

2^e temps. — On détache la ficelle, la balle de plomb l'entraîne, elle passe de l'autre côté du cou, qui est ainsi embrassé dans le fil coupant.

On saisit les deux chefs et on scie par un mouvement de va-et-vient. Quand on arrive sur la colonne vertébrale, il faut : 1^o mettre en contact avec celle-ci une portion de ficelle, qui n'ait point encore servi à scier, et 2^o avant de recommencer à scier il faut tirer lentement et fortement en bas pour luxer la colonne vertébrale (Pajot).

Après la **décollation**. — Quel que soit le procédé employé, on accroche le maxillaire avec deux doigts intro-

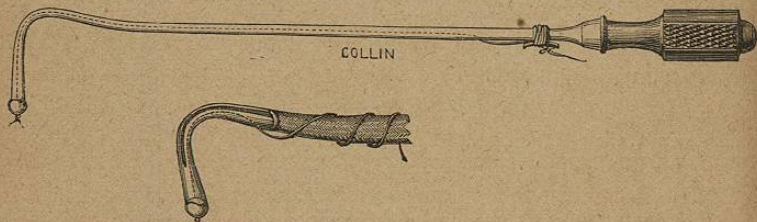


Fig. 121. — Décollation par le procédé de la ficelle (procédé de Pajot).

duits dans la bouche et on tire; on peut même être obligé d'appliquer le forceps. Il faut veiller aux éraflures du vagin par la vertèbre sectionnée. Le tronc vient en général facilement en tirant sur un des petits membres, ordinairement un bras. Délivrance artificielle, grands lavages utéro-vaginaux.

CHAPITRE VI

EXTRACTION DU FŒTUS PAR AGRANDISSEMENT DU BASSIN

§ I. — SYMPHYSEOTOMIE

La *Symphyséotomie* est une opération qui a pour but d'agrandir momentanément l'aire utile du détroit supérieur, en écartant après section de la symphyse pubienne, chacune des deux moitiés du bassin mobilisées autour de leur articulation sacro-iliaque.

La symphyséotomie fut préconisée par Sigault, d'Angers, 1768. Simple étudiant en médecine, il présenta sur ce sujet un Mémoire à l'Académie de chirurgie qui repoussa cette opération. Cinq ans plus tard, il en fit le sujet de sa thèse inaugurale 1773 et, en 1777, il pratiqua sa première symphyséotomie qui réussit à merveille. Dès ce moment, l'opération eut une vogue extraordinaire et la Faculté de médecine, pour célébrer cet événement, fit frapper une médaille en l'honneur de son auteur. Sigault eut des partisans enthousiastes, mais aussi des détracteurs, et comme aujourd'hui, il y eut des camps adverses, les *césariens* et les *symphéens*. Puis, survinrent des revers, et l'opération tomba en France dans le discrédit et dans l'oubli.

En 1863, Morisani, de Naples, publiait un travail documenté pour réhabiliter la symphyséotomie; depuis cette époque, lui et ses élèves, et en particulier Spinelli, s'en firent les apôtres convaincus.

En décembre 1891, le professeur Pinard, s'appuyant sur les résultats des accoucheurs italiens, et sur les expériences de Farabeuf et Varnier, fit une leçon pour recommander hautement l'opération de Sigault; en avril 1892, il présentait à la Société d'obstétrique trois opérations de symphyséotomie.

Cette opération a pris le premier rang parmi les interventions obstétricales; elle tend à devenir de pratique courante. Elle repose :

1^o Sur la laxité relative des articulations sacro-iliaques permettant, la symphyse pubienne étant sectionnée, d'écartier sans grand dommage, et d'une façon notable, les deux moitiés du bassin ainsi disjoint;

2^o Sur l'agrandissement de l'aire du détroit supérieur, conséquence de cet écartement.

La largeur de l'écartement possible — l'agrandissement proportionnel au degré de la disposition pubienne — ont été soigneusement étudiés et mesurés par Farabeuf.

De leurs recherches, il résulte que :

A. Sur un bassin à articulations saines, l'on peut sans

Crainte de dégâts nuisibles écarter de 7 centimètres les deux symphyses pubiennes.

