

Dégénérescence des fibres utérines.

état défavorable à l'action réparatrice après l'accouchement. Il croit que l'involution, ou la dégénérescence graisseuse qui commence dans les fibres musculaires avant l'accouchement, les rend particulièrement impropres à la cicatrisation ; et il établit qu'à l'examen cadavérique, on trouve les lèvres de l'incision sèches, d'une vilaine couleur, béantes et sans aucune tendance

Quelques auteurs opèrent avant le terme de la grossesse.

à la guérison. En raison de ce fait, Hicks et d'autres chirurgiens ont opéré dix jours et plus avant le terme, dans l'espoir d'éviter cette cause de danger. Mais il est loin d'être prouvé que les modifications qui surviennent dans les fibres utérines soient la cause de la persistance de la plaie, et l'involution commencera aussitôt après que l'utérus aura été vidé, le terme normal ne fût-il pas encore atteint. En outre, il est douteux, au point de vue moral, que nous soyons autorisés à avancer, même de quelques semaines, la date d'une si dangereuse opération, à moins que le bénéfice n'en soit positivement démontré.

Objections à cette pratique.

Une cause importante de péritonite, c'est l'écoulement des lochies, à travers l'incision utérine, dans la cavité péritonéale, où elles se décomposent et agissent en provoquant de l'irritation. On peut éviter cet accident, dans une certaine mesure, en s'assurant de la perméabilité de l'orifice utérin, et faisant passer l'écoulement par ce canal, après avoir fermé par des sutures la plaie de l'utérus. En outre, il est dangereux de laisser tomber du sang et du liquide amniotique dans le péritoine où ils se décomposent ensuite. Et il est évident que la « toilette du péritoine », à laquelle les ovariotomistes attachent aujourd'hui une si grande importance, n'a jamais été particulièrement soignée dans les opérations césariennes.

Le mauvais état de la femme est la cause principale du danger.

Toutefois, la principale cause prédisposante de ces inflammations, c'est l'état de la femme, de même que l'inflammation asthénique de l'ovariotomie s'observe surtout chez celles dont la santé générale a été longuement minée par la maladie. Nous sommes donc pleinement autorisés à dire que la péritonite et la métrite se déclareront surtout après la section césarienne,

lorsque cette opération aura été inutilement retardée, et la femme épuisée par un travail prolongé. Nous en avons la preuve en remarquant que dans la grande majorité des observations mentionnées plus haut, la péritonite a été observée lorsque l'opération avait été faite dans des circonstances défavorables.

Les sources de la septicémie sont assez visibles, et l'absorption par les orifices béants des vaisseaux dans l'incision utérine n'est probablement pas la moindre.

Septicémie.

La commotion du système nerveux est encore un danger. Dans les 123 observations de Kayser, 30 fois la mort est attribuée à cette cause. Dans la grande majorité des cas, la femme était déjà profondément épuisée avant l'opération. Notre hésitation et nos lenteurs seraient funestes en prédisposant la femme à ces complications nerveuses ; en opérant au contraire lorsque ses forces sont encore intactes, nous lui laissons les plus grandes chances pour supporter l'ébranlement inévitable provoqué par une opération de cette importance.

Choc nerveux.

On a perdu encore quelques malades de complications accidentelles, qui peuvent survenir après toute opération, et qui ne dépendent nullement du procédé employé.

Dangers secondaires.

Il n'y a pour l'enfant qu'une seule cause de danger digne d'attention. Lorsqu'on le retire de la cavité utérine, les parois musculaires se rétractent parfois avec une telle rapidité et une telle force qu'une portion de son corps peut être saisie et retenue. Ce fait arriva deux fois dans les observations du D<sup>r</sup> Radford, et dans l'un de ces deux cas, « l'enfant était vigoureux quand on fit la première tentative pour le retirer ; mais il fallut si longtemps pour extraire la tête, qu'il ne donnait plus que quelques signes de vie, » et, malgré tout ce qu'on put faire, il mourut. J'ai vu moi-même la tête tellement emprisonnée, et si fortement retenue, qu'une seconde incision fut nécessaire pour la dégager. Dans les observations du D<sup>r</sup> Radford, le placenta fut trouvé immédiatement sous l'incision, et la rétraction rapide et exagérée de l'utérus est attribuée à son décollement prématuré. Il est difficile de croire qu'il y eût autre chose qu'une

Dangers pour l'enfant.

