

mètre 1/2, qui ne sont pas utilisables en arrière, au niveau de l'encoche formée par l'angle sacro-vertébral et la ligne innominée.

« Il n'y a donc aucun avantage à placer le diamètre occipito-frontal de la tête en rapport avec le petit diamètre oblique agrandi par l'ischio-pubiotomie, mieux vaut le mettre en rapport avec le grand diamètre oblique.

« Au détroit moyen et au détroit inférieur qui sont aussi très rétrécis dans le bassin de Nœgelé, l'ischio-pubiotomie n'offre aucun avantage sur la symphyséotomie, car la section osseuse passe en avant de l'épine sciatique et en avant de l'ischion.

« L'agrandissement des diamètres biscliatique et ischio-scliatique obtenu par l'ischio-pubiotomie est le même que l'agrandissement obtenu par la symphyséotomie; il n'est point plus considérable.

« En supposant donc que, dans certains cas de bassins de Nœgelé, on veuille obtenir l'agrandissement du bassin, comme l'ischio-pubiotomie n'offre aucun avantage sur la symphyséotomie, et comme, d'autre part, elle constitue une opération plus complexe, plus difficile et probablement encore plus dangereuse, nous ne pensons pas qu'on doive y avoir recours. »

Il est d'ailleurs des observations dans lesquelles la symphyséotomie, combinée ou non avec l'accouchement prématuré, a suffi pour extraire un fœtus vivant; à propos d'une observation de cette nature, rapportée par Guéniot à la Société obstétricale de France (avril 1895), Fochier déclare que la symphyséotomie dans les cas d'ankylose d'une articulation sous-iliaque d'un côté peut fournir un notable bénéfice. La question délicate est de savoir quels sont les bassins de Nœgelé assez peu viciés pour que ce bénéfice soit suffisant et pour qu'on ne soit pas obligé de recourir à l'ischio-pubiotomie pour extraire un enfant vivant et viable.

CHAPITRE V

EXTRACTION DU FŒTUS PAR LA VOIE ABDOMINALE

(HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE OU OPÉRATION CÉSARIENNE)

Dans certaines circonstances, que nous précisons au chapitre des *indications*, il est impossible d'extraire le fœtus vivant par les voies naturelles ou même, dans des circonstances beaucoup plus rares, il est impossible d'extraire le fœtus mort, même après mutilation: on enlève alors le fœtus par la voie abdominale, après avoir incisé la *paroi abdominale* et l'*utérus*.

Cette opération, qui constitue une véritable hystérotomie abdominale, est généralement dénommée *opération césarienne*; quelques mots d'histoire sont utiles pour montrer comment cette opération s'est peu à peu perfectionnée et comment sont nés les divers procédés opératoires.

*Historique*¹. — L'opération césarienne a été pratiquée depuis fort longtemps sur la femme morte; chez les Romains, une loi de Numa Pompilius défendait d'enterrer une femme en état de grossesse sans avoir au préalable extrait l'enfant par une ouverture faite au bas-ventre. Plusieurs Césars n'auraient vécu que grâce à cette opération: c'est une des explications fournies pour expliquer la dénomination *césarienne*, à moins qu'il n'en faille tout simplement rechercher l'origine dans le verbe latin *cædere* (couper).

Cette opération sur la femme morte fut encore prescrite par la loi chrétienne, dans le but de baptiser le fœtus sur le point de succomber en même temps que la mère.

Ce n'est que vers le quatorzième ou quinzième siècle que l'opération césarienne fut pratiquée sur la femme vivante. D'après Sacombe, Henri VIII, roi d'Angleterre, aurait le premier fait extraire du ventre de Jeanne Seymour, vivante, Édouard VI, qui a vécu 16 ans et qui ne vit le jour qu'aux dépens de sa mère. D'après Jacquemier, ce serait en 1491 qu'aurait eu lieu la première opération césarienne. Ce qui est certain, c'est que vers 1500 un châtreur de porcs, Nuffer, de Sigershausen (Thurgovie), ouvrit le ventre de sa femme en travail depuis cinq ou six jours et put extraire l'enfant.

Le premier travail sérieux sur ce sujet est celui de Rousset (1581), qui préconise l'opération césarienne et cherche à montrer qu'elle n'est pas nécessairement mortelle; cependant cette opération est rejetée par la plupart des accoucheurs, Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau, qui la considèrent comme presque fatale.

Une réaction s'opère pendant le dix-huitième siècle et l'opération se généralise un peu grâce aux efforts de: Auleau (1704), Simon (1761), Delamotte (1765), Levret (1770), Deleurye (1777), Lauverjat (1788); la plupart de ces auteurs discutent sur la direction à donner aux incisions et sur le mode de suture de la paroi abdominale: les uns suivent le conseil de Mauriceau, qui n'admettait l'opération que chez la femme morte; les autres préconisent des incisions transversales vers le fond de l'utérus (Lauverjat); quelques-uns, avec Levret, font une incision parallèle à la ligne médiane; aucun ne s'occupe de suturer l'utérus.

La création de la symphyséotomie à la fin du dix-huitième siècle remet en discussion l'opération césarienne que préconisent les adversaires de Sigault; les travaux de l'époque donnent une idée de la lutte si vive qui s'établit entre *césariens* ou *symphyséotomistes*. Baudelocque prend rang parmi les premiers et cherche à perfectionner l'opération césarienne en rejetant les incisions latérales pour adopter l'incision sur la ligne médiane; il pratique la suture enchevillée de la paroi abdominale.

Malgré ces perfectionnements, pendant plus des deux tiers du dix-neuvième siècle, l'opération césarienne donne des résultats si déplorables qu'elle

¹ Voir l'histoire dans le travail de E. Blanc sur l'opération césarienne (*Arch. de toxicologie*, 1800). Consulter également les mémoires de Potocki sur l'opération césarienne moderne (*Annales de gynécologie*, 1889, t. XXXII, p. 428), et de Berlin sur l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, Paris 1889.

est presque complètement abandonnée; on n'y a recours que dans les cas d'absolue nécessité; si quelques femmes guérissent à la campagne, à la ville toutes succombent. C'est ainsi que de 1799 à 1877 pas une opération césarienne ne guérit à Paris. Les statistiques donnent une proportion de 60 ou 80 pour 100 de mortalité maternelle; la plupart des femmes succombent de septicémie; lorsqu'elles guérissent, la réunion n'a lieu que par seconde intention, des adhérences de la plaie utérine se font avec la paroi abdominale, avec l'intestin, etc. Lorsque par hasard une femme guérit, ce n'est qu'en conservant la plupart du temps des trajets fistuleux, et même des fistules stercorales.

Tous les observateurs avaient été frappés de la nécessité de pratiquer la suture de l'utérus; ce n'est cependant qu'au courant du dix-neuvième siècle que Wiel (1855), Godefroy (1840), Malgaigne, Scanzoni, Hasse (1856), pratiquent des sutures utérines, qu'ils abandonnent dans la cavité abdominale.

Ces sutures, faites avec la soie, du crin, du fil d'argent, du fil de fer, du catgut, sont utilisées successivement par Stolz, Cazin, Hariss, Fochier; plusieurs opérateurs cherchent à ramener à travers la plaie abdominale l'un ou les deux chefs des fils de la suture; pour procéder à l'extraction des fils, Tarnier a l'idée d'introduire chacun des chefs d'un même fil dans un trocart capillaire et de serrer à l'aide d'un bâtonnet les deux chefs ainsi réunis. En 1867, Lestocquoy pratique une opération césarienne et suture d'abord la lèvre utérine à la paroi abdominale correspondante.