B. L'augmentation d'aire utilisable, variable avec l'écartement; mais, fait très important, cette augmentation n'est pas mesurée par le déplacement en avant de l'arc pubien seul; les deux pubis étant écartés, la ceinture pelvienne est ouverte en avant, et dans la largeur de cette ouverture s'enclave, pénètre un segment de la tête fœtale; cette partie est alors hors du bassin, et le diamètre de la tête fœtale enserré dans le détroit supérieur. Le bénéfice que procure la symphyséotomie est dû à deux facteurs :

1° L'allongement antéro-postérieur du diamètre rétro-pubo-coccygien, du culmen de la face postérieure du pubis au sacrum : c'est le plus faible; à peine donne-t-il 10 ou 12 millimètres pour un écartement de 7 centimètres; 2° la diminution du diamètre céphalique par la sortie d'une portion du segment céphalique par la brèche pelvienne : c'est le plus important, faisant bénéficier de 20 millimètres lorsqu'on gagne 10 avec le précédent.

Ces deux facteurs ne croissent pas parallèlement. Le facteur — écartement pubien — donne d'abord un grand déplacement en avant; mais la progression décroît rapidement pour devenir nulle. Le bénéfice de l'écartement est encore en rapport avec le volume primitif du bassin; plus le bassin est petit, plus il est grand.

Pour un écartement de près de 7 centimètres, on gagne

12 millimètres pour un bassin de 60
11 — — — de 70
10 — — — de 80
9 — — — de 90

Au contraire, pour la tête, l'épaisseur du segment engagé, presque nulle pour les premiers centimètres d'intervalle inter-pubien, progresse de plus en plus.

De 1 millim. 1/2 pour 2 centimètres d'intervalle pubien.
De 5 — — — 4 — — —
De 13 — — — 6 — — —
Plus de 20 — — — 7 — — —

D'où la conclusion : pour obtenir un résultat notable, il faut avoir recours aux grands écartements.

Avec 5 centimètres d'écartement inter-pubien, on peut obtenir :

20 millimètres pour un bassin de 60 soit un diamètre total de 80
19 — — — 70 — — — 89
18 — — — 80 — — — 98
17 — — — 90 — — — 107

Avec 7 centimètres d'écartement — écartement pratique — on peut obtenir :

33 millimètres pour un bassin de 60 soit un diamètre total de 93
32 — — — 70 — — — 102
31 — — — 80 — — — 113
30 — — — 90 — — — 120

Avec ces repères, on peut intervenir à bon escient dans un cas donné.

REMARQUE. — Pour que l'opération soit possible et utile, il faut que les articulations sacro-iliaque soient saines; l'immobilité de l'une d'elles empêche d'écarter utilement les symphyses.

Opération. — *Précautions préopératoires.* — La région vulvo-pubienne est rasée, savonnée, lavée; le vagin est soigneusement désinfecté et dilaté avec le ballon de 33 centimètres de diamètre.

Instruments. — Bistouri ordinaire, bistouri court, étroit mince, sans dos, pour sectionner la symphyse; ciseaux, pinces hémostatiques. Sonde cannelée ordinaire, sondogouttière arquée de Farabeuf, qu'on peut remplacer au besoin par un manche de cuillère courbé (et désinfecté); écarteurs, mesurateurs, levier préhenseur de Farabeuf, pouvant à la rigueur être suppléé par le forceps. Grosses et moyennes aiguilles et leur porte-aiguille, grosses soies, fil d'argent. D'autres instruments rendent plus parfait cet outillage : le *disjoncteur*, ou bien le *compas élastique à cadran*, la pince modératrice de l'écartement.

Trois aides sont nécessaires : un pour le chloroforme, deux pour soutenir les cuisses. La femme est placée en position obstétricale et l'opérateur s'assied entre ses cuisses.

Manuel opératoire. — Nous ne pouvons mieux faire qu'en reproduisant ici les règles opératoires telles que le professeur Farabeuf les a données (1).

A. — Du bout de l'index gauche, appuyé au côté du clitoris et descendant devant la symphyse, arrivez à sentir l'arcade l'arcuatum, qui est quelquefois très bas, presque au niveau du gland du clitoris. Cela demande quelque patience; peu à peu, le doigt fait son trou; il est nécessaire de sentir le sous-pubis, car c'est la limite inférieure de l'incision, qui doit être longue et surtout *descendre assez bas*.

Commencez-la donc à 5 centimètres au-dessus du bord pubien supérieur et terminez-la au niveau du bord inférieur, vous méfiant, en cette région-ci, de l'élasticité de la peau qui fait fuir le tégument devant le tranchant.

