

d'étendue, l'opération césarienne est la seule qui convienne, si le fœtus est vivant.

Procédé ordinaire. Le rectum et la vessie mis en état de vacuité, la femme est couchée horizontalement, la tête et la poitrine un peu élevées, ainsi que le bassin et les cuisses, afin de relâcher autant que possible la ligne blanche.

Deux aides appliquent exactement leurs mains sur les côtés et sur la partie supérieure de l'abdomen, afin de maintenir l'utérus en place et en contact avec les téguments.

Le chirurgien fait avec un bistouri convexe une incision verticale à un travers de doigt en dehors et au-dessus de l'ombilic. L'incision est dirigée de haut en bas, rejoint la ligne médiane et est terminée à 0^m,04 au-dessus du pubis. La peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose sont successivement divisées. Le péritoine est ouvert avec précaution, et le doigt ou une sonde cannelée, introduits dans la cavité abdominale, servent de guide au bistouri.

L'épiploon et les intestins se présentent quelquefois, mais il n'est pas difficile de les repousser. L'utérus mis à nu est divisé sur la ligne médiane couche par couche et le plus haut possible. On facilite les manœuvres en accrochant, comme le veut Kluge, l'angle supérieur et profond de la plaie. Quand on est arrivé sur l'œuf, il est préférable, s'il est intact, de le rompre par le vagin, afin d'éviter l'épanchement du liquide dans le péritoine. Les aides, en maintenant exactement le contact des parois de l'utérus contre l'abdomen, s'opposent aux hernies intestinales.

On procède alors à l'extraction de l'enfant. S'il se présente par la tête ou le siège, on l'entraîne dans cette position; autrement on va chercher les pieds; quelquefois on est obligé d'avoir recours aux forceps. Le délivre s'engage ordinairement dans la plaie: on l'extrait ainsi que les membranes. L'utérus se rétracte promptement. Quant à la plaie extérieure, on la réunit au moyen de la suture à points séparés, ayant soin d'en laisser ouvert l'angle inférieur, dans lequel on peut engager une mèche de linge effilé.

Des bandelettes agglutinatives, des compresses simples et graduées, un bandage de corps complètent le pansement.

Le plus grand calme est ordonné, et l'on se tient en garde, surtout du troisième au sixième jour, contre les accidents inflammatoires. La péritonite est imminente. Si la guérison s'obtient, elle est complète au bout de cinq ou six semaines.

Incision latérale. Rousset, Levret, Stein ont conseillé de faire l'incision parallèlement à la ligne blanche, immédiatement en dehors du muscle droit. Quelques accoucheurs l'ont préférée oblique, du côté où l'utérus est incliné.

Incision transversale. Lauverjat incisait transversalement les muscles obliques dans une étendue de 0^m,14, plus ou moins haut, selon l'élévation de la matrice. Gardien, Coutuly, Sabatier ont suivi cette pratique.

Nous ne ferons que mentionner l'incision *oblique* de Stein le jeune; les deux incisions formant *angle obtus*, vantées par Sand; l'incision transversale au-dessus du pubis, sur la tête du fœtus repoussée en bas (Osiander père). Mais nous devons dire quelques mots d'une méthode très-différente de la précédente, et qui compte également plusieurs procédés.

Décollement du péritoine. Iorg (1806) conseilla de fendre la ligne blanche, puis d'inciser, non pas la matrice, mais la partie supérieure du vagin, en ménageant le péritoine.

Physick, ayant remarqué que chez les femmes enceintes le péritoine est facile à décoller de la vessie et des environs du col, proposa une incision horizontale immédiatement au-dessus du pubis et le détachement de la séreuse jusqu'au delà du col, où il porta son incision.

Ritgen divisait transversalement les muscles larges au-dessus de la crête iliaque, décollait la séreuse jusqu'au détroit supérieur, et ouvrait le col.

Enfin la méthode de Baudelocque neveu (1826) n'est qu'une modification de celles que nous venons d'exposer. Cet accoucheur incise la paroi abdominale entre l'épine du pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure, décolle également la séreuse, fend le vagin comme le voulait Iorg, et cherche à attirer au travers de cette ouverture l'orifice utérin. Baudelocque, ayant pratiqué son procédé, fut obligé, pour conduire à fin son opération, de revenir à l'hystérotomie proprement dite.

Appréciation. Jugeons d'abord la méthode dans laquelle on tente de décoller le péritoine. Quelle que soit la modification à laquelle on s'arrête, il est évident que les difficultés de l'exécution, les délabrements produits et les infiltrations purulentes en contre-balancent grandement les avantages.

A laquelle des autres méthodes convient-il de donner la préférence?

L'incision de la ligne blanche est peu douloureuse et n'expose à aucune lésion artérielle.

L'incision *latérale* doit faire craindre une hémorrhagie; les fibres musculaires coupées ont de la tendance à se rétracter, et la cicatrisation n'est pas plus facile.

Les muscles obliques sont divisés; on intéresse de nombreuses

couches de parties molles; la matrice est ouverte à l'endroit où les vaisseaux sont le plus volumineux.