Malgré tous les perfectionnements apportés à l'opération, la mortalité de l'opération césarienne reste élevée jusqu'en 1876; on est alors tout surpris de voir Porro pratiquer avec succès non seulement l'incision de l'utérus, mais l'ablation de la plus grande partie de l'organe. Cette opération fut faite avec succès en France par Fochier, Tarnier, Championnière, Guéniot. Ces deux derniers chirurgiens font observer avec raison que les succès obtenus ne tiennent pas tant au manuel opératoire de l'opération nouvelle qu'aux avantages d'une antiseptie rigoureuse.

A partir de cette époque, le pronostic opératoire de l'opération césarienne, avec ou sans ablation de l'utérus, s'améliore chaque jour à mesure que se perfectionne l'antiseptie. En 1882, Säger, assistant de Leopold, propose un mode de suture plus perfectionné de la paroi utérine, et une résection partielle des bords de la plaie qui en facilite l'affrontement et permet d'obtenir une réunion plus rapide.

Ces modifications n'ont été utilisées que pendant un certain temps; mais il reste à Leopold et à Säger l'honneur d'avoir prouvé quels excellents résultats on pouvait obtenir en pratiquant l'opération césarienne aseptique. Potocki a fait connaître en France la technique opératoire de Säger; toutefois l'opération césarienne n'est encore pratiquée chez nous que dans les cas d'indication absolue; la renaissance de la symphyséotomie semble l'éliminer dans nombre de rétrécissements du bassin pour lesquels on sectionne l'utérus en Allemagne, quand on n'emploie ni la version, ni le forceps, ni le céphalotribe.

Division. — L'hystérotomie abdominale, pratiquée pour extraire le fœtus,

comprend divers procédés opératoires suivant qu'on conserve ou non l'utérus.

1° Le premier consiste à inciser l'utérus, que l'on suture et qu'on laisse en place; c'est l'**opération césarienne conservatrice** ou **opération césarienne proprement dite**. — Elle peut être pratiquée, *a.* sur la femme *vivante* ou *b.* immédiatement après la *mort* de la femme.

2° Le second est celui dans lequel, après l'extraction du fœtus, on ampute l'utérus au-dessus du col: c'est l'**opération de Porro (1876)**.

3° Il faut rapprocher des procédés d'hystérotomie les diverses méthodes d'*hystérectomie abdominale totale* dans lesquelles on enlève en entier l'utérus. Le procédé le plus ancien est celui de *Freund*, qui jusqu'ici paraît grave; car les cinq femmes à terme ainsi opérées sont toutes mortes. Zweifel a préconisé un procédé d'ablation totale de l'utérus qui semble devoir donner de meilleurs résultats et dont nous parlerons plus loin (page 1251), en même temps que du procédé de Mackenrodt et de la méthode américaine vulgarisée en France par Pinard et Segond.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous allons étudier successivement le manuel opératoire et le pronostic de l'*opération césarienne conservatrice* et de l'*opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro*: ce qui nous permettra de préciser les indications de chacune de ces deux opérations.

Opération césarienne conservatrice. — L'opération césarienne comprend six temps:

1° INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE.

2° INCISION DE L'UTÉRUS.

3° EXTRACTION DU FŒTUS.

4° EXTRACTION DE L'ARRIÈRE-FAIX.

5° SUTURE DE LA PAROI UTÉRINE.

6° SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

Il est inutile de rappeler les précautions antiseptiques à prendre: ce sont celles qui précèdent toute intervention abdominale. Après que tout le corps a été baigné et nettoyé, l'ombilic purgé, le pénis et les lèvres rasés, la paroi abdominale est spécialement savonnée, brossée, et enfin lavée à l'alcool ou à l'éther; le vagin désinfecté.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération sont les suivants: un bistouri ordinaire, une pince à griffes, une ou deux douzaines de pinces hémostatiques, des ciseaux forts, une grande aiguille montée ou une aiguille de Reverdin pour les sutures profondes, des aiguilles fines et rondes chargées d'avance pour les sutures superficielles de l'utérus, un porte-aiguilles, des fils de soie de deux grosseurs différentes, un tube de caoutchouc non perforé pour l'hémostase, deux broches, un serre-nœud, une curette tranchante, un thermocautère, une seringue de Pravaz pour injections sous-cutanées d'ergotine et d'éther, une seringue de Roux ou mieux un appareil à pression continue avec 1000 ou 1500 grammes de sérum artificiel pour injections hypodermiques en cas d'hémorragie grave.

1^o INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle ne diffère que par son étendue de l'incision faite pour toute laparotomie : elle doit mesurer 16 à 17 centimètres pour permettre le passage de la tête fœtale. Après avoir évacué la vessie par le cathétérisme, avant de commencer l'opération, on marque avec la sonde à quelle hauteur remonte le fond de la vessie : on indique ainsi la limite inférieure de l'incision.

L'incision est faite sur la ligne médiane; on la commence au-dessous de l'ombilic, puis, lorsque le péritoine est ouvert, on la prolonge avec des ciseaux, par en bas, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis; par en haut, un peu au-dessus de l'ombilic.

Cette incision de la paroi abdominale et l'ouverture du péritoine sont généralement faciles à faire; l'utérus soulève la paroi et l'intestin est éloigné.

On applique sur le péritoine, de chaque côté, deux pinces hémostatiques qui l'empêchent de se rétracter.

Une compresse aseptique est introduite dans le cul-de-sac antérieur du péritoine, au-dessous de l'extrémité inférieure de l'incision; il est également utile d'insinuer une large compresse aseptique de chaque côté entre la paroi abdominale et l'utérus. On en met une quatrième à la partie supérieure de la plaie, de manière à éviter l'issue de l'intestin et du péritoine au fur et à mesure que l'utérus va se vider.

Lorsque l'enfant est vivant, la pénétration du liquide amniotique dans la cavité péritonéale n'a pas grande importance; mais, quand le fœtus est putréfié ou quand l'œuf est ouvert depuis un certain temps, il est important que le liquide ne s'écoule pas dans le péritoine : le rôle de l'aide est pour cela très important, comme nous le verrons tout à l'heure.

2^o INCISION DE L'UTÉRUS. — Avant de pratiquer cette incision, il faut s'assurer de la position de l'utérus; s'il est très incliné à droite suivant l'habitude, il est bon de le ramener sur la ligne médiane, de manière que l'incision soit aussi rapprochée que possible du milieu de l'utérus; faite trop près des ligaments, elle peut intéresser de gros vaisseaux et donner lieu à des hémorragies.

On fait en bas à l'utérus une petite boutonnière verticale de 1 à 2 centimètres, intéressant le péritoine; avec l'extrémité de l'index on déchire, selon le conseil de Tarnier, le muscle utérin et on introduit l'index gauche dans cette boutonnière jusqu'à ce qu'on ait traversé complètement l'épaisseur du muscle; avec des ciseaux guidés sur l'index, on agrandit rapidement l'incision par en haut, de manière que cette incision mesure environ 16 centimètres, pour permettre la sortie facile de la tête. Il faut avoir soin de ne pas faire descendre trop bas l'incision, de crainte d'intéresser le segment inférieur ou de léser la vessie.

Quelques auteurs, dans le but d'aller vite, conseillent de se servir simplement du doigt pour dilacérer le tissu utérin, qui se laisse facilement déchirer; la plaie consécutive serait aussi régulière que si elle était faite avec le bistouri ou avec des ciseaux. Ce procédé ne paraît pas supérieur à l'emploi des ciseaux qui, guidés sur le doigt, ne peuvent en aucune façon blesser le fœtus.

Une fois commencée, cette incision doit être faite rapidement, car elle peut donner lieu à un écoulement sanguin abondant.

3^o EXTRACTION DU FŒTUS. — Pour extraire le fœtus, il faut ouvrir l'œuf : souvent cette ouverture se fait pour ainsi dire malgré l'opérateur; au moment de l'incision de la paroi utérine, les membranes se trouvent ponctionnées : un flot de liquide amniotique s'écoule au dehors.

