

8° Chute de l'utérus.

L'utérus est adhérent à la vessie en avant, libre et revêtu du péritoine en arrière ; sur les côtés, il tient aux ligaments larges, mais ceux-ci sont lâches et ne contribuent nullement à le fixer ; on peut en dire autant des ligaments ronds. Ce qui semble donc le maintenir en place, c'est d'une part, le péritoine pariétal antérieur, réfléchi sur sa face antérieure ; d'autre part, le péritoine postérieur, qui toutefois ne retient directement que le vagin ; mais par-dessus tout les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés, qui se tendent comme deux cordes lorsqu'on attire en bas l'utérus. Quand cet organe est précipité au point de dépasser la vulve, il a entraîné avec lui la vessie et le péritoine, décollé le vagin du rectum, et tellement distendu les ligaments, qu'ils ne peuvent guère, reprendre leur ressort sinon chez de jeunes sujets ; il est donc bien difficile d'espérer une guérison radicale.

Du reste, il importe de savoir que ces chutes complètes de l'utérus sont excessivement rares : sur 64 cas ainsi désignés, M. Huguier n'a trouvé que deux fois l'utérus même hors de la vulve ; dans tous les autres, il était seulement plus ou moins abaissé dans le vagin, et la tumeur extérieure était constituée par un allongement hypertrophique du col utérin.

Le traitement palliatif consiste d'abord à reporter l'utérus dans le bassin, lorsqu'il en est sorti ; après quoi on le maintient généralement par l'application d'un pessaire. Mais le pessaire étant d'un usage fort incommode, on a essayé de retenir au moins l'utérus à l'intérieur, en rétrécissant ou en oblitérant, soit la vulve, soit la partie inférieure du vagin.

Fricke (de Hambourg) a avivé et réuni par suture la face interne des grandes lèvres : ce qu'il appelait l'*épisioraphie*.

Dieffenbach a tenté l'excision de quelques plis de l'orifice du vagin. Moi-même j'ai enlevé la muqueuse sur toute la moitié postérieure de cet orifice, et cherché à obtenir l'adhésion par suture.

Marshall-Hall, remontant plus haut, a voulu rétrécir le vagin tout entier, en enlevant sur la face antérieure de la tumeur descendue un lambeau de 4 centimètres de largeur, depuis le col utérin jusqu'à l'orifice extérieur, et réunissant la plaie par suture. M. Romain Girardin avait proposé de rétrécir ou même d'oblitérer le vagin par la cautérisation ; M. Langier a essayé à cet effet le nitrate acide de mercure, M. Velpeau le fer rouge. Plus tard M. R. Girardin a poursuivi le même but à l'aide du bistouri, en enlevant la

muqueuse vaginale dans toute sa circonférence et sur une hauteur de 4 centimètres.

Sauf l'oblitération complète du vagin, restée jusqu'ici à l'état de théorie, du moins pour les chutes de l'utérus, tous ces procédés ont été appliqués sur le vivant ; et là où ils ont le mieux réussi, ils ont retenu pour un temps la matrice à l'intérieur, mais la chute n'a pas tardé à se reproduire. A. Bérard avait présenté à l'Académie une femme chez qui depuis trois mois déjà l'utérus était resté bien contenu ; deux mois plus tard le prolapsus avait reparu.

Enfin M. Desgranges s'est proposé un but plus relevé ; il ne vise rien moins qu'à obtenir la cure radicale, en conservant la forme et les fonctions du vagin, qu'il prétend seulement fixer dans sa position normale par des adhérences accidentelles. Pour y arriver, il implante dans la paroi vaginale des serres-fines très fortes, qui finissant par ulcérer le pli des tissus qu'elles embrassent, et tombent du cinquième au dixième jour. On les porte dans le vagin avec les doigts ou avec des pinces à polypæ ; on peut en mettre au début jusqu'à neuf à la fois ; puis on en remplace de quatre à six, et ainsi de suite. Le nombre des applications peut aller de huit à dix, et le traitement dure de deux à trois mois. M. Nélaton a traité ainsi une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, qui n'avait eu ni enfant ni fausse couche, et s'était fait une chute complète de l'utérus dans un effort. Une seule application des serres-fines retint l'utérus en place, si bien que la jeune fille put faire le service d'infirmière pendant deux mois.