Coupez de plusieurs longs traits donnés sur la ligne médiane, tout le pannicule graisseux, faisant pincer les veines, si par hasard il en était besoin. Coupez du haut en bas de la plaie, jusqu'à ce que deux écarteurs vous montrent bien les tissus blancs tendineux du manchon péri-osseux et le ligament suspenseur médian du clitoris. Celui-ci, vous avez besoin de le voir mieux encore; de chaque côté, vous pouvez avantageusement descendre quelques petits et légers traits de bistouri.

Commandez d'amener les écarteurs dans la moitié inférieure de la plaie, s'ils n'y sont déjà. De votre gauche, pincez et tirez le clitoris pour l'abaisser et *faire surgir la masse des faisceaux élastiques suspenseurs*.

Aussitôt ce résultat obtenu, et il l'est facilement, tranchez le ligament directement et horizontalement; ou bien, pincez-le tout entier, en travers, près de l'organe et, la pince ayant été prise par la main gauche, coupez juste au-dessus des mors. Si votre votre incision transversale des faisceaux élastiques a été hardie, complète, la plaie

(1) Cette description est empruntée à la *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, juin 1894. Dans le dernier fascicule de son *Traité de médecine opératoire* (août 1893), le professeur Farabeuf a donné avec plus d'extension encore la technique de cette opération de premier ordre et qui doit devenir courante.

s'ouvre largement et montre à nu la face de l'arcuatum, l'intérieur de la séreuse ébauchée (fig. 26).

Du bout de la gouttière arquée, abaissez la lèvre inférieure et le clitoris, grattez au besoin l'arcuatum avec cet instrument ou un autre analogue; bref, ouvrez la voie sous-symphysienne.

B. — Remontez dans la partie supérieure de la plaie et sur la ligne médiane qui se sent, incisez le dur entrecroisement fibreux entre les tendons des muscles droits qui descendent devant les pubis. Vous pourriez amorcer l'incision sur le pubis même, en y appuyant fort le bistouri. Par la courte fente ainsi obtenue sans danger, la sonde cannelée ou la branche mousse des ciseaux introduite de bas en haut éloignerait toute crainte d'échappade dans la profondeur. Derrière les tendons aplatis et larges, est un espace celluleux. Vous y sentirez peut-être un tractus fibreux élargi en bas, percé d'un trou et traversé par les vaisseaux sus-pubiens. Rompez tout cela du bout du doigt qui, fortement recourbé, cherchera tout de suite à gratter de l'ongle en descendant derrière le bourrelet pour en décoller tout ce qui y est appliqué. Si la tête vous gêne, faites-la soulever. Mais, soit du bout du doigt, assez recourbé pour travailler avec l'ongle, soit du bout de la gouttière arquée, travaillant sous le doigt, raclez en descendant très bas, très profondément derrière la symphyse, jusqu'à ce que vous sentiez le bord libre de l'arcuatum. Exceptionnellement, son ligament vésico-pubien médian offrira une résistance sensible.

Laissez là, dans la profondeur, le bout de votre doigt, afin qu'il reçoive le bec de la gouttière arquée que vous revenez engager en avant dans l'ouverture de la voie sous-symphysienne que vous avez tout d'abord préparée.

Cela se fait en quelques instants, et quand c'est fait, la gouttière arquée tient le bourrelet, c'est-à-dire que vous tenez la jointure; son dos écarte les veines, c'est assurer que vous ne les blesserez pas.

Il vous reste à reprendre le bistouri, qui doit être *mince*, et à couper par des traits successifs *dans le plan médian*,

jusqu'à ce que tout, absolument tout ce qui unit les os soit divisé. Je possède une cisaille expéditive qui coupe aussi bien le pubis que la symphyse.

L'opération n'est qu'à moitié faite : il faut maintenant disjoindre les articulations sacro-iliaques postérieures, c'est-à-dire écarter les pubis.

Faites d'abord agir les aides sur les cuisses, pour passer le doigt entre les os et vous assurer que rien ne vous a échappé, ensuite pour faire la place aux extrémités de l'écarteur métallique, si vous en avez un.

Quand vous devez faire agir par les cuisses, commandez de les mettre dans l'abduction maxima, de les y tenir demi-étendues ou dressées, et de leur imprimer, si c'est nécessaire dans le sens de l'abduction, des ébauches de petites secousses synchrones, violentes, mais brèves, limitées et pour ainsi dire retenues. Pendant ce temps, je conseille d'observer du bout du doigt ce que devient le plancher périnéal et d'en favoriser l'élongation en appuyant de chaque côté, près des piliers de l'arcade, pour l'en désinsérer peu à peu. Avec des aides incapables de faire autre chose que tenir les jambes, vous devrez provoquer vous-même l'abduction nécessaire sans quitter votre position, en plaçant une main en dedans de chaque genou tenu à votre portée.