Dans certains cas, après l'incision de l'utérus, les membranes viennent faire saillie entre les lèvres de l'incision. L'ouverture de l'œuf consiste simplement alors dans la rupture des membranes.

Une difficulté se présente lorsque le placenta s'insère sur la face antérieure de l'utérus, ce qui s'observe environ une fois sur trois, et provoque, dès l'incision de la paroi utérine, une hémorragie assez abondante.

On peut alors procéder de deux manières : l'une, qui n'est guère pratique, consiste à décoller avec la main le placenta jusqu'à ce que l'on arrive sur un bord; on rompt à ce niveau les membranes et l'on pénètre dans l'œuf.

L'autre méthode consiste à comprimer pour ainsi dire la masse placentaire dans l'incision utérine; on perfore le placenta avec le doigt; on l'incise et on le sectionne dans toute la hauteur comprise au niveau de l'incision. L'essentiel est d'aller vite.

Pour extraire le fœtus, il est bon au préalable d'avoir par le palper diagnostiqué son attitude; si la tête est en haut, au voisinage de l'incision, on peut commencer par elle l'extraction.

Le plus habituellement on va rapidement à la recherche de l'un ou des deux pieds et l'on procède à une extraction qui ressemble à l'extraction d'un fœtus après version par manœuvres internes, la filière à traverser étant simplement représentée par la boutonnière utérine. Lorsqu'on éprouve quelques difficultés pour extraire la tête dernière, il faut, à l'aide de deux doigts d'une main introduits dans la bouche et de l'autre appliqués sur le cou du fœtus, faire sur elle des tractions modérées. Si la tête retenue par la boutonnière utérine ne sort pas rapidement, il est sage d'agrandir l'incision, de préfé-

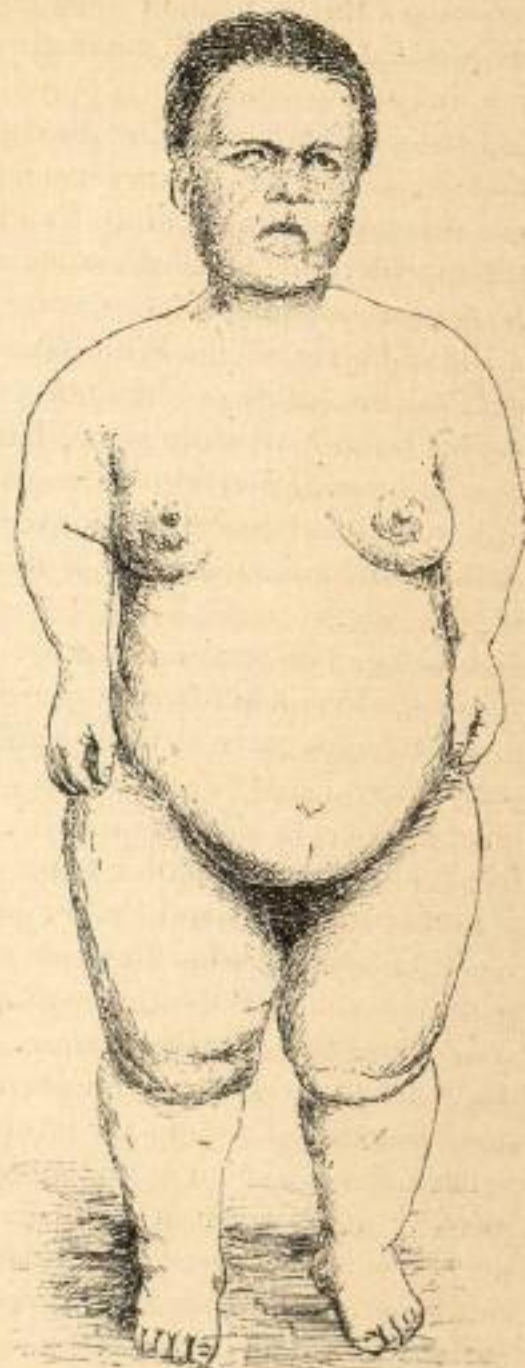


Fig. 344. — Femme atteinte de rachitisme congénital chez laquelle Ribemont-Dessaignes a pratiqué l'opération césarienne.

rence à la partie supérieure; généralement sous l'influence des seules pressions exercées par la tête, l'ouverture s'agrandit.

Le fœtus étant extrait, on applique une pince à forcipressure sur le cordon qu'on sectionne rapidement. Le fœtus qui naît habituellement *étonné, pâle*, quelquefois même en état de mort apparente, est confié à une personne expérimentée qui doit désobstruer ses voies aériennes et l'insuffler au besoin.

Pendant l'extraction du fœtus, l'aide doit avec le plus grand soin rapprocher les bords de la partie supérieure de l'incision abdominale, de manière à empêcher la sortie de l'intestin et la pénétration des liquides dans la cavité abdominale. Si l'hémorragie est abondante, de l'autre main il embrassera fortement la partie inférieure de l'utérus, formant pour ainsi dire avec sa main une sorte de lien hémostatique.

Il est une autre précaution à prendre, capitale dans certains cas au point de vue du pronostic ultérieur; lorsque l'enfant a souffert avant l'intervention et a commencé à rendre du méconium, il importe de bien garnir les deux lèvres de l'incision utérine avec des compresses aseptiques. On empêche ainsi la contamination de la plaie utérine par des liquides qui commencent à se putréfier.

4° EXTRACTION DE L'ARRIÈRE-FAIX. — Après l'extraction du fœtus, l'utérus se rétracte, décolle le placenta qui vient s'engager au niveau de la plaie; on le saisit à pleine main et on l'entraîne au dehors en décollant doucement les membranes.

Si le placenta n'est pas décollé, on procède avec la main à ce décollement; les tractions sur le cordon tendraient, comme dans l'accouchement normal, à produire l'inversion utérine, qui peut même ici avoir lieu spontanément. Lorsqu'il reste des lambeaux de caduque adhérents à la paroi utérine, on les détache soit avec les doigts, soit avec une éponge ou une compresse.

5° SUTURE DE LA PAROI UTÉRINE. — Avant de procéder à la suture, on peut avoir à lutter contre une hémorragie plus ou moins abondante jusqu'à ce que l'utérus soit revenu sur lui-même. Le traitement prophylactique consiste à faire une injection hypodermique d'ergotine et à opérer avec rapidité, de manière à diminuer la durée de cet écoulement sanguin dont on ne peut guère modérer l'abondance. L'hémorragie qui survient au cours de l'opération césarienne reconnaît deux sources différentes: 1° la plaie utérine; 2° la surface au niveau de laquelle s'insère le placenta.

Contre l'hémorragie provenant de la plaie utérine, il est tout à fait illusoire de recourir à la forcipressure; les pinces ne feraient que déchirer la paroi utérine et la mettraient ainsi dans de mauvaises conditions pour une réunion immédiate. L'aide doit faire tous ses efforts pour arrêter cet écoulement sanguin; il peut y parvenir le plus souvent en exerçant une compression avec le pouce et l'index au niveau de la paroi antérieure de l'utérus; si l'hémorragie est par trop abondante, il peut saisir directement avec les doigts la coupe de l'utérus, faisant ainsi de l'hémostase directe; pendant ce temps, l'opérateur glisse en arrière de l'utérus un tube de caoutchouc qu'il fait descendre aussi bas que possible et dont il réunit les deux chefs en

avant, de manière à produire une constriction assez forte pour assurer temporairement l'hémostase.

Quelques opérateurs ont conseillé de recourir systématiquement à l'emploi de ce procédé d'hémostase et d'appliquer ce tube de caoutchouc dès que le fœtus est sorti de la cavité utérine. Ils ne relâchent peu à peu ce lien élastique qu'après que les sutures sont faites, de manière à modérer l'afflux du sang dans l'utérus. Cette méthode a pour inconvénient, surtout lorsqu'on serre trop le tube de caoutchouc, de favoriser des hémorragies secondaires par inertie utérine.