Rétraction rapide de l'utérus.

coïncidence, parce que la rétraction ne doit se produire que lorsque la plus grande partie de l'enfant est extraite, et parce que très souvent l'utérus a été ouvert directement sur le placenta, ou on a trouvé le placenta flottant et décollé, sans qu'il se soit produit le moindre accident. Je crois que ce fait peut être expliqué par l'irritabilité spéciale de l'utérus dans certains cas.

En dehors du danger qu'il y a de voir une région de l'enfant saisie et retenue, la rétraction rapide est un avantage réel, parce que l'hémorrhagie est alors beaucoup moins à craindre. On peut éviter cet accident sérieux, en amenant d'abord au dehors, lorsque c'est praticable, la tête et les épaules de l'enfant, ou en employant les deux mains à l'extraction, l'une placée près de la tête, l'autre aux pieds. L'une ou l'autre de ces méthodes est préférable à la pratique ordinaire qui consiste à saisir la partie de l'enfant qu'on a le plus de chances de trouver près de l'incision. Si l'on réussit dans cette manœuvre, les extrémités inférieures de l'enfant pourraient demeurer retenues pendant quelque temps sans que sa vie fût en péril.

Toutes les fois qu'on le peut on doit préparer la femme à l'opération.

Préliminaires de l'opération.

Le chirurgien devra sérieusement s'occuper de préparer la femme pour l'opération, et c'est un point capital, parce que toutes celles dont l'état exige la section césarienne sont dans des conditions de santé extrêmement mauvaises. Si on ne la voit pas avant qu'elle soit en travail, il est évident que ce point est hors de question. Mais c'est rare, parce que son vice de conformation doit avoir généralement attiré l'attention. On emploiera donc tous les moyens, si on le peut, pour améliorer son état général par un régime tonique et fortifiant, l'air pur, les médicaments reconstituants, le fer en première ligne, et on surveillera les sécrétions, l'intestin, la peau et les reins. Chaque fois que cela est possible, on doit choisir pour faire l'opération un appartement vaste et aéré, jamais une chambre d'hôpital. Ces détails peuvent paraître puérils et inutiles; mais, pour assurer le succès d'une entreprise aussi hasardeuse, aucun point ne doit être considéré comme superflu, et il est probable

que le défaut d'attention apporté à ces petites choses n'a pas été étranger à la mortalité excessive des opérées.

Devons-nous opérer avant que le travail ait commencé? En choisissant notre moment, ainsi que l'ont conseillé quelques auteurs, nous avons certainement l'avantage d'opérer dans les conditions les plus favorables, et sans être obligés de nous presser. Toutefois il y a de graves raisons pour nous faire attendre le début spontané de l'action utérine, et elles me paraissent contrebalancer et au delà l'avantage de choisir notre jour. Entre autres, l'orifice utérin sera partiellement ouvert, il offrira une voie d'écoulement aux lochies, et nous pourrions compter avec certitude sur les contractions actives de l'utérus, pour arrêter l'hémorrhagie. Barnes recommande de provoquer d'abord le travail prématuré, puis d'entreprendre l'opération. Ceci me paraît introduire un élément de complication inutile; et en outre, dans les vices de conformation extrêmes, il est loin d'être toujours facile d'atteindre le col pour déterminer le travail. On doit préparer à l'avance ce qui est nécessaire afin d'éviter toute précipitation et tout trouble lorsque l'opération est commencée, puis attendre patiemment que le travail se soit bien déclaré.

Choix du moment auquel on doit opérer.

L'opération elle-même est simple. La femme sera placée sur une table, en pleine lumière, et la température de la chambre élevée à 18° environ. Il vaut mieux ne pas donner de chloroforme, son administration ayant été fréquemment suivie de vomissements graves. M. Spencer Wells l'a depuis longtemps abandonné pour l'ovariotomie, et il trouve que le bichlorure de méthylène est préférable. Dans un ou deux cas, on a fait de l'anesthésie locale au moyen de deux pulvérisateurs agissant simultanément; cette méthode, si la femme a assez de courage pour se dispenser de l'anesthésie générale, a, en outre, l'avantage de stimuler puissamment l'action utérine.