On peut remarquer d'abord que ce procédé n'agit guère autrement que la cautérisation et l'excision de la muqueuse ; les prétendues adhérences ne touchent en rien aux ligaments de la matrice, dont le relâchement est la cause essentielle du mal ; et je regarde comme à peu près certain que les guérisons ainsi obtenues ne se sont pas mieux maintenues que les autres. Peut-être ferai-je une exception pour la jeune fille de M. Nélaton, chez laquelle la nature a pu venir en aide à l'opération ; et toutefois je regrette qu'elle n'ait pas été suivie plus longtemps.

9° De l'allongement hypertrophique du col utérin.

Cet allongement se présente sous deux formes bien distinctes, selon qu'il affecte la portion sous-vaginale du col ou sa portion sus-vaginale.

1° Allongement de la portion sous-vaginale. — Dans ce cas, le col s'allonge jusqu'à la vulve et même au-dessous, en laissant le

cul-de-sac du vagin à sa hauteur à peu près normale. Le coït est alors à peine impossible ; j'ai vu cependant un cas où le mari désespéré s'était frayé la route dans le col même ; la femme était enceinte, et le col béant au dehors admettait facilement le doigt. Mais généralement, pour rendre à la femme sa fécondité, il faut enlever la portion exubérante du col.

Procédé opératoire.—On attire légèrement le col au dehors avec des pinces de Museux, on écarte les parois du vagin avec un spéculum bivalve ou une simple gouttière, et l'on coupe le col en travers avec un couteau ou des ciseaux courbes sur le plat, au-dessous de l'insertion du vagin, et en lui laissant à peu près sa longueur naturelle.

L'opération est généralement bénigne ; M. Huguier l'a pratiquée 7 fois et en cite 7 autres exemples. sans qu'il y ait eu un seul cas de mort. Une malade de Dupuytren est même devenue enceinte deux mois après avoir subi l'opération.

2° *Allongement de la portion sus-vaginale.*— Cet allongement est quelquefois tel que la longueur totale de l'utérus varie de 11 à 24 centimètres, bien que le corps conserve ordinairement son volume normal ; la portion sous-vaginale ne fait presque plus de saillie, le vagin étant refoulé près du museau de tanche, et elle est habituellement le siège d'une hypertrophie dans le sens de son épaisseur ; de telle sorte que la tumeur hors de la vulve se présente sous la forme d'un cône renversé.

Ici donc la portion hypertrophiée en longueur est située au-dessus de l'insertion du vagin, et celle-ci doit être détruite pour porter le bistouri aussi haut qu'il est nécessaire ; aussi l'opération est beaucoup plus délicate que dans le cas précédent. Nous avons vu précédemment (p. 769) que le péritoine est fort éloigné en avant de l'insertion du vagin, mais qu'immédiatement au-dessus la vessie est adossée à l'utérus ; en arrière, le péritoine descend sur le vagin jusqu'à 3 et même 5 centimètres au-dessous de son insertion à l'utérus. Il ne faut pas oublier non plus que, pour l'ordinaire, cette sorte d'allongement s'accompagne d'un certain degré d'abaissement de l'utérus.

Procédé de M. Huguier.—La malade placée comme pour la taille, le chirurgien saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure du col ou sa lèvre postérieure, et attire modérément la tumeur en haut et en avant pour tendre la paroi postérieure du vagin. Il porte ensuite l'indicateur gauche dans le rectum, pour reconnaître la situation du cul-de-sac péritonéal, et y appuyer sa pulpe autant que

possible ; et il pratique à la partie postérieure de la tumeur une incision semi-lunaire à concavité supérieure, qui doit embrasser la moitié du museau de tanche. Il faut que le bistouri longe l'insertion du vagin au col, et ne remonte pas plus haut, de peur du péritoine ; il est bon aussi de diriger le tranchant en haut et en avant pour s'en écarter encore davantage. On poursuit la section dans le même sens jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité de l'utérus ; et s'il est besoin, on lie les artères ouvertes. Ordinairement on a deux ou trois ligatures à placer, quelquefois aucune.