Sänger a pensé que le danger de l'hémostase à l'aide du lien hémostatique tient à ce que la compression de l'utérus n'est faite que sur une faible étendue; aussi recommande-t-il de le remplacer par une serviette aseptique; la serviette, disposée en large bande, entoure le segment inférieur de l'utérus; on en croise les deux chefs et on les tord ensemble jusqu'à ce que l'hémostase soit suffisante. Comme la compression est exercée sur une plus large surface avec la serviette qu'avec le tube de caoutchouc, elle est plus égale, moins énergique, et risquerait moins de provoquer l'inertie utérine (Potocki).

C'est à cette *compression de l'utérus*, faite soit avec la main, soit avec le tube en caoutchouc ou la serviette antiseptique, qu'on a recours dans les cas où l'hémorragie, provenant de l'insertion placentaire, n'est pas arrêtée par les moyens ordinaires (injections hypodermiques d'ergotine ou mieux d'ergotinine, massage et pétrissage de l'utérus, injections chaudes, etc.).

Le plus habituellement d'ailleurs, l'hémorragie provenant de l'insertion placentaire coïncide avec l'écoulement sanguin qui se fait par la plaie utérine; c'est en effet la même cause, l'inertie utérine, qui produit ces accidents.

Dans la plupart des cas, l'hémorragie cesse lorsque les sutures de l'utérus sont faites; ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'hémorragie, persistant, peut conduire à l'amputation de l'utérus.

Pendant la suture de l'utérus, on a soin de l'envelopper de compresses aseptiques chaudes, afin d'en empêcher le refroidissement.

La plaie est habituellement régulière, à bord épais, légèrement évasée au niveau du bord antérieur par suite de la rétractilité plus grande du péritoine et des couches superficielles de l'utérus. Il n'est point nécessaire, comme Sânger l'a proposé, de pratiquer une résection des bords de la plaie avec ou sans décollement du péritoine; pour en permettre l'affrontement plus facile, il suffit d'employer la suture indiquée par Sânger; elle consiste à faire des sutures profondes et des sutures superficielles, les premières avec du fil de soie fort, les secondes avec du fil plus fin.

On introduit une éponge dans la cavité utérine pour recueillir le sang qui s'écoulera des points de suture.

On se sert, pour faire les *sutures profondes*, soit d'une grande aiguille courbe montée sur un porte-aiguille, soit de l'aiguille de Péan ou de Reverdin. L'aiguille, enfoncée à 1 centimètre environ des bords de la plaie, chemine dans le tissu utérin pour sortir au niveau ou au-dessus de la couche muqueuse, puis suit un trajet inverse dans l'autre lèvre de la plaie utérine; on applique ainsi sept à huit sutures, distantes environ de 2 centimètres,

dont les deux chefs sont saisis par une pince à forcipressure ; on n'attache les fils que quand ils sont tous placés.

On a eu soin de retirer l'éponge ou la compresse qui avait été introduite dans l'utérus ; les fils doivent être assez fortement serrés, de manière à affronter autant que possible les bords de la plaie ; le nœud doit être appliqué à droite ou à gauche de la ligne de suture.

On procède ensuite à la *suture superficielle* dont les fils sont appliqués dans l'intervalle des sutures précédentes ; on a soin de bien affronter les deux lèvres de la plaie de manière que les bords du péritoine soient bien en contact, ce qui permet l'accolement plus rapide de la plaie utérine. Cette suture superficielle peut être faite de deux manières différentes, suivant qu'on suture la séreuse de chaque côté ou qu'on y comprend une certaine portion de tissu musculaire.

Lorsque les sutures profondes et superficielles sont terminées, on cesse la compression en retirant la main ou le tube de caoutchouc, si l'on y a eu recours. Si l'utérus n'augmente pas de volume, s'il ne se produit pas d'écoulement sanguin par la plaie utérine suppurée, c'est qu'il n'y a pas d'hémorragie. Si, au contraire, l'utérus augmente de volume, s'il se produit un peu d'écoulement sanguin par la plaie, il y a hémorragie interne ; il faut alors malaxer l'utérus, faire sortir les caillots qu'il renferme par le vagin, et pratiquer au besoin une nouvelle injection d'ergotine. Il est exceptionnel que, la suture étant faite, on soit obligé, par suite de la persistance de l'inertie utérine, de recourir à l'amputation de Porro.

Lorsque l'hémostase semble suffisante, on procède à la *toilette du péritoine*, qui doit être facile si l'opération a été conduite avec méthode et si surtout l'aide a eu bien soin de rapprocher les lèvres de la paroi abdominale au fur et à mesure que l'on évacue l'utérus de son contenu. Si, au contraire, il s'est écoulé dans la cavité péritonéale du sang ou du liquide amniotique, il faut, avec des compresses, vider la cavité péritonéale et se rappeler que c'est habituellement dans le cul-de-sac de Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin que s'accumulent les liquides. La toilette du péritoine étant ainsi faite, on rabat le grand épiploon sur la face antérieure de l'utérus.

6° SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — La suture de la paroi abdominale ne diffère en rien de la suture qui est faite dans toute laparotomie.

On y procède de deux manières, soit en faisant des sutures profondes qui comprennent la peau, les tissus aponévrotiques et musculaires, ainsi que le péritoine, soit en faisant des sutures profondes, mais perdues, qui ne comprennent que muscles, aponévroses et péritoine. Les sutures superficielles sont faites comme à l'ordinaire.

Le pansement de la plaie abdominale ne présente rien de particulier ; il consiste, après avoir lavé la paroi abdominale, à saupoudrer la plaie avec de l'iodoforme, à appliquer de la gaze iodoformée et une couche d'ouate antiseptique ; une ceinture en flanelle maintient le tout.

La *durée* de l'opération est variable ; elle peut durer de vingt-cinq minutes à une heure et demie, suivant les difficultés de l'opération et la dextérité de l'opérateur.

Le *traitement consécutif* diffère peu de celui de la laparotomie ; il consiste dans l'administration de boissons glacées dans les trois ou quatre premiers jours, d'injections de morphine pour calmer les douleurs ; on pratique l'antiseptie intestinale à l'aide du benzo-naphtol et on veille à l'évacuation journalière du rectum.

Il est utile de recourir, presque systématiquement, aux injections hypodermiques d'eau salée ; si l'écoulement sanguin a été modéré, on peut se contenter d'injecter 500 ou 400 grammes de liquide ; si l'hémorragie a été abondante, on injecte 1000 ou 1500 grammes de liquide dans les quelques heures qui suivent l'intervention.

Les sutures de la paroi abdominale sont enlevées vers le dixième jour, et la malade peut se lever vers le vingtième. Ces suites heureuses ne sont malheureusement pas constantes, et il faut compter, au point de vue du pronostic, avec deux complications : l'hémorragie et la péritonite.

L'hémorragie résulte le plus habituellement de sutures mal faites ; si les moyens ordinaires (glace sur le ventre, injections d'ergotine) ne suffisent pas à produire l'hémostase, la seule conduite rationnelle consiste à ouvrir à nouveau la cavité abdominale, à la débarrasser des caillots qui s'y trouvent, à faire de nouvelles sutures ou à pratiquer l'amputation de Porro ; c'est à cette dernière opération qu'il faut recourir dans les cas où l'on constate rapidement des phénomènes de péritonite dus à l'infection du péritoine par les points de suture.

