la soirée, fut assez difficile, parce que le col de l'utérus était situé tout à fait à droite, et à une assez grande hauteur. Il permet de reconnaître que la dilatation était peu avancée (environ 2 centimètres  $\frac{1}{3}$ ), et que les bords de l'orifice étaient tendus, irréguliers. On sentait la tête du fœtus, sans interposition de la poche des eaux, et, de plus, une sorte de chevauchement des os de la tête les uns sur les autres. L'auscultation ne fait pas découvrir les bruits du cœur. Le *palper abdominal* est douloureux et à peu près au même degré dans tous les points. Bagnols; bain.

15 octobre. Pouls très-petit, 120. Le *toucher*, pratiqué par M<sup>re</sup> SOYRE, donne les mêmes résultats qu'hier. La malade a eu, cette nuit, des vomissements bilieux abondants. La *péritonite* est évidente. A quoi est-elle due? Probablement à une *rupture de l'utérus*. Cataplasmes laudanisés, toniques.

*Soir*. Langue large, légèrement rouge, avec enduit blanchâtre; sécheresse de la bouche; soif vive; pas de vomissements depuis le matin; ventre un peu ballonné, partout sensible à la pression et, en particulier dans les flancs; six selles abondantes, diarrhétiques. *fetides*. Pouls très-petit, à 152. Pommettes rouges, chaudes. Les traits sont un peu tirés; les yeux modérément enfoncés; la voix nor-

male. — Cataplasmes laudanisés; frictions onguent napolitain; potion de Todd; Bagnols; 1 pilule extrait thébaïque, 0<sup>gr</sup>,05; glace.

16 octobre. P. 116, petit, fréquent. Les symptômes n'ont pas changé; la diarrhée persiste. — Soir : P. 120-124. Même état.

17 octobre. Le pouls varie de 120 à 128 du matin au soir. Écoulement d'un liquide fétide par le vagin; pas de sang. Traitement *ut supra*.

18 octobre. Pas de changement. Le col ne s'est pas modifié. Pouls 116 et 124. Point de vomissements depuis le 15.

19 octobre. Le matin, pouls à 136; le soir, à 124; respiration costale à 28. Les yeux sont enfoncés dans leurs orbites, le regard sans expression; la conjonctive oculo-palpébrale a une teinte subictérique. La face, la peau, en général, sont jaunâtres. Langue sèche, rouge au centre, saburrale sur les bords; nausées; ventre le même, peu douloureux; garde-robes involontaires, fétides, noirâtres. L'auscultation ne dénote rien d'extraordinaire.

20 octobre. Nuit passable. La coloration ictérique augmente. Amaigrissement. Pas de frissons. P. 124. — Soir : P. 128, régulier; R. costale, 24.

21 octobre. La situation de la malade est toujours grave. Subdelirium. — Soir : muguet; délire; voix plus faible; se plaint sans cesse d'avoir trop chaud; seins flasques. P. 136, très-petit; R. 32.

23 octobre. Ni frissons, ni vomissements. Mêmes caractères des selles. Écoulement vaginal peu considérable, noirâtre. Miction et défécation inconscientes. Peau chaude, ni sèche, ni sudorale. Le muguet s'étend. Délire plus intense. Les autres symptômes n'ont pas changé. Il en est de même le soir. — La malade meurt le 24 octobre à six heures.

*Autopsie le 25 octobre.* La peau de l'abdomen a une couleur verdâtre. La rigidité cadavérique est très-prononcée. Les *poumons* sont un peu congestionnés à leur base. Cœur, rien. Lorsque l'on a eu incisé la paroi abdominale, il s'est écoulé un liquide sanieux, noirâtre, fétide. Le péritoine pariétal est recouvert de fausses membranes épaisses, verdâtres. Il en existe de semblables entre les anses intestinales. Le *gros intestin*, distendu, offre la même coloration. Partout les fausses membranes se rompent sans peine.

Le *placenta* est situé dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'S iliaque, et repose sur l'épaule gauche du fœtus, dont le corps,

placé au-dessous du colon transverse, est dirigé obliquement de gauche à droite et de bas en haut. Le dos regarde en avant; le bras droit appuie sur le pubis; le gauche est caché sous le placenta. Le membre inférieur gauche est fléchi, le talon accolé à la fesse droite; la jambe droite descend dans l'excavation pelvienne. Le cordon ombilical vient apparaître entre les deux membres du côté droit, puis entre eux et le tronc, remonte le long de l'épaule droite, passe derrière elle, arrive sur la nuque, et enfin aboutit au placenta.

Le corps de l'*utérus*, verdâtre, revenu en partie sur lui-même, est placé entre le côté gauche du fœtus et le rachis, et un peu plus à droite qu'à gauche. Il présente sur sa face antérieure et son bord supérieur une déchirure de 10 centimètres au moins, dont les bords sont amincis, un peu irréguliers et noirâtres.

Le fœtus a subi une macération complète. L'épiderme, soulevé, ridé, se détache en larges lambeaux. La peau est molle, flasque, d'un rouge vineux; à la coupe, elle est comme grasseuse. Les muscles sont violacés, un peu *gluants* au toucher. Les os du crâne sont, pour ainsi dire, tout à fait disséqués. Les yeux sont transformés en une masse blanchâtre<sup>1</sup>.