On passe alors à la section antérieure. Ici c'est la vessie qui est à craindre ; en conséquence, on introduit une sonde jusqu'au fond du prolongement qu'elle envoie sur la tumeur, et l'on soulève cette partie sur le bec de la sonde, qui est ensuite confiée à un aide. La lèvre antérieure du col, saisie par les pinces de Museux, est attirée en arrière par un autre aide ; puis, à un centimètre environ au-dessous de la saillie de la sonde, on fait une incision semi-lunaire correspondante à la première, qu'elle rejoint par ses deux extrémités ; les insertions du vagin ainsi divisées, avec le doigt on décolle la vessie de l'utérus, on la refoule en arrière et en haut, et l'on achève la section du col. Il faut ici lier les vaisseaux au fur et à mesure, de peur qu'au moment de la section complète l'utérus ne remonte dans le bassin ; une sage précaution consiste même, avant de compléter la section, à implanter des pinces de Museux dans la lèvre postérieure de la plaie, pour faire à loisir les dernières ligatures. La portion enlevée a la forme d'un cône, et la plaie qui reste représente conséquemment un entonnoir.

Comme il est très difficile de saisir immédiatement les artères dans le tissu utérin, M. Huguier a imaginé un mode de ligature qui pourrait être appliqué utilement dans d'autres circonstances. Il passe dans les parties qui entourent le vaisseau une forte épingle recourbée en hameçon ; une ligature est jetée et serrée sur les parties prises par l'épingle, dont la pointe est coupée à distance convenable ; le tout est laissé en place et tombe du troisième au cinquième jour.

M. Chassaignac a appliqué à cette opération l'écrasement linéaire. Mais, chez sa première malade, il avait pris soin de séparer la vessie avec le bistouri dans une étendue d'environ 15 millimètres ; et M. Huguier fait remarquer avec raison qu'il n'est pas moins essentiel de disséquer de même l'insertion du vagin à la partie postérieure, pour mettre à l'abri le péritoine. L'écraseur ne peut donc guère servir qu'à la section du tissu utérin ; encore, en opérant une section horizontale, ne permet-il pas de remonter si haut que le bistouri ;

et enfin il n'empêche pas toujours les vaisseaux de donner du sang. Toutefois M. Huguier y a eu lui-même recours déjà plusieurs fois quand le col était volumineux et pourvu d'un grand nombre d'artères.

Appréciation.— Disons avant tout que l'opération ne paraît pas bien dangereuse par elle-même. Sur 14 femmes opérées par M. Huguier, 2 seulement ont succombé, l'une à des tubercules du cerveau, l'autre à une néphrite qui probablement existait avant l'opération. M. Chassaignac l'a pratiquée six fois sans aucun accident. Suivant M. Huguier, la plaie est ordinairement cicatrisée du quinzième au vingtième jour.

Après la cicatrisation, l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie, froncée; elle offre une cicatrice rougeâtre, au fond de laquelle est un petit mamelon du volume du bout du doigt, percé d'une ouverture centrale; c'est la partie inférieure de l'utérus. Celui-ci tend d'ailleurs à revenir à l'état normal; au bout de deux ou trois mois, il a diminué en hauteur de 10 à 15 millimètres: rien ne semble donc s'opposer à la fécondation.

Il y a une autre question assez intéressante à résoudre. L'allongement du col s'accompagne assez souvent d'un certain degré d'abaissement réel, et nous avons vu que l'utérus est sujet à remonter après la section de la partie exubérante; alors il ne paraît pas que l'abaissement tende à faire des progrès ultérieurs. Chez une femme même où l'allongement se compliquait d'une chute complète, l'utérus parut d'abord se maintenir à sa hauteur normale; mais la chute se reproduisit au bout de quatre mois.

10° Cancer du col utérin.

J'ai dit, dans l'article précédent, quels étaient en avant et en arrière les rapports du col qui peuvent intéresser l'opérateur. Il reste à ajouter que dans l'ulcère cancéreux, du moins à son début, le tissu de l'utérus est sain à 5 ou 6 millimètres de la surface ulcérée. C'est même sur ce fait d'anatomie pathologique que Bayle se fondait pour recommander la cautérisation.