L'*opération césarienne pratiquée sur la femme morte* est une opération d'urgence extrême ; aussi n'y a-t-il guère de manuel opératoire spécial. Il faut surtout opérer vite, de manière à extraire le fœtus le plus rapidement possible ; pour cela un bistouri est seul nécessaire. On incise rapidement la paroi abdominale au niveau de l'utérus ; on fait une ponction en un point de l'utérus ; on introduit le doigt par cette ouverture et l'on déchire largement l'utérus de bas en haut ; puis on extrait l'enfant, qu'on s'efforce de ranimer.

Il y a une différence capitale, au point de vue du manuel opératoire, suivant qu'on opère une femme *in extremis* ou réellement morte. Dans le premier cas, l'opération doit être méthodique et réglée, comme si elle était faite sur une femme bien portante ; on ne peut en effet avoir la certitude absolue que la femme va succomber. Dans le second cas, il faut opérer vite, sans autre précaution que de ne pas blesser le fœtus.

Il est bien exceptionnel qu'on puisse sauver l'enfant dans ces conditions ; car la mort de la mère est généralement précédée d'une période asphyxique pendant laquelle le fœtus s'asphyxie également. Ce n'est que dans les cas où la mort de la femme est réellement *subite*, qu'on a chance de sauver l'enfant.

Opération de Porro. — Cette opération ne diffère guère de l'opération césarienne conservatrice qu'à partir du moment où le fœtus est extrait ; au lieu de pratiquer des sutures de l'utérus, on fait l'ablation de l'organe au-dessus du col.

Les préparatifs sont les mêmes que pour l'opération césarienne ; en effet,

lorsqu'on commence la section de l'utérus, on n'a jamais la certitude qu'une hémorragie ne forcera pas à l'enlever en entier.

Nous pourrions donc nous contenter de décrire l'opération à partir du moment où elle diffère de la césarienne conservatrice, mais il ne faut pas oublier que l'une des indications assez fréquentes de l'opération de Porro, la seule valable pour certains auteurs, consiste dans l'infection de l'utérus. Cette complication rend plus strictement nécessaires les précautions à prendre pour empêcher la pénétration des liquides plus ou moins septiques dans la cavité abdominale; aussi cette préoccupation modifie-t-elle quelque peu les premiers temps de l'opération.

1° INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle doit être faite sur la ligne médiane; si l'utérus est incisé *in situ*, la plaie abdominale ne mesure que 16 centimètres environ; si l'utérus doit être basculé au dehors, la plaie s'étend par en haut jusqu'au niveau du fond de l'utérus et mesure environ 24 centimètres de hauteur. Cette grande incision faite, l'opérateur porte la main derrière le fond de l'utérus et le fait basculer en avant, pendant que l'aide écarte le plus possible en arrière les lèvres de la paroi abdominale; si cette énucléation de l'utérus contenant encore le fœtus se fait avec quelque difficulté, on agrandit encore l'incision abdominale.

Une fois l'utérus sorti, l'aide rapproche le plus possible l'une de l'autre les lèvres de la plaie abdominale et les applique contre la région de l'utérus qu'elles enserrent; il est prudent à ce moment d'appliquer au moins deux compresses l'une à la partie inférieure de la plaie dans le cul-de-sac vésico-utérin, l'autre sous la face postérieure de l'utérus, de manière à empêcher la pénétration des liquides dans la cavité abdominale; par surcroît de précaution, on dispose deux autres compresses sur les parties latérales.

2° INCISION DE L'UTÉRUS. — Elle peut être faite plus rapidement et avec moins de soin que dans l'opération césarienne, puisqu'on n'aura pas à la suturer; il faut la faire d'emblée suffisamment longue pour permettre l'extraction facile et rapide du fœtus; les seules précautions à prendre sont d'inciser aussi près que possible de la ligne médiane et de ne pas faire descendre l'incision trop bas vers le segment inférieur.

3° EXTRACTION DU FŒTUS. — Elle est généralement faite avec rapidité en raison des dimensions de l'incision utérine. Le rôle de l'aide est extrêmement important pendant l'extraction: il doit veiller à bien maintenir les lèvres de la plaie abdominale contre l'utérus, au fur et à mesure que celui-ci se vide, de manière à préserver la cavité péritonéale.

Dès que le fœtus est extrait, on soulève le plus possible l'utérus sans toucher au placenta, et on applique, très près du col, un tube de caoutchouc, qu'on serre peu à peu vigoureusement; il est bon de faire avec le lien élastique deux tours serrés autour de ce qui constituera le pédicule; on croise, en avant, les deux chefs du lien élastique et l'on saisit le nœud ainsi formé entre les mors d'une forte pince ou d'un clamp.

En appliquant ce lien élastique, on a eu soin d'éviter de prendre dans cette ligature une anse d'intestin ou une portion de la vessie; avec un peu d'habitude, on peut d'emblée poser ce lien élastique d'une manière défini-

tive. Dans les cas où la femme perd abondamment du sang, on se contente d'appliquer rapidement — en veillant toujours à l'intestin et à la vessie — un simple tour de caoutchouc, qu'on serre avec énergie. On a ensuite tout le loisir, après ablation de l'utérus, d'appliquer au-dessous de cette ligature un lien élastique définitif.

4° AMPUTATION DE L'UTÉRUS. — Lorsque l'hémostase est assurée, on pratique l'ablation de l'utérus par une section transversale, faite avec un fort bistouri à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique, de manière à se débarrasser de l'utérus. Si les annexes de chaque côté n'ont pas été comprises dans la portion située au-dessus du lien, on les enlève séparément après ligature.

5° TRAITEMENT DU MOIGNON UTÉRIN. — L'hémostase du moignon étant assurée par le lien élastique, qui a été mis d'emblée ou qu'on place alors d'une manière définitive, il reste à en faire la toilette, c'est-à-dire à en réduire, autant que possible, la surface et à la rendre aussi aseptique que possible; pour cela, avec des ciseaux et une pince, on excise, autant que possible, la muqueuse et l'on évide en partie le moignon au centre.

Lorsque la toilette est ainsi faite, on cautérise la surface du moignon, soit avec le thermocautère, soit avec du chlorure de zinc. « Si on abandonnait à lui-même le moignon ainsi préparé, dit Potocki, il ne tarderait pas à s'enfoncer dans le ventre où on le perdrait. Il verserait alors dans le péritoine les produits septiques qui peuvent résulter de son sphacèle, et il y aurait à craindre qu'il n'infectât le péritoine et ne produisît une péritonite mortelle. Cet accident n'est pas fatal, mais possible; il est urgent de l'éviter. — Il suffit, pour cela, de fixer le moignon à la paroi abdominale. — D'abord, on le traverse de gauche à droite, au-dessus du tube de caoutchouc, par une forte broche d'acier; cette broche soutient le pédicule en le suspendant, pour ainsi dire, au-dessus de la paroi abdominale sur laquelle elle repose. »

Potocki ajoute qu'il est utile d'appliquer la broche avant même de parer le moignon et de le cautériser. Cette précaution est bonne; sans elle on s'expose, si l'on évide un peu trop largement le moignon, à ce que le tube de caoutchouc, n'étant plus une épaisseur suffisante de tissu, glisse de bas en haut et se défasse; il est vrai que le même accident peut arriver alors que la broche est placée, mais il suffit d'un peu d'attention pour n'enlever qu'une épaisseur de tissu utérin peu considérable.

La broche métallique remplit donc un double but: elle empêche le glissement de bas en haut du lien élastique situé *au-dessous* d'elle, et, en prenant point d'appui de chaque côté sur la paroi abdominale, elle empêche le moignon de s'enfoncer dans la profondeur.

6° SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE. — Les sutures de la paroi abdominale peuvent être faites avant ou après la toilette du moignon: dans les cas où l'opération de Porro est faite alors que l'utérus est infecté, il y a intérêt à fermer le plus vite possible la plaie abdominale afin d'éviter l'infection du péritoine. On pratique donc des sutures profondes et superficielles de la paroi abdominale, comme pour la césarienne conservatrice.

