

les cas , consiste à embrasser d'abord le col utérin et à fixer la totalité de l'organe au moyen d'une sorte d'anneau monté sur un long manche de manière à pouvoir être introduit dans le vagin; puis après avoir fait sur la ligne blanche et au-dessus de la vessie une incision assez étendue pour permettre l'introduction de la main , le chirurgien saisit la matrice , l'attire à lui , la soulève , et coupe les ligaments larges et l'extrémité supérieure du vagin , au moyen de longs ciseaux conduits de la main droite.

Cette méthode, la plus dangereuse de toutes et qui est une des plus faciles à exécuter , n'a été appliquée sur le vivant par MM. *Langenbeck* de Goettingue et le professeur *Delpech*. Sans parler des modifications qu'y ont apportées ces deux habiles chirurgiens, nous nous bornons à dire que les deux femmes ont succombé l'une après trente-deux heures , et l'autre le troisième jour.

Cette horrible opération offre si peu de chances heureuses que non-seulement on ne devrait jamais la tenter , mais même ne la laisser figurer dans les traités de médecine opératoire que pour la proscrire sans restriction.

L'ablation de la matrice non déplacée , opérée par la méthode sous-pubienne , a été pratiquée pour la première fois , en 1822 par M. *Sauter* de Constance, médecin du Grand Duc de Bade; cet habile praticien avant de commencer l'opération fait vider la

vessie et le rectum , puis après avoir fait prendre à la malade la position que nous avons indiquée pour l'excision du col utérin et avoir dit à un aide de déprimer l'utérus et de refouler en haut les intestins , avec une main placée au-dessus du pubis de manière à ce que la paume regarde la symphise , « l'opérateur introduit l'index et le médius gauche dans le vagin , jusqu'à son cul-de-sac ; il passe le bistouri convexe entre ses doigts et coupe circulairement le vagin sur le col jusqu'à deux ou trois lignes de profondeur ; il porte ensuite entre les mêmes doigts des ciseaux courbes sur leur tranchant avec lesquels il sépare la vessie de l'utérus jusqu'au péritoine , en serrant de près l'utérus ; pour cela, il tire et amène entre les lames des ciseaux, avec ses doigts , les portions de tissu cellulaire les plus fortes , afin de les couper avec précaution. Ce procédé est plus facile et plus sûr que celui où l'on emploie le bistouri concave. Cette séparation , poussée jusqu'au péritoine inclusivement , sera achevée , à la face postérieure de l'utérus , avec des ciseaux courbes sur le plat , dont la concavité reposera sur cet organe , qui le détacheront complètement du rectum , et permettront aux doigts glissés sur l'utérus de pénétrer dans l'abdomen. Parvenu à ce point, l'opérateur introduit la main gauche en entier , la paume tournée en arrière et enveloppant l'utérus ; avec l'index et le médius il tire en bas la plus élevée des attaches latérales , et la

coupe avec le bistouri concave, glissé entre ses doigts et conduit avec lenteur et précaution; il en fait de même pour l'autre attache, en opérant au même point sur chacune d'elles alternativement, pour pouvoir faire la section avec sûreté des deux côtés, tandis que la matrice est encore en position. Il est inutile de remarquer que l'opérateur doit avoir soin de faire tomber les dernières sections sur la première, afin de ne pas prolonger inutilement l'opération.

» Pendant tout le temps que celle-ci dure, l'aide sus-indiqué doit maintenir sa main, comme il a été dit plus haut; lorsqu'elle est achevée, l'opérateur doit s'occuper de l'hémorrhagie. Il se peut qu'elle ne soit pas considérable; c'est ce qui a eu lieu dans mon observation, et ce qui doit arriver toutes les fois qu'on se tient près de l'utérus, parce que ses vaisseaux sanguins propres sont d'un petit calibre, comme des recherches multipliées me l'ont montré. Dans ce cas, l'hémorrhagie ne demande point de secours particuliers: mais si elle est considérable et donne de l'inquiétude, il faut immédiatement introduire un grand gâteau de charpie, qu'on pousse contre les intestins, puis garnir tout le pourtour du vagin avec de grands morceaux d'agaric préparé, dont on remplit le vide avec de la charpie; ce moyen simple me paraît préférable à l'emploi des styptiques.

» La malade, après ce pansement, sera couchée

et maintenue dans une position horizontale; ce sera seulement alors que l'aide cessera de retenir les intestins avec sa main.

» S'il ne survient pas d'accidents étrangers aux conséquences naturelles de l'opération, la guérison ne demande que de simples précautions de prudence. Il faut éviter tout ce qui pourrait pousser les intestins dans le petit bassin, et pour cela il convient surtout que la malade ne change pas de situation pendant plusieurs jours. Les injections dans le vagin, si on les juge nécessaires ou convenables devront être poussées avec douceur, pour qu'elles ne pénètrent pas dans l'abdomen; on aura la même attention en plaçant de la charpie. Dans les cas ordinaires, ces précautions sont suffisantes, le reste doit être abandonné à la nature qu'il suffit de ne pas troubler. » (Mémoire de *Sauter*, traduit par le docteur *Peschier* de Genève, et inséré dans les mélanges de chirurgie étrangère, 1824).

La femme qui d'après ce procédé fut opérée par M. *Sauter*, le 28 janvier 1822, mourut quatre mois après. M. *Hoelscher* qui opéra d'après la même méthode, le 5 février 1824, vit mourir sa malade au bout de 24 heures. Il fut obligé d'inciser latéralement le vagin pour faciliter les manœuvres et l'introduction des mains; et dans le but de diriger l'action de l'instrument tranchant pendant la séparation de l'insertion vaginale sur la face antérieure de la ma-