Veillez à ce que l'écartement soit symétrique, c'est-à-dire à ce que les deux pubis se maintiennent au même niveau, car en s'écartant, le pubis descend. Si l'un des côtés résiste tandis que l'autre cède, le pubis de celui-ci se montre plus abaissé que l'autre. Vous savez comment, grâce à la flexion-adduction, appuyée du côté suffisamment écarté, on peut triompher de la résistance du côté opposé.

Quand l'écartement nécessaire a été obtenu, garnissez la place de gaze antiseptique. Pour le reste, si rien ne presse, laissez faire l'utérus. Autrement, le col étant bien dilaté, extrayez le fœtus à l'aide du préhenseur-levier-mensurateur. Si vous ne l'avez pas, n'employez le forceps qu'en cas de nécessité absolue, à moins que le sacrum ne soit court et plat, ou le périnée détruit. Vous pourriez aussi extraire

l'enfant par les pieds, mais vous connaissez les risques d'asphyxie qu'entraîne ce procédé lorsque soit le col utérin, soit le plancher périnéal, résistent quelques minutes.

Aussitôt que la tête sera engagée dans l'excavation, commencez à vous défier de l'action des épaules. Il est devenu inutile de maintenir l'écartement interpubien, nuisible même, car, dans cette position des os, les deux muscles releveurs distants ne forment plus cette boutonnière qui concourt à faire tourner la tête, l'occiput en avant. C'est Varnier qui a reconnu la nécessité de modérer l'écartement après la descente de la tête.

Les épaules, si vous les laissez faire, pourraient s'engager brusquement, exagérer l'écartement et peut-être déchirer les parties molles antérieures. Donc, une fois la tête dans l'excavation, provoquez sa rotation et sans détruire complètement l'écartement, dites aux aides de rapprocher les os iliaques et de les maintenir solidement afin de modérer la marche des épaules et surtout leur action dilatatrice.

Après la délivrance et la toilette de l'utérus et du vagin, où l'on dépose une mèche antiseptique, vous fermerez la plaie.

Si vos mains sont douteuses, vous devez auparavant les laver soigneusement; et même, s'il vous reste quelque inquiétude, je crois que vous ferez bien de placer deux tubes pour drainer devant et derrière les pubis.

Donc, après avoir enlevé le tampon qui fermait la plaie, et lavé celle-ci avec un liquide antiseptique, vous placerez plusieurs sutures perdues transversales profondément sous les rubans prépubiens et vous les serrerez très fort pendant que vos aides tiendront les hanches rapprochées. Vous suturerez la peau *ad libitum*, et vous panserez antiseptiquement comme vous savez le faire. (Farabeuf.)

OPÉRATION DE FARABEUF (ISCHIO-PUBIOTOMIE)

C'est l'opération qui convient au bassin oblique ovalaire de Nœgelé et à ses analogues, dans lesquels il y a ankylose d'une articulation sacro-iliaque.

La symphyséotomie exige l'intégrité et la souplesse des deux articulations postérieures du bassin. Elle n'était pas applicable aux bassins rentrant dans la catégorie sus-mentionnée.

C'est alors que M. Farabeuf a eu l'idée de reporter la section de la ceinture pelvienne à 4 ou 5 centimètres du pubis, pratiquée du côté ankylosé. Par cette opération, on gagne de la place de deux façons : 1° La moitié iliaque saine, mobile sur sa charnière sacrée, peut s'ouvrir de 10 millimètres ; 2° la portion de la branche ischio-pubienne, détachée de l'os iliaque ankylosé et entraînée par l'os iliaque sain, jouit d'une certaine mobilité au niveau de la symphyse pubienne ; il se déplace en avant comme un volet et permet d'augmenter l'ouverture pelvienne du côté rétréci.

Opération. — *Instruments.* Bistouri, ciseaux, pinces hémostatiques, écarteurs, rugines, scie à chaîne et ses accessoires, aiguille mousse flexible, passe-fil emmanché ; si l'on veut faire des sutures : perforateurs et fils métalliques, aiguilles et fils divers.