Lorsque le moignon est prêt, on ajoute quelques points de suture au-

dessous de la broche, de manière à fixer la périphérie du pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. Ces sutures, qui sont faites tout autour du moignon, sont plus ou moins nombreuses suivant la largeur du moignon.

Le pansement de la plaie abdominale est fait comme à l'ordinaire : poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate antiseptique. Le pansement du pédicule est important : on l'entoure d'une bandelette de gaze iodoformée qui enserre sa base et on la saupoudre avec un mélange, à parties égales, de tannin, d'iodoforme et d'acide salicylique. Le moignon subit une gangrène sèche ou humide : la première est préférable. Le moignon se dessèche alors sans donner lieu à aucun suintement : « Aussi est-il possible qu'on ne soit obligé de renouveler le pansement que plusieurs jours après l'opération. On laissera donc le pansement sans y toucher tant qu'il ne sera pas traversé par des liquides, ou tant qu'un état fébrile n'indiquerait pas la possibilité d'une complication locale. Dans le cas où le moignon, restant humide, sécréterait des liquides en assez grande abondance pour que les pièces du pansement en soient traversées, on détacherait aux ciseaux les parties ramollies et putréfiées du pédicule. » (Potocki.)

Si un suintement sanguin se produit au niveau du moignon pendant les deux ou trois jours qui suivent l'opération, on applique des sutures isolées sur la portion du moignon qui se trouve au-dessus du lien.

Les fils de la suture abdominale sont enlevés le huitième jour. On enlève, deux ou trois jours après, ceux qui relient la paroi abdominale à la périphérie du moignon. Celui-ci tombe généralement du dix-huitième au vingt-cinquième jour, laissant comme au fond d'un entonnoir une petite surface arrondie, bourgeonnante, qui ne se cicatrise guère que six à sept semaines après l'opération.

Pronostic. — Le pronostic de l'opération césarienne (conservatrice ou non) est essentiellement favorable pour le fœtus, à la condition que l'opération soit faite alors que la vitalité du fœtus n'est pas compromise. Les statistiques de Leopold donnent pour la césarienne conservatrice une mortalité fœtale nulle ou presque nulle.

Le pronostic pour la mère varie pour chacune des opérations.

A. Opération césarienne conservatrice. — Le pronostic diffère suivant les conditions dans lesquelles cette opération est faite; il est évident que le pronostic des opérations faites d'urgence, en dehors des Maternités, est plus sombre que lorsqu'on intervient avec l'outillage et les aides nécessaires. La statistique la meilleure est celle de Leopold, qui donne une mortalité de 10,7 pour 100. Guéniot a fait à la Maternité plusieurs opérations césariennes avec succès.

Quelles conséquences la césarienne conservatrice peut-elle avoir sur la marche et la terminaison d'une grossesse ultérieure? Jadis, alors qu'on ne suturait pas l'utérus, le pronostic était assez défavorable : sur 12 cas relevés par Michaëlis, il y eut 6 fois rupture de l'utérus à la grossesse suivante. Krukenberg, sur un nombre de faits plus considérable, mentionne 15 cas où la rupture se produisit au niveau de la cicatrice, 4 fois pendant la seconde moitié de la grossesse, 9 fois pendant le travail; tous les enfants

succombèrent après avoir passé dans la cavité péritonéale. De plus, dans 5 cas la cicatrice se disjoignit, mais les fœtus restèrent dans l'utérus. Enfin, 9 fois il y eut rupture utérine au voisinage de la cicatrice.

À l'heure actuelle, ces ruptures ne s'observent plus parce qu'on suture l'utérus; ce qui rend la cicatrice plus solide. Sur 170 femmes opérées depuis 1882, 5 sont redevenues enceintes et la cicatrice a bien résisté. Il faut cependant un nombre d'observations plus considérable pour affirmer que cette suture ne présente aucun danger de désunion pour les grossesses ultérieures.

B. Opération de Porro. — On ne doit pas s'occuper des statistiques remontant à quelques années, comme celle de Godson qui donne 86 morts sur 162 cas, c'est-à-dire 55 pour 100 de mortalité.

Il faut d'ailleurs, dans l'appréciation des statistiques récentes, tenir compte de ce fait que l'opération de Porro est réservée par nombre d'opérateurs à des cas graves ou désespérés (infection utérine, rupture utérine, etc.), pour lesquels cette opération constitue la dernière ressource. C'est ainsi que Truzzi, élève de Porro, a publié, en 1890, une statistique portant sur 56 opérations de Porro pratiquées en Italie de 1884 à 1889; il y a eu 57 guérisons et 19 morts, c'est-à-dire 59,9 pour 100 de mortalité totale; mais, en défalquant 12 cas dans lesquels l'état de la femme était désespéré avant toute intervention, la mortalité opératoire réelle n'a été que de 15,9 pour 100.

La statistique de Breisky, publiée par Piskacek, est encore plus favorable, puisqu'elle comprend 11 opérations de Porro sans un succès, et 6 opérations conservatrices avec 2 décès (septicémie). Il en est de même d'une statistique de Leopold, qui n'a perdu aucune des 7 femmes qu'il a traitées par la méthode radicale, tandis que la césarienne conservatrice donne encore une mortalité de 10,7 pour 100.

Demelin (Soc. obst. de France, avril 1895) a rassemblé 164 opérations césariennes et 55 opérations de Porro pratiquées depuis 1887; pour les premières, la mortalité maternelle est en bloc de 22 pour 100, la mortalité fœtale de 21 pour 100; pour les secondes, la mortalité maternelle est de 25 pour 100, la mortalité fœtale de 50 pour 100. Le pronostic s'améliore au fur et à mesure qu'on se rapproche du temps présent : depuis 1890, la mortalité est de 20 pour 100 pour les opérations césariennes conservatrices et pour les opérations de Porro; depuis 1895, elle n'est plus que de 16 pour 100 pour les premières et de 10 pour 100 pour les secondes. Ces chiffres sont utiles à connaître au point de vue historique; ils ne peuvent guère servir à établir un parallèle entre le pronostic de chaque opération : celui-ci dépend des conditions dans lesquelles est pratiquée l'intervention.

Indications. — Les indications de l'opération césarienne, conservatrice ou non, sont de deux sortes : *A.* les indications absolues; *B.* les indications relatives. Faut-il ajouter que, si, dans la majorité des cas, ces indications sont nettement distinctes, dans d'autres elles prêtent à discussion? Dans un cas donné, tel accoucheur verra une indication absolue, tel autre une indication relative. La question des indications de l'opération césarienne est d'ailleurs double aujourd'hui, il faut d'abord décider s'il est préférable

d'extraire le fœtus par les voies naturelles ou par la voie abdominale; lorsque cette dernière est choisie, il faut décider comment, après l'extraction du fœtus, on traitera l'utérus (suture, ablation partielle ou totale).

A. Indications absolues. — Elles sont fournies par les cas dans lesquels il est impossible d'extraire le fœtus, soit vivant, soit mort ou mutilé, par les voies naturelles; c'est ce qu'on observe dans certains rétrécissements extrêmes du bassin vicié par arrêt de développement, par rachitisme, par ostéomalacie; c'est ce qu'on observe plus fréquemment peut-être, pour certains bassins obstrués par des tumeurs, osseuses ou non, de l'excavation, par des tumeurs du segment inférieur de l'utérus (fibrome, carcinome, etc.); ces indications peuvent être si absolues qu'alors même que l'enfant a succombé, on ne peut terminer l'accouchement que par la voie abdominale.