Aussi préfère-t-on généralement l'incision médiane ou très-légalement latérale. En la pratiquant le plus haut possible, on obtient presque tous les avantages de la méthode de Lauverjat.

Pillore, médecin en chef des salles d'accouchement à l'Hôtel-Dieu de Rouen, faisait une suture utéro-abdominale afin de maintenir le parallélisme des ouvertures béantes de l'utérus et de l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, dont la partie supérieure était complètement réunie. Le but de ce pansement était de prévenir l'épanchement dans l'abdomen des liquides utérins (sang, lochies, pus) et les accidents qui en résultent.

Le docteur Lestocquoy (d'Arras) a mis ce procédé en usage en le modifiant de la manière suivante. Après l'ouverture des parois abdominales et de l'utérus, et avant d'ouvrir l'œuf, il a cousu de chaque côté la lèvre de la plaie utérine à la lèvre de la plaie des parois abdominales, appliquant ainsi le péritoine viscéral et le péritoine pariétal l'un contre l'autre, de façon à empêcher, pendant l'opération, tout épanchement de sang et de liquide amniotique, et, plus tard, des liquides utérins. Il réunit la plaie dans toute sa hauteur et assura l'écoulement lochial au moyen d'une canule placée à demeure dans le col utérin. Son élève, M. Dussart (*Thèse de Paris*, 1867), propose d'adosser la séreuse utérine à elle-même, et de réunir la plaie des parois abdominales par une suture viscéro-pariétale, c'est-à-dire comprenant en même temps l'utérus et la paroi abdominale, afin d'éviter plus sûrement les épanchements consécutifs.

M. le professeur Stoltz n'admet la suture de l'utérus que pour les cas où cet organe est sans tendance à la rétraction; il n'emploie la sonde utérine que de temps en temps pour désobstruer le col.

M. le docteur Lebleu (de Dunkerque) recommande d'opérer dès le commencement du travail, et de pratiquer une incision extérieure moins étendue qu'on ne la fait ordinairement.

Si l'hystérotomie ne réussit jamais à Paris, où on devrait renoncer à l'entreprendre, on en compte partout ailleurs de nombreux succès: à Strasbourg, M. Stoltz a sauvé quatre malades sur six; MM. Bach et Held ont guéri leurs opérées. Il ne faut pas oublier qu'une première hystérotomie diminue beaucoup les dangers de la suivante, en raison des adhérences qui s'établissent entre l'utérus et les parois de l'abdomen.

Le danger des statistiques brutes, sans les distinctions multiples indispensables pour arriver à des termes comparables, est ici de toute évidence. Si l'on additionne les revers constants de Paris avec les réussites de la province, et qu'on en tire une moyenne de mor-

talité, les résultats sont faussés et les hommes de l'art induits en erreur, puisqu'on leur signale, pour un lieu donné, des chances complètement erronées.

Nous exposerons au chapitre de l'ovariotomie les détails relatifs à la suture et au pansement.

OVAIRES.

Hernies. Les *hernies de l'ovaire*, aussi nommées *ovarioncies*, constituent une affection assez rare. On les a divisées en *inguinale*, *crurale*, *ischiatique*, *ombilicale*, *ventrale* et *vaginale*. Lorsque l'ovaire hernié est sain, il forme une tumeur de la forme et du volume d'un petit œuf de pigeon, circonscrite, et toujours sensible à la pression. La malade éprouve des tiraillements à la région hypogastrique. Enfin Lassus a donné un signe assez important: il conseille de ramener vers le centre du bassin le col de l'utérus, s'il est dévié; et s'il ne l'est pas, de l'incliner vers l'endroit où a lieu la hernie. Ces mouvements augmentent ou font naître des douleurs rapportées par les malades à la tumeur.

L'ovaire peut avoir éprouvé des modifications nombreuses de forme, de volume et de consistance.

Appelé pour une hernie de ce genre, le chirurgien appliquera en général les règles du traitement des hernies intestinales.

Son premier soin sera de tenter la réduction, qui s'exécute suivant les principes ordinaires. S'il survient des signes d'étranglement, ce seront encore les moyens conseillés contre les hernies intestinales étranglées qu'il faudra mettre en usage. Si la réduction ne peut s'obtenir, on procédera à l'opération comme pour une épiplocèle.

L'organe mis à découvert est-il sain, on le replace dans l'abdomen; est-il irréductible par suite d'adhérences anciennes, on débride l'anneau et l'on panse à plat en exerçant une douce compression pour en favoriser la réduction; l'ovaire est-il altéré et dégénéré, on en fait l'ablation plutôt que la ligature. Cette dernière, employée par Lassus, déterminait des accidents assez graves. On a cité à la Société de chirurgie l'exemple d'un ovaire hernié, pris pour une tumeur bénigne, et enlevé: la malade succomba.

KYSTES DE L'OVAIRE.

Les *kystes de l'ovaire*, dont le volume, la forme, la consistance et la structure sont extrêmement variés, peuvent se rapporter à deux classes: les kystes dits *pileux* et les kystes *hydropiques* (hy-