On n'emploie guère d'ailleurs que la *cautérisation* et l'*excision*.

1° *Cautérisation.*— Elle se pratique avec les caustiques ou le cautère actuel.

Application des caustiques.— On commence par introduire le spéculum cylindroïde, dans lequel on engage toute la circonférence du col; on absterge la surface ulcérée à l'aide de pinceaux de

charpie, ou de charpie brute portée au bout de longues pinces; on dispose ensuite au-dessous une boulette de charpie sèche destinée à arrêter les portions de caustique surabondantes qui, sans cette précaution, pourraient couler sous le spéculum et attaquer le vagin; et alors on applique le caustique, soit la pâte arsenicale (Bayle), soit la potasse pure taillée en cône de 3 centimètres de largeur à la base, et placée dans un fort porte-crayon, soit le nitrate acide de mercure, dont on imbibe un bourdonnet de charpie ou de linge fin porté au bout des pinces. L'application peut se prolonger une minute, à moins de douleurs excessives, ce qui est rare. On fait ensuite des injections copieuses pour délayer et entraîner les parcelles de caustique non combinées; on retire la charpie et le spéculum, et l'on met la malade au bain. Si une seule cautérisation ne suffit pas, on attend que l'irritation soit passée pour recommencer.

Cautère actuel. Procédé de M. Jobert.— Il introduit dans le vagin un spéculum d'ivoire, moins apte à s'échauffer et à communiquer la chaleur au vagin qu'un spéculum métallique; puis il éteint coup sur coup dans l'ulcération cancéreuse un, deux ou trois cautères rougis à blanc; et il termine par des injections d'eau froide.

Cette opération est très rarement douloureuse; la plupart des femmes disent ne pas sentir l'effet du feu. Je l'ai pratiquée plusieurs fois; pourvu qu'on n'y mette pas une extrême lenteur, j'ai trouvé que le spéculum d'étain ne s'échauffait que médiocrement, et c'est celui que j'emploie habituellement.

2° *Excision.*— Oslander l'a pratiquée le premier, en 1804, après avoir passé préalablement à travers le col des anses de fil pour l'attirer à la vulve. Dupuytren a remplacé les anses de fil par les pinces de Museux; c'est ce procédé qu'on suit encore aujourd'hui.

La femme située à l'ordinaire, on introduit un spéculum à deux valves, à l'aide duquel on déterge la tumeur avec soin; puis on porte les pinces de Museux jusqu'au museau de tanche, et l'on implante leurs crochets en deux points diamétralement opposés, avec la précaution de pousser légèrement sur eux à mesure qu'on les enfonce, pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe et ne pas le saisir trop bas. Alors on ôte le spéculum, et l'on exerce des tractions graduées, de manière à amener le col à la vulve. Là on applique les mors d'une seconde pince au-dessus de la première, et l'on confie ces pinces à un aide sûr, placé du côté droit. L'aide les relève pour faire saillir la partie postérieure du col, sur laquelle doit porter la première incision; après quoi il les porte successivement en divers sens, pour exposer tour à tour à l'instrument tous les

points de l'organe malade. On se sert d'ailleurs de bistouris droits ordinaires ou boutonnés, ou de couteaux courbes sur le plat, ou enfin de ciseaux courbes dans le même sens. L'essentiel est de ménager la vessie en avant, le péritoine en arrière, ce qui est facile lorsqu'on connaît bien leurs rapports; et de porter l'excision jusqu'aux limites du mal, en creusant au besoin en cône le corps de l'utérus.

Quelquefois le spéculum embrasse difficilement la tumeur, et risque de la froisser et d'amener un écoulement de sang; on se borne alors à diriger les pinces de Museux sur le doigt indicateur.