Il faut éviter de donner du chloroforme.

L'incision devra être faite autant que possible sur la ligne blanche, pour éviter la blessure des artères épigastriques. Souvent, le vice de conformation du bassin altère extrêmement la

Description de l'opération.

Barnes

forme de l'abdomen, et quelques accoucheurs ont conseillé de faire l'incision oblique ou transversale, et sur la partie la plus saillante du ventre. Cette pratique ne doit pas être suivie, car les risques d'hémorrhagie en sont beaucoup augmentés. L'incision, partant un peu au-dessus de l'ombilic, est prolongée jusqu'à sept ou huit centimètres environ au-dessous de lui. On divise soigneusement la peau et les fibres musculaires, couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait atteint la surface brillante du péritoine, et on lie tous les vaisseaux qui saignent à mesure qu'on avance. On fait alors une petite ouverture dans le péritoine, et on l'étend de toute la longueur de l'incision, sur deux doigts de la main gauche introduits comme guides. Avant d'inciser l'utérus, un aide le placera soigneusement dans sa position naturelle et le fera saillir en avant, ses deux mains étant placées de chaque côté de l'incision, pour amener sa surface en contact avec les lèvres de la plaie abdominale, et prévenir la sortie des intestins. S'il y a lieu de croire que le placenta soit inséré en avant, on peut faire l'incision de l'utérus sur l'un ou l'autre côté; autrement on la pratique autant que possible sur la ligne médiane. Le tissu de l'utérus est alors divisé jusqu'aux membranes, qu'on ponctionne et qu'on divise de la même façon que le péritoine. L'incision utérine doit être de la même longueur que celle de l'abdomen, et ne pas intéresser le fond, car cette portion est non seulement plus vasculaire que le corps, mais les plaies qui l'affectent sont plus aptes à rester béantes et ne se cicatrisent pas aussi bien. Dès que l'utérus est ouvert, le Dr Winckel recommande à un aide de placer les doigts aux deux angles de l'incision, pour en relever les extrémités, et la mettre en contact immédiat avec l'ouverture abdominale. C'est un moyen d'éviter non seulement l'écoulement du sang et du liquide amniotique dans la cavité péritonéale, mais aussi la hernie des viscères abdominaux.

Extraction de l'enfant.

L'enfant est alors soigneusement extrait, la tête et les épaules saisies les premières, si c'est possible, puis on enlève le placenta et les membranes. Si malheureusement on trouve le placenta

sous l'incision, il y a à redouter une hémorrhagie considérable, qu'on ne peut arrêter qu'en décollant les insertions de l'organe, et en terminant l'opération rapidement.

Plus tôt l'enfant et le délivre ont été extraits, plus tôt l'utérus se rétracte comme il faut. En général, cette rétraction est spontanée; mais, si l'organe reste flasque et mou, il faut le comprimer et le stimuler avec la main. Ramsbotham et quelques autres auteurs n'approuvent pas cette excitation manuelle, mais il n'y a aucune raison sérieuse pour ne pas arrêter l'hémorrhagie par ce procédé dans ce cas, comme après un accouchement naturel. L'interposition des parois abdominales, qui sont dans un état de relâchement après la délivrance, ne peut amener qu'une légère différence entre les deux cas.

L'opportunité de fermer l'incision utérine par des sutures est controversée. Il me paraît meilleur d'y avoir recours, afin d'éviter l'épanchement des lochies dans la cavité péritonéale. On peut faire des sutures interrompues avec des fils d'argent ou de catgut, coupés courts; ou bien, ainsi que l'a pratiqué Spencer Wells avec succès, une suture continue avec un fil de soie, en faisant passer l'une de ses extrémités à travers l'orifice jusque dans le vagin, d'où on le retire ensuite. Avant de fermer l'incision utérine, on passera un ou deux doigts dans le col pour s'assurer qu'il est ouvert. Il est très important de laisser dans cette direction une libre voie d'écoulement aux lochies, et Winckel conseille même de placer dans l'orifice un morceau de charpie, imbibée d'huile, pour que l'ouverture reste complètement perméable.