Manuel opératoire. — Les *incisions tégumentaires* doivent se trouver sur une ligne parallèle à la ligne médiane et distante de 4 centimètres. C'est là que le cadre osseux du trou ischio-pubien sera dénudé en deux points, que la scie à chaîne sera passée.

Première section, ischion. — La femme est en position obstétricale, au bord du lit, rasée ; l'opérateur entre les cuisses relevées par des aides.

Un doigt étant introduit dans le vagin (qui a été tamponné), le pouce placé dans le pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre ou inversement, on pince tout le possible (lèvre et bulbe vaginal) et on sent l'os du bout des doigts.

On fait alors sur l'os même, une incision antéro-postérieure de 4 centimètres dont la partie moyenne est au droit de la fourchette.

Ayant exposé la face extérieure de l'os en donnant un coup de bistouri dans le sens des fibres musculaires qui en partent, on prend la rugine courbe pour dénuder dans l'étendue nécessaire la face extérieure, les bords, la face

postérieure du pilier de l'arcade, et enfin pour le contourner et le charger de dedans en dehors, en faisant apparaître le bout de l'instrument dans le trou sous-pubien.

Pendant ce temps, le doigt placé dans le vagin exerçait une surveillance au point de vue de l'intégrité de la paroi vaginale.

On passe l'aiguille et la scie à chaîne de dedans en dehors dans la voie faite derrière l'os et l'on ne scie qu'après avoir refoulé les parties molles le plus possible en arrière vers la tubérosité de l'ischion, derrière la fourchette, et on tâche de ne pas faire de pointes.

Avec le doigt et le bout d'une rugine droite, on essaye de détacher aussi haut qu'on le peut la membrane obturatrice du bord interne du trou ischio-pubien.

Deuxième section, pubis. — On marque bien l'épine pubienne du côté opéré. A 4 centimètres de la ligne médiane, il faut tracer une ligne parallèle (elle passe à un petit travers de doigt en dehors de l'épine) sur laquelle on fait une incision de 5 centimètres, commençant à un grand travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. L'hémostase faite, on aperçoit les fibres blanches de l'arcade et au-dessous, l'enveloppe aponévrotique du muscle pectiné dont on détache l'arcade et le ligament de Gimbernat pour les couper dans le sens de l'incision cutanée, c'est-à-dire perpendiculairement à leurs fibres. Il faut en effet diviser, et cela se fait en dehors de l'orifice inguinal externe, toutes les fibres que l'on voit et aussi celles des ligaments de Gimbernat et de Cooper, que l'on trouve dans la profondeur avec la plus grande facilité, tout en respectant le contenu du canal inguinal. L'on fend alors hardiment sur l'os, le pectiné, et la surface pectinéale du pubis se montre à nu et se sent. Quelques coups de rugine sont à peine nécessaires pour permettre de passer la scie à chaîne derrière l'os de dessus en dessous. Mais avant de scier, la rugine sera quelquefois rappelée pour refouler en dehors les parties molles, car il faut diviser l'os loin de la ligne médiane, à 5 centimètres. Il faut peut-être, pour y arriver, soulever la tête fœtale.

Achèvement de la séparation des os. — La double section osseuse accomplie, rien ne s'écarte encore. Il faut que par la plaie supérieure, la rugine soit poussée de haut en bas le long du bord interne du trou pour achever la désinsertion de la membrane obturatrice; il faut que l'exploration de l'index gauche, à mesure que l'écartement se produit, signale les bribes fibreuses tendues qui persistent à résister, afin que la droite, à l'aide d'un instrument mousse et fort, une rugine, des ciseaux fermés, charge ces obstacles et les rompe en faisant une pesée appuyée sur le pubis. Le doigt explorateur fait lui-même bien des choses et réussit à forcer sans danger, par exemple, la bandelette d'insertion du releveur, si on la juge trop résistante.

Quand le doigt a senti que toute l'arcade crurale superficielle et profonde, y compris la bordure de Cooper qui rampe sur la crête pubienne, est parfaitement divisée; que rien ne reste entre les deux plaies de ce qui fut la membrane obturatrice, etc., les os ne s'écartent pas encore, si l'aide qui tient la cuisse la tient écartée, car ainsi, les adducteurs insérés au corps du pubis, sont distendus et retiennent celui-ci rapproché des parties dont la scie vient de le séparer.