Le temps le plus douloureux, et souvent aussi le plus difficile de l'opération, est l'abaissement de la matrice. Il faut procéder aux tractions avec lenteur, y mettre dix minutes, et vingt, et trente s'il le faut. Lisfranc disait être arrivé à sa 99^e opération, sans avoir rencontré d'obstacles bien sérieux; mais dans une série de treize opérations nouvelles, il rencontra cinq fois une invincible résistance, et fut obligé de laisser l'opération incomplète.

Après l'opération, il s'écoule d'ordinaire une quantité de sang égale à trois ou six palettes. S'il s'en perdait davantage, il faudrait recourir au tamponnement. Cela passait d'abord pour rare; sur ses 36 premières malades, Lisfranc n'avait été obligé de tamponner que trois fois; plus tard, il fut obligé d'y recourir plus souvent.

M. Chassaignac a appliqué son écraseur linéaire sur le col saisi préalablement par deux pinces de Museux; on est peut-être ainsi moins exposé à l'hémorrhagie, mais on n'est jamais certain d'arriver aux limites du mal.

Appréciation. — La cautérisation par le fer rouge est une ressource extrêmement précieuse, soit contre les douleurs intolérables qui accompagnent le cancer utérin à sa dernière période, soit pour déterger certaines ulcérations d'apparence cancéreuse, et qui peut-être ne le sont pas en réalité. Au moins ai-je obtenu deux fois des résultats très remarquables sur des femmes que je croyais perdues. Je l'adopte donc sans restriction pour la forme ulcéreuse; je crois, au contraire, l'excision préférable quand le cancer se présente sous forme de tumeur.

Quant à la gravité de cette dernière opération, nous ne saurions en juger par des chiffres assez nombreux et surtout suffisamment exacts. Lisfranc, en 1834, annonçait à l'Académie des sciences que, sur 99 opérations, il comptait 84 guérisons, et 15 morts en y comprenant les récidives. Pauly, son élève particulier, réduisit le nombre de ces opérations de plus de moitié, et doubla le chiffre des

morts: débat aussi honteux pour l'un que pour l'autre. Ce qui est plus fâcheux encore, c'est que l'opération avait été faite pour des cas qui ne l'exigeaient pas; et grâce à un diagnostic plus sévère, les occasions de la pratiquer sont devenues beaucoup plus rares de nos jours.

11^o Extirpation de l'utérus.

Cette opération a été faite: 1^o sur l'utérus descendu hors du vagin; 2^o sur l'utérus à l'état d'inversion; 3^o enfin sur l'utérus dans sa position normale.

Dans tous les cas, il faut séparer l'utérus de la vessie en avant; en arrière, comme il est entièrement revêtu du péritoine, il n'y a qu'à le séparer du vagin et des ligaments utéro-sacrés; sur les côtés, enfin, il est retenu par les ligaments larges, qui doivent être divisés de haut en bas. Les seuls vaisseaux qu'on ait à redouter sont l'*artère utérine* et les *artères utéro-ovariennes*, si petites, que Sauter ne jugeait même pas nécessaire de s'en occuper; dans tous les cas, elles occupent le tiers inférieur des ligaments larges, où Récamier les embrassait dans une seule ligature.

Avec ces notions, on peut se faire une idée des manœuvres qu'exigerait l'extirpation de l'utérus précipité ou renversé, et il suffira de décrire cette opération quand il est dans sa position normale. On l'a tentée par l'hypogastre, faisant ainsi deux ouvertures au péritoine; et par le vagin, où l'on n'a besoin d'en faire qu'une.

Extirpation par le vagin. Procédé de Récamier. — La vessie et le rectum vidés avec soin, on commence par abaisser la matrice à l'aide des pinces de Museux; on divise l'insertion du vagin en avant, avec les précautions déjà indiquées à l'occasion des fistules vésico-vaginales (voy. p. 770); on déchire avec les doigts le tissu cellulaire jusqu'au péritoine, et l'on ouvre celui-ci avec un bistouri boutonné. La matrice est accrochée par son fond à l'aide des doigts, renversée en avant et en bas, et attirée jusqu'au dehors de la vulve; on divise alors les ligaments larges, d'abord dans les deux tiers supérieurs seulement; puis, à l'aide d'une aiguille courbe montée sur un manche et percée à sa pointe, on porte une ligature sur le tiers inférieur qui renferme les artères, avant d'en compléter la section; après quoi il ne reste qu'à détruire les connexions de l'utérus en arrière. A peine s'il y a quelque écoulement de sang; si les intestins sortaient au dehors, un aide les retiendrait d'abord, et on les réduirait après l'opération.