Un point très important sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est de ne pas fermer l'incision abdominale avant d'être absolument sûr que l'hémorrhagie est tout à fait arrêtée; en effet, le moindre écoulement de sang dans le péritoine diminue considérablement les chances de guérison. Dans un cas de succès rapporté par le Dr Newman<sup>1</sup>, l'incision ne fut fermée qu'au bout d'une heure environ. Avant d'y procéder, on enlève soi-

Il est important d'assurer la rétraction utérine.

Fermeture des plaies utérine et abdominale.

L'incision abdominale ne doit pas être fermée avant l'arrêt de l'hémorrhagie.

1. *Obst. Trans.*, vol. VIII.

gneusement de la cavité péritonéale tout le sang et tous les liquides, avec des éponges fines trempées dans l'eau tiède. Puis on ferme la plaie abdominale de haut en bas, avec des épingles à bec-de-lièvre et des fils de métal ou de soie, les sutures étant placées à la distance de deux centimètres et demi l'une de l'autre, et comprenant la paroi abdominale tout entière et le péritoine, à une petite distance des lèvres de l'incision, de façon à amener en contact les deux bords du péritoine. Par ce procédé, on ferme complètement la cavité péritonéale et les surfaces opposées adhèrent l'une à l'autre avec une grande rapidité. La plaie est alors recouverte de tampons de charpie, maintenus par des bandes de diachylon, avec une ceinture de flanelle douce par-dessus le tout.

Traitement  
consécutif.

Il est inutile d'entrer dans les détails du traitement consécutif : on se conformera aux principes généraux, combattant chaque symptôme à mesure qu'il se présente. On a l'habitude de donner une forte dose d'opium après l'opération, mais ce médicament paraît avoir une tendance à produire des nausées et des vomissements, et on ne doit l'administrer que si les douleurs et la péritonite en indiquent l'emploi. En réalité, le traitement ne diffère pas de celui de l'ovariotomie, et nous pouvons nous guider sur les règles posées par M. Spencer Wells dans la description de cette opération. « Après l'opération, dit-il, repos absolu, chaleur, propreté excessive ; calmer les douleurs par des applications chaudes sur l'abdomen et des lavements opiacés ; donner des stimulants lorsque la faiblesse du pouls et d'autres signes d'épuisement l'exigent ; calmer les nausées par la glace ou les boissons froides, et permettre une alimentation simple, mais fortifiante. On passera la sonde toutes les six ou huit heures, jusqu'à ce que la femme puisse se remuer sans douleur. Les sutures seront enlevées le troisième jour, à moins que le tympanisme de l'estomac ou des intestins ne fasse craindre la réouverture de l'incision. Dans ce cas, on peut les laisser quelques jours de plus. Les sutures superficielles peuvent rester jusqu'à ce que la réunion paraisse tout à fait solide. »

Il n'est pas surprenant que les accoucheurs, effrayés de la mortalité excessive des femmes qui ont supporté l'opération césarienne, se soient préoccupés de lui en substituer une autre qui offrît à la mère plus de chances de salut. La première qu'on ait proposée dans ce but donna d'abord des résultats dont on s'exagéra l'importance. En 1768, Sigault, alors étudiant en médecine à Paris, inventa la *symphyséotomie*, ou division de la symphyse pubienne, en vue de permettre un écartement des os pubis suffisant pour admettre le passage de l'enfant. Vivement combattue au début, cette opération fut préconisée ensuite par beaucoup d'accoucheurs, et pratiquée maintes fois sur le Continent, mais pas en Angleterre.

Symphyséotomie.

On admet généralement qu'il est absolument impossible de substituer la symphyséotomie à la section césarienne, parce que l'écartement complet de la symphyse pubienne ne suffirait même pas à faire gagner un espace assez grand pour permettre le passage d'un fœtus mutilé. Le Dr Churchill établit que, même en parvenant à écarter les os pubis de dix centimètres, il n'en résulterait qu'une augmentation de 10 à 12 millimètres du diamètre antéro-postérieur, où l'obstruction est en général le plus marquée. Lorsque le rétrécissement n'est pas trop considérable, le fœtus pourrait passer, mais les dangers de l'opération elle-même et ses conséquences graves la contre-indiquent tout à fait dans ces cas.