— La suite au prochain numéro. —

## NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES PUERPÉRALES

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

### III. EXEMPLE DE RUPTURE DE L'UTÉRUS. (*Suite.*)

Nous avons publié dans le numéro de janvier (page 25) une observation de *rupture de l'utérus*, survenue chez une multipare à la suite probablement de manœuvres maladroites. Cette femme, au

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1870, pages 155, 170, 216 et 247; — 1871, pages 25.

moment de son entrée à l'hôpital Saint-Louis (service de M. HARDY), présentait des symptômes indubitables de péritonite. Elle mourut sans accoucher douze jours après le début des accidents, neuf jours après son admission dans l'établissement. L'autopsie nous a permis de vérifier le diagnostic porté pendant la vie : rupture de l'utérus et péritonite consécutive. Au moment de la publication de cette observation, le défaut d'espace nous a empêché d'insérer les réflexions suivantes qui font ressortir les traits principaux de l'histoire de ce cas :

**RÉFLEXIONS.** I. Les causes de la rupture de l'utérus sont nombreuses. Les unes sont *prédisposantes* (multiparité, distension excessive et affaiblissement morbide des parois utérines, rétrécissement du bassin, rigidité ou imperforation du col utérin, obliquité de l'utérus ou de la tête de l'enfant); les autres sont *déterminantes* (violences extérieures, contraction de l'utérus et des muscles abdominaux, manœuvres obstétricales). Quelles causes invoquerons-nous pour expliquer la rupture observée chez notre malade ?

Tout en reconnaissant que la multiplicité des couches faites par cette femme a pu amener un affaiblissement de l'utérus, nous croyons que l'accident a eu pour origine principale les manœuvres obstétricales. Le passage suivant du *Traité* de M. Hervieux vient justifier notre opinion : « Assurément, dit-il, les manœuvres les plus habiles et les mieux justifiées peuvent, dans certains cas où les parois de la matrice ont subi une distension et un amincissement extrêmes, comme il arrive surtout chez les multipares, donner lieu à des ruptures de l'organe, mais qu'il nous soit permis de dire hautement que ce n'est pas là l'origine la plus habituelle des faits... *L'impéritie de l'accoucheur pendant l'acte parturitif*, des manœuvres coupables pendant la gestation, voilà peut-être les causes déterminantes les plus communes des ruptures utérines. » (*Loc. cit.*, p. 291.)

L'impéritie de l'accoucheur ! hélas ! elle n'est que trop fréquente et il est certain qu'elle joue un très-grand rôle dans la production des accidents qui succèdent aux couches. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler comment se fait l'enseignement clinique de cette partie si importante de la pratique médicale. Où les étudiants peuvent-ils s'instruire ? A l'hôpital des cliniques. Mais il s'y fait un nombre relativement peu considérable d'accouchements, insuffisant pour que les sages-femmes et les étudiants puissent acquérir des notions sérieuses. Et, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que la

répétition du toucher sur une même femme n'est pas sans inconvénient.

La Maternité est réservée d'une façon exclusive aux sages-femmes. Le service spécial de l'hôpital Cochin, institué en 1865, a été fermé jusqu'ici, non-seulement aux étudiants en général, mais encore aux internes et aux externes de l'établissement, en vertu d'un ordre de M. Husson, cet administrateur dont quelques-uns osent encore vanter le zèle et la bonne volonté!

Restent donc les petits services des hôpitaux. Or ceux-ci sont sous la direction de médecins victimes eux-mêmes d'un enseignement défectueux ou qui préfèrent consacrer leur temps aux malades ordinaires et n'ont, par conséquent, que de faibles dispositions à donner des conseils aux rares élèves désireux d'acquérir quelques notions sur les accouchements. La preuve de cette assertion est facile à fournir : tandis qu'il y a chaque année, dans les hôpitaux, un certain nombre de cours cliniques sur la médecine ou sur la chirurgie, on n'en voit pas un seul sur les accouchements.

II. Cette digression, déjà trop longue, nous éloigne de notre sujet et il est temps d'y revenir. Nous avons dit quelles étaient les causes probables de la *rupture de l'utérus*. Voyons maintenant quelles étaient les autres particularités de la *lésion*.

La rupture siègeait ici sur la face antérieure et le fond de l'utérus; on sait qu'elle peut occuper d'autres points de l'organe et même s'étendre au vagin. Elle était complète, ce qui est le cas le plus commun; les exemples de rupture incomplète, c'est-à-dire intéressant seulement, soit la tunique péritonéale, soit les couches musculaires, sont plus rares.— Les bords de la déchirure étaient déchiquetés, irréguliers, ainsi que cela se voit en général. Contrairement à ce que l'on observe souvent, il n'y avait pas de caillots sanguins dans la cavité péritonéale; on y trouva un liquide sanieux, fétide et les autres lésions de la péritonite.— Un point mérite encore d'être relevé; c'est le *passage* presque complet du fœtus dans l'abdomen et la présence du *placenta* dans la fosse iliaque gauche.

III. La rupture s'est effectuée sans déterminer de douleurs angoissantes, ni d'état syncopal, phénomènes fréquents en pareille occurrence. A la suite de l'accident, les contractions utérines ont-elles cessé ou continué? Nous ne saurions rien préciser à cet égard, puisque nous n'avons aucune notion exacte sur le moment même de la rupture. Ce que nous savons, c'est qu'elles n'ont pas reparu à

partir du 13 octobre, c'est-à-dire la veille de l'admission de la malade à l'hôpital. Du reste, l'arrêt du travail n'est pas la règle. Jolly cite 23 cas dans lesquels les contractions utérines ont persisté. (*Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*, 1870.)

IV. En prenant pour époque du début de l'accident le jour de la disparition des contractions utérines (13 octobre), nous voyons que notre malheureuse malade a survécu 11 à 12 jours après la rupture. C'est là une circonstance, pour ainsi dire, exceptionnelle : le plus souvent la mort survient au bout de quelques heures.