Je pense qu'on simplifierait encore le procédé en perforant le péritoine en avant avec les doigts. Dans une excision du col, le

cancer remontant fort haut, j'avais décollé la vessie; une nouvelle traction exercée sur le col rompit le péritoine en avant, et renversa l'utérus dans le vagin. Je profitai de cet accident pour achever l'excision du col à mon aise; la malade guérit sans accidents.

Que dire maintenant de l'opération? La plupart des femmes qui l'ont subie ont succombé au bout de quelques heures ou de quelques jours; les plus heureuses n'ont pas survécu au delà d'une année. Ce n'est pas toutefois la perte de l'utérus qui doit en être seule accusée; M. Velpeau l'a extirpé une fois dans l'état d'inversion, et l'opérée se portait bien trois ans après. Mais la complication du cancer ajoute encore aux dangers de l'opération elle-même; et il faudrait des circonstances tout exceptionnelles pour engager un chirurgien prudent à l'exécuter.

12° Opération césarienne.

Elle se pratique, tantôt sur la femme morte, et alors la seule règle est d'inciser largement pour extraire l'enfant avec plus de promptitude et de sécurité; tantôt sur la femme vivante, pour laquelle on a multiplié les procédés. Les uns ont essayé d'arriver au col utérin sans léser le péritoine, à l'aide d'une incision transversale au-dessus du pubis ou au-dessus de la crête iliaque, ou bien d'une incision oblique parallèle au ligament de Poupert. Les autres, ouvrant le péritoine, ont fait leur incision en travers, entre le muscle droit et le rachis, ou verticale, en dehors des muscles droits. Tous ces procédés sont abandonnés, et l'on préfère à bon droit une incision sur la ligne blanche.

Chez la femme à terme, la ligne blanche acquiert de 8 à 11 centimètres de large au niveau de l'ombilic. Au lieu donc de faire l'incision sur la ligne médiane, on peut la commencer à 5 centimètres en dehors de l'ombilic, et la ramener obliquement vers la ligne blanche à mesure qu'on se rapproche du pubis; les muscles droits, en se rapprochant plus tard, soutiendront mieux la cicatrice.

Avant tout, il faut prendre soin d'évacuer la vessie. Après quoi, la femme sera située sur le bord de son lit, la poitrine et la tête médiocrement élevées, et les genoux un peu fléchis, un aide pressant des deux mains sur le sommet et l'un des côtés de la matrice pour prévenir l'issue des intestins. L'opérateur pratique l'incision dans le sens qui vient d'être dit, en commençant au niveau de l'ombilic, et la poursuivant en bas, dans une étendue de 15 à 16 centimètres; divise successivement la peau, l'aponévrose, le péritoine; ouvre avec précaution la matrice mise à nu; et dans

l'ouverture plonge aussitôt le doigt indicateur, qui sert de guide à un bistouri houtonné pour agrandir l'incision suivant le besoin.

On extrait ensuite le fœtus et le placenta; on fait des injections par le vagin pour entraîner les caillots, puis on referme la plaie abdominale par la suture. Si l'on a lésé quelques vaisseaux de ces parois, on prendra soin de les lier; quant à ceux de la matrice, sa contraction, qu'il faut solliciter, suffit pour rétrécir à la fois la plaie et les vaisseaux, et prévenir toute hémorrhagie.

J'ai pratiqué une fois l'opération césarienne, et j'ai rencontré une difficulté dont aucun auteur n'avait fait mention. Les eaux étaient écoulées depuis longtemps; la matrice, revenue sur elle-même, était cachée derrière les intestins; et pour la mettre à découvert, il fallut laisser sortir les intestins par la plaie. Mais les parois ventrales, revenues sur elles-mêmes, refusaient ensuite de les recevoir. Pour cette réduction d'un nouveau genre, j'improvisai le procédé suivant: de la main gauche, je soulevai la lèvres droite de mon incision, et dans la cavité formée par ce soulèvement, je refoulai une partie des intestins. Bérard aîné, qui m'assistait, en fit autant à mon exemple du côté gauche; tous les intestins rentrèrent ainsi, et je réunis la plaie par suture. Malheureusement la malade succomba, sort commun à toutes celles qui ont été opérées jusqu'à ce jour dans les hôpitaux de Paris.