On admet que  
l'opération est inutile

Une opération qui promet bien davantage est celle qui a été proposée pour la première fois par Jörg et Ritgen en 1820, sous le nom de *gastro-élytrotomie*, mais qui, à cette époque où la chirurgie abdominale était très défectueuse, attira à peine l'attention, et n'est même pas mentionnée dans nos ouvrages classiques d'accouchement. Elle a été récemment remise en lumière par le professeur Thomas, de New-York<sup>1</sup>, qui a proposé de l'appeler *laparo-élytrotomie*. Elle a été pratiquée cinq fois en Amérique. Deux femmes étaient *in articulo mortis*; les trois

Gastro-élytrotomie.

1. *Laparo-élytrotomie, substituée à la section césarienne*. Mémoire lu devant l'Académie de médecine de New-York, le 6 mars 1878.

autres guérirent. Sur six enfants, on en a sauvé cinq. Ce résultat est remarquable et doit faire tendre les accoucheurs à considérer sérieusement l'opération. Si les observations futures ont le même succès, nous devons tous substituer ce procédé à la section césarienne, presque fatalement mortelle.

Objet de l'opération.

Cette opération consiste à diviser le vagin à sa jonction avec le col ; on arrive sur le vagin après avoir fait une incision qui s'étend de la symphyse pubienne à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le péritoine, très lâche en ce point, est alors relevé, et l'enfant retiré par la version à travers l'orifice utérin, puis à travers l'ouverture abdominale. Les principaux dangers de la section césarienne paraissent être évités ; la cavité péritonéale n'est pas ouverte, le sang ne peut pas s'épancher dans le péritoine, donc les risques de péritonite sont beaucoup moindres, et l'utérus lui-même n'est pas sectionné. L'opération est ainsi décrite par Thomas :

Description de l'opération.

1° Faire une incision s'étendant de la symphyse pubienne à l'épine iliaque antéro-supérieure, et comprenant l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine.

2° Soulever le péritoine avec les doigts, ou avec des rétracteurs métalliques, pour atteindre le point d'insertion du vagin à l'utérus. Jusque-là, l'opération est la même que celle qui est pratiquée par les chirurgiens pour la ligature des artères iliaques, et ne présente aucune difficulté particulière.

3° Faire saillir le vagin dans la plaie avec une sonde métallique introduite par la vulve, et le diviser dans une étendue suffisante.

4° Ce procédé permet d'atteindre le col, qu'on attire dans la fosse iliaque au moyen d'un crochet mousse, tandis que le fond de l'utérus est repoussé par un aide dans une direction opposée. Si l'orifice est suffisamment ouvert (et on peut le dilater préalablement avec les sacs de caoutchouc), la main est introduite dans l'utérus et l'enfant extrait par la version.

Dans les observations américaines, on ne rencontra aucune difficulté, bien que chez quelques-unes des femmes le péritoine

fût épaissi et adhérent aux organes voisins par une inflammation antérieure. Il est digne de remarque qu'il ne se soit pas produit une seule hémorrhagie abondante, malgré l'énorme réseau vasculaire du vagin, qui doit naturellement faire redouter les plus sérieux dangers.

Quiconque a vu souvent pratiquer l'ovariotomie ne saurait soutenir raisonnablement que ce procédé soit incompatible avec le succès. Il reste à savoir si de nouveaux essais confirmeront les espérances conçues par le D<sup>r</sup> Thomas. Naturellement, on ne peut dire aujourd'hui qu'une seule chose : c'est que théoriquement l'opération est assez simple, et qu'elle offre une voie pour l'extraction de l'enfant, sans présenter quelques-uns des plus grands risques de la section césarienne. S'il survient une hémorrhagie, c'est un accident auquel nous pouvons parer, soit par des ligatures, soit, ainsi que le conseille Thomas, après avoir passé un spéculum métallique à travers l'incision abdominale ou le vagin, en appliquant le cautère actuel ou du perchlorure de fer. Il n'y a aucune difficulté à relever le péritoine dans une étendue suffisante, car pendant la grossesse cette membrane est très étendue et beaucoup plus lâche que dans l'état de vacuité.

Théoriquement  
cette opération paraît  
bonne.