Les indications absolues de l'opération césarienne conservatrice sont de plus en plus rares, puisque nombre de bassins, pour lesquels l'opération césarienne seule permettait d'extraire des fœtus vivants et viables, sont justiciables de la symphyséotomie combinée ou non avec l'accouchement prématuré. Toutefois, pour les bassins de 4 à 6 centimètres, l'opération césarienne est encore indiquée; cependant, il y a lieu de se demander s'il n'est pas, en pareil cas, préférable d'enlever l'utérus et de mettre ainsi la femme à l'abri d'une grossesse ultérieure qui nécessiterait à nouveau la section césarienne.

A la vérité, plusieurs de ces indications, dites absolues, n'indiquent que la nécessité de pratiquer l'incision utérine, mais ne tranchent point la question de savoir s'il vaut mieux conserver ou amputer l'utérus. Nous avons, à l'heure actuelle, une certaine tendance, en raison des résultats excellents fournis par l'opération de Porro, à préférer cette opération à la césarienne conservatrice chez nombre de femmes qui, en raison de leur état général, ne peuvent guère redevenir enceintes ou qui ont tout avantage à ne pas être exposées à une autre grossesse, qui leur ferait courir de nouveaux dangers.

Pour prendre deux exemples, n'est-il pas préférable d'amputer l'utérus chez une femme atteinte d'un cancer étendu du col, destinée à succomber plus ou moins rapidement et chez laquelle la césarienne conservatrice n'est pas sans danger, puisque la plaie utérine court le risque de s'infecter par les produits septiques du voisinage; de même, chez une femme présentant une tumeur volumineuse du bassin, quel intérêt y a-t-il pour elle à conserver l'utérus?

Aussi les indications absolues de l'opération de Porro sont-elles plus nettes que celles de la césarienne; elle doit être faite :

1° Dans le cas où il y a *infection probable de l'utérus*. On supprime ainsi le danger que fait courir une plaie utérine, qui, même suturée, reste en communication avec le péritoine.

2° Dans les cas où il y a *obstruction partielle ou totale* du canal utéro-vaginal, soit par des tumeurs fibromateuses ou non du segment inférieur, soit par une tumeur du voisinage (fibrome). L'intervention radicale est ici doublement indiquée, parce qu'elle obvie à la rétention des lochies qui se produit dans ces conditions et parce que les femmes qui présentent ces lésions étendues courent de nouveaux risques à une grossesse ultérieure.

3° Le *cancer de l'utérus* et en particulier celui du col de l'utérus crée une indication lorsque le néoplasme empêche l'extraction du fœtus par les voies naturelles (*Voy.* p. 980). Lepage a fait en 1895 une opération de Porro chez une femme qui présentait un cancer généralisé du vagin et de la partie inférieure de l'utérus.

4° Les bassins viciés par *ostéomalacie* sont également justiciables de l'opération de Porro; différentes observations ont montré que la castration des femmes avait une influence des plus défavorables sur l'ostéomalacie (Singer, Fehling). Il n'y a aucun avantage à pratiquer successivement la castration et la césarienne conservatrice; il est plus simple de recourir à l'amputation utéro-ovarienne. (*Voy.* p. 928.)

5° Une indication d'urgence de l'opération de Porro est créée par *l'inertie utérine complète* qui survient au cours d'une césarienne conservatrice (Leopold). On a attribué l'hémorragie qui en résulte à la constriction provisoire du pédicule par le tube de caoutchouc. Pour éviter cette hémorragie, il est bon de faire dès le début de l'opération une injection hypodermique d'ergotine qu'on renouvelle au besoin.

6° Dans certains cas où une opération césarienne a été faite lors d'un accouchement antérieur, il peut être utile de pratiquer l'opération de Porro avant tout début de travail; c'est ce qu'a fait Rühle dans un cas où la cicatrice utérine était mince comme une feuille de papier.

B. Indications relatives. — Elles sont difficiles à préciser et ne peuvent, à l'heure actuelle, être formulées d'une manière catégorique, la symphyséotomie étant venue modifier les données du problème, qui consiste à faire passer un fœtus vivant et viable à travers une filière pelvienne rétrécie; il est bien certain qu'il n'y a pas de parallèle à établir, au point de vue de la gravité opératoire, entre l'opération césarienne et la symphyséotomie, pour un rétrécissement du bassin assez accusé. Il n'est guère possible, à l'heure actuelle, de dire exactement quel est le degré de rétrécissement qui ne permet pas d'obtenir, par l'accouchement prématuré et la symphyséotomie combinés, un résultat égal à celui obtenu par l'opération césarienne; il est probable cependant que, pour les bassins au-dessous de 6 centimètres, l'opération césarienne, conservatrice ou non, est indiquée.

Les indications, fournies par les tumeurs du bassin ou par les tumeurs du voisinage, sont discutables; dans les cas douteux où l'extraction par les voies naturelles semble ne pas pouvoir être faite facilement, c'est à l'opération césarienne qu'il faut recourir; Lepage a cependant employé la symphyséotomie avec succès dans un cas de tumeur juxta-utérine.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Dans certains cas, en particulier lorsque l'utérus gravide est cancéreux, il y a intérêt pour la femme à ce que l'organe soit enlevé en entier; différents procédés sont actuellement utilisés. Nous allons résumer, d'après Hernandez¹, un procédé employé par Mackenrodt, assistant de A. Martin.

¹ *Annales de gynécologie*, sept. 1894.

La malade est placée dans la position de Trendelenburg, c'est-à-dire le tronc reposant sur un plan incliné de telle sorte que la tête se trouve beaucoup plus bas que le siège.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne médiane d'un point voisin de l'ombilic et variant suivant le volume de l'utérus, jusqu'au voisinage du pubis. Le poids de l'utérus et au besoin des tractions exercées par l'opérateur rapprochent des bords de la plaie abdominale les attaches cervicales du vagin : ce qui facilite l'opération et éloigne les uretères du champ opératoire.

Section des ligaments larges. — On fixe une pince de Richelot, de chaque côté de l'utérus, en rasant le bord de l'organe de manière à embrasser le ligament large depuis son bord libre jusqu'au plus près possible de l'insertion vaginale du col. On réalise ainsi l'hémostase préventive et on facilite le maniement de l'organe gestateur. Les deux pinces sont confiées à l'aide qui incline l'utérus d'abord d'un côté, puis de l'autre, tandis que l'opérateur suture le ligament large opposé.

Cette suture est faite de haut en bas, à l'aide de fils de catgut séparés, placés les uns à côté des autres, ils sont étagés depuis le bord libre du ligament large, en dehors des annexes, suivant une ligne courbe à concavité externe qui aboutit en bas au niveau de l'insertion du vagin, rasant le plus possible le bord de l'utérus, afin de ne point blesser l'uretère.

Chaque fil, assez long pour pouvoir ensuite être amené à la vulve, est noué immédiatement, sans être coupé; on sectionne d'un coup de ciseaux (entre le fil et la pince de Richelot) la partie du ligament comprise dans la ligature. Quand on approche de l'artère utérine, on la reconnaît et on la lie soigneusement; on se comporte de même vis-à-vis des vaisseaux utéro-ovariens. Quand les deux ligaments larges sont liés et sectionnés, il faut séparer l'utérus du vagin.

Libération du col. — Pour cela un aide introduit dans le vagin une pince tire-balle avec laquelle il soulève le cul-de-sac antérieur; l'opérateur fait sur la partie soulevée une petite boutonnière à l'aide du bistouri prudemment manié; il évite avec soin la vessie qu'on peut rendre visible au besoin en la remplissant au préalable d'eau stérilisée. Par la boutonnière ainsi faite, l'aide pousse la pince dont il écarte aussitôt les mors pour l'élargir.

L'opérateur passe son index gauche par cette ouverture péritonéo-vaginale et suture par quelques points les bords de la plaie muqueuse et de la plaie du péritoine. Il suture ensuite et coupe successivement ce qui reste du ligament large de chaque côté du col, en ayant soin de bien serrer les fils; puis le cul-de-sac de Douglas, qui n'offre plus qu'un pédicule mince et aisément accessible, est coupé et le péritoine suturé comme ci-dessus avec la muqueuse vaginale postérieure.