De toute nécessité, il faut donc que la cuisse soit tenue dressée, c'est-à-dire en demi-flexion et en *abduction très légère* juste suffisante pour permettre à l'accoucheur de manœuvrer librement. Ainsi les muscles adducteurs non distendus cesseront de s'opposer à l'écartement. Il faut, en outre, que la jambe ne soit pas immobilisée afin que la cuisse reste *libre de tourner*, c'est-à-dire de céder aux muscles obturateurs, pour que ceux-ci puissent céder au pubis qui, en s'écartant, emporte une partie de leurs insertions.

Ces conditions étant réalisées, l'opérateur aura à se rendre compte de la souplesse de la symphyse pubienne; il ne lui serait pas difficile de l'augmenter même sans davier, car du bout des doigts on arrive à luxer en avant la valve pelvienne mobile au détriment de quelques fibres intrapelviennes insignifiantes.

M. Farabeuf estime qu'on obtiendra facilement, dût-on faire une pesée entre les os avec un ciseau, un écartement transversal de 3 centimètres et plus, entre les surfaces sciées. Plus n'est pas nécessaire, car la symphyse sacro-iliaque restée seule mobile ne le permettrait peut-être qu'avec des risques.

CHAPITRE VII

EXTRACTION DE L'ENFANT PAR SECTION ABDOMINALE

L'extraction par section abdominale se pratique, soit en se bornant à enlever le fœtus et ses annexes — c'est l'opération Césarienne, soit en enlevant tout l'utérus — c'est l'opération de Porro.

Ces deux opérations, dont la deuxième peut parfois se substituer, par nécessité à la première, comportent des précautions, des soins et des temps préliminaires que nous décrirons ensemble, et enfin, une technique spéciale à chacune d'elles.

Nous serons bref sur cette première partie qui rentre dans les règles générales des laparotomies, dont la description minutieuse sort du cadre de notre livre et nous renvoyons au *Traité de gynécologie* de S. Pozzi.

OPÉRATION CÉSARIENNE

Précautions générales. — Il faut se munir d'aides sûrs en nombre suffisant, au moins 2 et même 3, pas plus de 5.

De chloroforme anesthésique.

D'eau très chaude et d'eau bouillie en très grande quantité (10 à 15 litres); de solutions antiseptiques variées.

De pièces de pansement antiseptique : gaze iodoformée, ouate hydrophile. Un bandage de corps large et long pour faire deux fois le tour du corps et en flanelle si possible.

Des compresses éponges très nombreuses, conservées dans des solutions antiseptiques chaudes, qu'on exprime quelque temps avant de s'en servir. Ces compresses qui seront sous la surveillance distributrice d'un même aide, ne devront jamais être présentées que prises dans les mors d'une pince.

Soies et catguts, surtout de gros calibre et dont on devra être *absolument* sûr.

Tubes à drainage en caoutchouc rouge.

Linges secs chauds.

Sérum artificiel et un appareil pour l'injecter.

La chambre rigoureusement aseptique, dans laquelle on aura fait des pulvérisations phéniquées (si on opère hors d'une salle spéciale) avant l'opération (point pendant) sera maintenue à une température de 18 à 20 degrés.

Instruments. — Bistouris convexes et boutonné; ciseaux longs et forts; trois douzaines de pinces à forcipressure hémostatiques ordinaires et pinces longues et fortes droites et courbes. Longue aiguille à manche et courbe; jeu de moyennes et grosses aiguilles à sutures avec un porte-aiguille solide.

Sonde cannelée en acier et passe-fil.

Cordon en caoutchouc rouge de 50 centimètres de longueur et 5 millimètres de diamètre.

Broches en acier détrempe, de 25 centimètres de long et de 1 millimètre de diamètre environ, pointues par une de leurs extrémités, au nombre de 4, et un manche pour les passer.

Thermocautère. Laveur. Sonde vésicale.

Précautions concernant les aides. — Asepsie parfaite.

Précautions concernant la femme. — Quand l'opération n'est pas faite d'urgence, la veille on aura donné un lavement, répété le matin même; désinfection du vagin et tampon antiseptique *vulvaire*. Savonnage, brossage et lavage antiseptique de l'abdomen qui sera recouvert de compresses antiseptiques.

Le jour de l'opération. — Lavement préalable le matin; un lavage du rectum à l'eau boriquée au moment de l'opé-

ration. Brossage et lavage des voies génitales externes et de l'abdomen; lavage et rinçage du vagin. Lavage vésical à l'eau boriquée.

Les cuisses de la femme sont entourées de ouate ou de flanelle.