Appréciation. — L'opération césarienne est une des plus meurtrières de la chirurgie; c'est en même temps une de celles où l'influence des localités se fait le plus sentir. Je viens de dire qu'elle n'a pas réussi une seule fois dans les hôpitaux de Paris; à Bruxelles, sur plus de 20 opérations pratiquées par MM. Seutin et Vanhuevel, pas une femme n'a échappé; au contraire, M. Sédillot a vu à Strasbourg M. Stoltz sauver 4 opérées sur 6, et d'autres succès obtenus par MM. Bach et Held. Enfin M. Hoebecke dit avoir opéré 13 femmes à la campagne, sans en avoir perdu une seule.

Afin cependant d'obtenir la mortalité moyenne, Keyser a rassemblé les opérations publiées de tous côtés, de 1750 à 1839; le chiffre total est de 338, celui des morts est de 220; proportion, 62 sur 100. C'est bien peu, si l'on considère ce qui se passe à Paris; en comparaison des résultats de M. Hoebecke, c'est énorme.

M. Hoebecke attribue principalement ses succès à ce qu'il opère de bonne heure, et sans attendre que le travail ait épuisé la femme, ou produit déjà un commencement d'inflammation dans l'utérus. M. Keyser a recensé 112 cas dans lesquels on avait noté l'intégrité des membranes ou le temps écoulé depuis leur rupture: sur 17 opérations pratiquées sur l'œuf entier, il n'a compté que 7 morts,

44 pour 100. Quand les membranes étaient rompues, voici la progression de la mortalité, selon le moment où l'on a pratiqué l'opération :

Dans les six premières heures . . .	50 p. 100.
De sept à vingt-quatre heures . . .	60 —
Au delà de vingt-quatre heures . . .	66 —

L'influence du retard paraît donc assez prononcée, mais elle est assurément beaucoup moindre que celle de la localité : et par exemple, l'opération ne devrait plus être pratiquée, à moins d'une nécessité invincible, dans les hôpitaux de Paris.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

SECTION PREMIÈRE.

ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DES OPÉRATIONS, OU OPÉRATIONS ÉLÉMENTAIRES.

CHAPITRE I^{er}. — Des sections nettes.	1
ARTICLE I ^{er} . — DU BISTOURI ET DES CISEAUX.	2
1 ^o Du bistouri et de ses diverses positions.	2
2 ^o Des ciseaux.	4
Manière d'agir du bistouri et des ciseaux.	5
ARTICLE II. — DES INCISIONS.	6
1 ^o Incisions de dehors en dedans.	6
Incisions simples, 6. — Incisions composées, 7. — Incisions composées en V, en T, en +, en ⊃, en ⊂.	8
2 ^o Incisions de dedans en dehors.	9
1 ^o Sans conducteur, quatre procédés	9
2 ^o Avec conducteur, deux procédés	10
3 ^o Incisions sous-cutanées, quatre procédés	10
ARTICLE III. — DES DISSECTIONS.	11
Premier procédé, dissection libre	11
Deuxième procédé, dissection de lambeaux adhérents.	11
Troisième procédé, dissection en dédolant.	12
ARTICLE IV. — DES PONCTIONS.	12
1 ^o Ponction du bistouri.	12
2 ^o Ponctions avec la lancette.	12
3 ^o Ponctions du trocart.	12
4 ^o Ponctions exploratrices.	13
CHAPITRE II. — Des sections mousses.	14
ARTICLE I ^{er} . — DE LA LIGATURE.	14
1 ^o Procédé d'application de la ligature.	14
2 ^o Procédés de striction.	16
ARTICLE II. — DE L'APPLICATION DES PINCES.	18
ARTICLE III. — DE L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.	19