L'utérus enlevé, on réunit en un faisceau tous les fils de la suture des ligaments larges et de la brèche vagino-péritonéale; à l'aide d'une pince introduite par le vagin dans le péritoine, on les amène dans le vagin pour y attirer toute la surface cruentée. Par-dessus le tout, on ferme le péritoine par une suture en surjet.

Si, comme cela arrive assez souvent, on ne peut attirer dans le vagin les surfaces de section des ligaments larges, on coupe tous les fils courts et on suture le péritoine par-dessus.

Enfin on suture la paroi abdominale. Les fils vaginaux sont coupés non loin de la vulve afin qu'ils fassent l'office de drains, le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Pendant les deux ou trois premiers jours il y a une sécrétion abondante; mais la déclivité, le drainage et surtout l'isolement de la cavité péritonéale et du vagin rendent impossible l'infection secondaire.

Cette opération d'hystérectomie abdominale totale est applicable non seulement chez les femmes enceintes de plus de trois mois ayant un utérus cancéreux, mais encore chez celles pour lesquelles la viabilité du fœtus commande l'opération césarienne préalable.

Zweifel¹ emploie avec succès une méthode d'hystérectomie abdominale totale qui n'est autre que l'opération de Freund modifiée : il ampute d'abord la portion vaginale du col, ouvre le cul-de-sac de Douglas et prépare le pédicule en haut et en avant de la vessie. Le vagin est tamponné avec la gaze iodoformée. L'opération césarienne est ensuite pratiquée après que la partie inférieure de l'utérus a été serrée par un tube élastique. On fait ensuite des ligatures partielles; les deux ligaments larges sont liés séparément, puis on fait une ligature unique en masse. L'utérus vide est enlevé avec le placenta. Le repli vésico-utérin est ouvert; par cette ouverture les fils de ligature laissés longs sont ramenés dans le vagin et coupés courts; puis on suture la paroi abdominale. On procède alors par le vagin à l'extirpation du petit pédicule cervical.

Pinard a rapporté (Académie de médecine, 19 janvier 1897) une observation d'hystérectomie abdominale totale qu'il a pratiquée avec succès, avec le concours de P. Segond, chez une femme ayant un rétrécissement extrême du bassin. Voici comment P. Segond décrit le procédé employé qu'il appelle méthode américaine² : « L'ablation de l'utérus se pratique en bloc et par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche. Le chirurgien placé à droite de la patiente, s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes, le sectionne du haut en bas, pour pénétrer ensuite dans le vagin, déloger le col, renverser de son côté la masse utéro-ovarienne, et la libérer finalement, en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Grande sécurité opératoire; perfection du drainage vaginal; simplicité de l'arsenal instrumental; enfin et surtout, suppression des ligatures en masse avec fils énormes et possibilité, précieuse entre toutes, de découvrir un à un les vaisseaux entre les feuillets des ligaments larges pour les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides; tels sont les principaux avantages de cette manière de faire... » Quant aux différents temps de l'opération, P. Segond les résume ainsi : « Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche, en dehors des annexes; même manœuvre pour l'artère du ligament rond; et, d'un coup de ciseaux, section

¹ ZWEIFEL. *Vorlesungen über klinische Gynäkologie*, p. 516 et suiv. Berlin, 1892.

² HOWARD KELLY. *Bull. of the Johns Hopkins hospital*, Baltimore, févr. 1896, p. 27.

du ligament large du haut en bas jusqu'à l'artère utérine. Isolement soigné, ligature et section de celle-ci; puis au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin, sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Par cette brèche vaginale latérale, préhension et renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine correspondante. Ligature de celle-ci et section du ligament large droit de bas en haut avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. Donc, en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale pour parachever l'hémostase. Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanche, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale ».

Dans un article fort documenté, Varnier a rapporté l'observation d'une femme chez laquelle il a pratiqué, avec le concours de P. Delbet, une hystérectomie abdominale totale. C'est la première hystérectomie totale, faite de propos délibéré, avec succès, au terme de la grossesse, aux lieu et place de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarienne. Varnier et P. Delbet ont réuni tous les cas d'extirpations totales d'utérus gravidés ou parturients pratiquées *exclusivement* par la voie abdominale. En éliminant les hystérectomies totales ayant eu lieu par les voies abdominale et vaginale combinées, en éliminant les mêmes opérations pratiquées pour rupture utérine, il a pu réunir 27 observations faites de 1879 à 1897 et qui donnent en bloc 18 guérisons et 9 morts. En groupant ces opérations suivant la cause qui les a nécessitées, on trouve :

Cancer du col	11 cas avec	4 guérisons et	7 morts
Fibromes	7	— 6	— 1 —
Bassins rétrécis.	8	— 7	— 1 —
Tumeur intra-ligamentaire.	1	— 1	—

Il résulte de l'analyse des opérations pratiquées pour cancer du col, que cette opération doit être réservée « aux cas où, le cancer étant bien nettement limité au col, on peut intervenir au cours de la grossesse ou au début du travail ».

Il faut continuer à traiter « par le Porro les cas où l'on n'est appelé à pratiquer l'opération césarienne qu'en dernier ressort, tardivement, chez des femmes à tractus génital infecté ».

Les résultats obtenus dans les cas de fibromes sont plus encourageants et,

¹ *Annales de gynécologie*, février 1897.

d'après Varnier, sont « supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule. Les mêmes raisons qui la font préférer par le gynécologue doivent la faire préférer par l'accoucheur ». Une femme opérée par P. Segond, à la Maternité de Beaujon, a succombé quelques jours après l'intervention qui était nettement indiquée : il s'agissait d'un fibrome volumineux sessile qui remplissait l'excavation en arrière.

Les indications de l'hystérectomie abdominale dans les rétrécissements du bassin ne peuvent être encore précisées : le seul avantage qu'elle présente est de ne pas laisser dans l'organisme maternel une portion du segment inférieur et du col qui peuvent être infectés.

Ce n'est que dans quelques années qu'on pourra comparer la valeur de l'hystérectomie abdominale totale par rapport à la césarienne conservatrice et à l'opération de Porro.

CHAPITRE VI

EMBRYOTOMIE

Envisagée d'une manière générale, l'**embryotomie** comprend, d'après l'étymologie du mot, *toute opération mutilatrice du fœtus*. Sauf de très rares exceptions (hydrocéphalie, par exemple), on ne doit recourir à l'embryotomie que lorsque le fœtus est mort pendant la grossesse ou pendant le travail et qu'en outre il y a indication d'intervenir.

L'**embryotomie** est qualifiée différemment, suivant que l'opération mutilatrice ou réductrice porte sur la *tête*, sur le *cou* ou sur le *tronc* du fœtus.

Nous aurons donc à étudier successivement :

1° L'**embryotomie céphalique**, qui comprend, à l'heure actuelle, deux opérations principales :

A. La **craniotomie**, qui consiste dans la simple perforation de la voûte ou de la base du crâne;

B. La **basiotripsie** qui broie la tête fœtale au niveau de sa base. Nous ne parlerons qu'accessoirement de deux opérations de broiement : la **céphalotripsie** et la **cranioclasie**, qui sont des procédés opératoires de beaucoup inférieurs à la basiotripsie.

2° L'**embryotomie** qui est pratiquée dans les cas de présentation de l'épaule et qui se divise en deux variétés, suivant que la section porte sur le *cou* (**embryotomie cervicale** ou **décollation**) ou suivant qu'elle porte sur le *tronc* (**embryotomie rachidienne**).

Dans le langage obstétrical courant, on désigne volontiers l'embryotomie