Comme table d'opération, on peut prendre une table très propre et pas très haute; une table en bois blanc solide fera très bien l'affaire; sans cela utiliser une table de salle à manger dont on a rabattu les volets. Elle sera recouverte non pas d'un matelas, mais de draps blancs, frais lessivés, qui en tiendront lieu.

La malade étant endormie, un aide qui ne participe pas directement à l'opération, *vide la vessie* (essentiel).

Des compresses sont placées sur l'abdomen.

Incision de l'abdomen. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane de 15 à 18 centimètres de longueur, commençant au-dessus de l'ombilic qu'elle contourne à gauche et s'arrêtant à 4 centimètres de la symphyse. Pinces sur les vaisseaux. Au fur et à mesure qu'on incise, les aides étanchent et cachent la plaie avec les compresses éponges.

Incision du péritoine. — On soulève le péritoine avec une pince, on y fait une petite boutonnière dans laquelle on passe une sonde cannelée sur laquelle la séreuse est ouverte.

La cavité abdominale ouverte, les aides ourlent immédiatement la plaie de compresses éponges, munies de pinces: s'il y a du liquide on l'étanche. On applique la paroi abdominale contre l'utérus dont le globe fait hernie dans les lèvres de la plaie.

Incision de l'utérus. — L'utérus est ramené sur la ligne médiane, on le palpe doucement (pour ne pas l'exciter) afin de tâcher de sentir l'adhérence placentaire et si possible l'éviter. Puis on incise l'utérus sur une longueur de 4 à 5 centimètres, on introduit dans la plaie son doigt, préalablement trempé dans une solution de sublimé, et on explore la cavité utérine rapidement, à la recherche de la situation placentaire; enfin, sur ce doigt à l'aide de

ciseaux, on agrandit l'incision de l'utérus en haut et en bas ; ce temps doit se faire vite, sans s'inquiéter du sang. Si, par malheur, on tombait sur le placenta, on l'inciserait franchement.

L'ouverture de l'œuf se fait souvent au moment même de la section de l'utérus et un flot de liquide indique la ponction des membranes.

Extraction du fœtus. — On saisit la partie quelconque, qui se présente au niveau de l'ouverture, on s'en sert pour extraire le fœtus et, si besoin est, on emploie le forceps ; on applique deux pinces sur le cordon, entre lesquelles on le sectionne, et on enlève l'enfant.

Extraction de l'arrière-faix. — L'enfant extrait, sans s'en occuper — cela regarde les aides — on plonge la main dans l'utérus, on décolle l'arrière-faix, s'il ne l'est pas déjà, on vide complètement l'utérus, tandis qu'un aide fait une injection chaude d'eau bouillie à 45 degrés pour arrêter le sang, et au besoin on fait une injection sous-cutanée d'ergotine.

Si l'hémorragie persistait, on pourrait prendre une serviette pliée en cravate, qu'on enroulerait rapidement autour de l'utérus, et qu'on tordrait comme un garrot (Saënger).

Enfin comme dernière ressource, on ferait une ligature élastique, et l'amputation de l'utérus.

L'hémorragie est effrayante : il faut s'y attendre, et, sans précipitation, user des différents procédés d'hémostase à sa disposition.

Suture de l'utérus. — L'hémostase faite, l'utérus est entouré de compresses. Si le col n'est pas très perméable on place un tube dans le canal cervical allant dans le vagin, ce tube, important, doit à peine dépasser l'orifice interne du col. On lave, tamponne, une dernière fois, et on pratique la suture :

Un plan profond.

Un plan superficiel.

On aura recours aux sutures en surjet.

La suture profonde sera faite avec du fil de soie aseptique, à l'aide de la grande aiguille courbe.

Le premier point sera piqué à un centimètre au-dessus de l'extrémité de la plaie utérine : chaque point intéressant toute la paroi partira d'une marge de deux centimètres des bords de la plaie. Le premier point sera noué et on descendra un surjet dont les points opposés seront à trois ou à deux centimètres de distance.

La suture superficielle, ou plutôt demi-profonde se fera à l'aide d'un surjet au catgut n° 1. Chaque point sera espacé d'un demi-centimètre environ. On se servira soit d'une aiguille courbe, soit d'une aiguille d'Hagedorn.

Toilette du péritoine soignée, puis suture de la paroi abdominale suivant le procédé Pozzi en surjet et à trois plans — péritonéal — musculo-fibreux — superficiel. Pansement, ouate, et compression.

Lavage du vagin, et bourrage à la gaze. On vide la vessie.

Les soins ultérieurs sont ceux des laparotomies. Il faut tout particulièrement veiller à l'asepsie du vagin ; quand on a mis un tube, on doit l'enlever dès le troisième jour et même avant, car en tant que corps étranger, il peut nuire à la rétraction utérine et compromettre l'hémostase consecutive.

Lavements tous les jours ; antiseptie intestinale à l'aide de cachets de naphthol ou de pastilles de charbon naphtholé. La vessie doit aussi être vidée et lavée à l'eau boricuée tiède.

Enfin, soins importants, quoique n'intéressant pas directement l'opération, on lave, soutient et surveille les seins.

Amputation sus-vaginale de l'utérus gravide. — *Premier temps* : Analogue au premier temps de l'opération précédente, sauf agrandissement de l'incision, ordinairement nécessaire.

Deuxième temps : Le même.

Troisième temps (nouveau) : Ligature de l'utérus. On fait basculer l'utérus en avant pour le faire venir au dehors de la cavité, tandis que les aides latéraux, rapprochant

derrière les lèvres de la plaie abdominale, s'opposent à l'issue des intestins ; puis, tandis qu'on le maintient, l'opérateur étirant le cordon en caoutchouc, en entoure deux fois l'utérus à l'union du col et du segment inférieur, croise les deux chefs, et fait appliquer sur eux une forte pince ; cette fixation provisoire est rendue définitive, par une double ligature sur les chefs du cordon élastique.

Amputation. — A l'aide d'un fort bistouri ou d'un petit couteau à amputation, on sectionne l'utérus à deux travers de doigt au-dessus du fil. Avec les ciseaux, on creuse légèrement la partie médiane, et on abrase la muqueuse qui fait hernie, et s'il s'agit d'un cas septique, on touche au thermo.

Ceci fait, on passe en croix sous le lien élastique les broches en croix, on suture tout autour du moignon le péritoine de façon à faire là une rigole péri-pédiculaire, puis on fait la réunion abdominale ; on saupoudre à l'iodoforme, on bourre et entoure bien la gouttière et le moignon. Pansement antiseptique sec par-dessus.

Il faut avoir soin de bien matelasser les broches qui meurtriraient autrement les parois abdominales.

Tantôt la gangrène du moignon est sèche — c'est le cas le plus favorable — tantôt elle est humide, et alors il y a des sécrétions ; les soins doivent être plus minutieux, et il faut, pour achever la guérison, pratiquer l'abrasion des parties mortifiées qui tarderaient à s'éliminer.

Si le moignon saignait, on pourrait mettre une deuxième ligature, ou faire la suture du moignon.

Vers le huitième jour on enlève les fils de suture abdominale, et en général vers la troisième semaine le pédicule tombe, laissant un gros ombilic granuleux.

La toilette vaginale, les soins du côté de la vessie, du tube digestif, des seins, sont les mêmes que ceux énumérés plus haut.

LIVRE IX

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

COMPLICATIONS SEPTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Autrefois, et il n'y a pas encore si longtemps, ces complications étaient comprises sous la rubrique d'*accidents puerpéraux*, accidents dus, croyait-on, à une sorte de diathèse passagère, inconnue dans son essence — *la puerpéralité* — spéciale à la femme enceinte, créée par l'état de gestation. Dès que chez l'accouchée le *génie malin*, ignoré et redouté, se manifestait, on voyait éclater des accidents de la plus haute gravité qu'on était le plus souvent incapable de conjurer. Ce qui faisait encore craindre d'une façon extrême l'apparition de cette infection puerpérale, c'était sa facilité presque fatale à se répandre, la persistance dans le temps de ses effets, et l'impuissance presque absolue des praticiens à prévenir sa propagation et à combattre ses ravages.

Actuellement il n'en est plus de même ; sa nature n'est plus un mystère pour nous et l'acquisition de notions pathogéniques précises, a permis au médecin de prévenir l'apparition de cette infection et de lui opposer une thérapeutique souvent efficace.

Les accidents puerpéraux sont des accidents septiques de la même nature que les autres accidents septiques des plaies, et ils sont dus à un agent virulent qui pénètre au niveau des plaies de l'accouchement, plaie utérine, déchirure du col, éraillures du vagin, de la vulve.

Si la femme accouchée, ou même enceinte, possède une susceptibilité toute spéciale à s'infecter, c'est que chez elle les portes ouvertes à l'infection sont largement béantes ; les vaisseaux lymphatiques, canaux vecteurs par excellence