

pourrait ainsi passer, par précaution, trois ou quatre ficelles, de manière à n'être pas longtemps arrêté au cours de l'opération, ce qui arriverait s'il fallait réintroduire complètement une ficelle.

La section opérée, et le fœtus divisé en deux, tête et tronc, l'*embryotomie* s'opère, comme après la section aux ciseaux, en extrayant successivement avec la main le tronc du fœtus, puis la tête.

3° *Rachitomie* (présentation de l'abdomen, variété des lombes). — Dans certains cas de présentation de l'abdomen, variété lombaire, il devient nécessaire, soit après, soit avant l'éviscération, de sectionner la colonne vertébrale, dont la rigidité s'oppose à l'évolution du fœtus, alors qu'on veut, par la version, l'extraire en présentation du siège. — Avec les ciseaux de Dubois, guidés par une main introduite dans les organes génitaux, il sera facile d'opérer cette section; on procédera ensuite à l'extraction du fœtus par le siège, avec ou sans éviscération préalable.

4° *Mélotomie* (présentation quelconque de l'ovoïde cormique). — Il arrive dans certains cas qu'un petit membre thoracique ou abdominal, considérablement tuméfié, occupe la voie génitale et empêche par son volume toute intervention ou opération ultérieure. — Il importe alors de sectionner et d'enlever cet obstacle, afin de pouvoir terminer l'accouchement. Cette section se fera à l'aide des ciseaux de Dubois, guidés, comme pour la décolation, par la main introduite dans les organes génitaux, jusqu'à la région où on désire faire porter la section¹.

5° *Morcellement*. — Opération réservée à des circonstances très exceptionnelles, et qui consiste à amener par fragments le corps du fœtus. — Les ciseaux de Dubois permettent le morcellement, mais il sera plus commodément fait avec le cranioclaste, en saisissant successivement les différentes parties fœtales qu'on veut détacher et extraire.

D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION

Bien exécutée, l'embryotomie est une opération sans danger réel pour la mère; la plupart des complications qui en résultent tiennent non à l'intervention, mais à l'accouchement lui-même.

La statistique la plus complète, qui nous permette de juger de ses résultats depuis l'antisepsie, est due à CARUSO²; elle porte sur 364 cas et donne :

Mortalité maternelle 6,6, soit 6 p. 100.

Au chapitre suivant, nous comparerons l'embryotomie avec l'opération césarienne, et nous essaierons d'établir les indications relatives de ces deux opérations qui se trouvent en perpétuel conflit.

¹ La mélotomie ne doit être faite que sur un enfant mort, ou sur un enfant vivant qu'on est décidé à sacrifier ensuite pour compléter l'embryotomie. — Si on ne se conforme pas à ce double principe, on s'expose à la mésaventure arrivée il y a quelques années à un médecin, qui, après avoir sectionné un bras, put amener un enfant vivant et viable. La famille intenta un procès au médecin, et l'obligea à servir une pension alimentaire à l'enfant mutilé. — Ce qui avait fait dire à M. PAJOT : « Méfiez-vous du fœtus qui tend la main à la vulve, il vous demande une pension alimentaire ! »

² *Archiv. f. Gynæk.*, t. XXXIII, p. 263.

XII

HYSTÉROTOMIE¹. — OPÉRATION CÉSARIENNE

SOMMAIRE

- a. *Définition. — Historique. — Description sommaire.*
- 1° Hystérotomie classique. — Opération césarienne.
 - 2° Gastro-élytrotomie. — Opération de JOERG (1806).
 - 3° Hystérectomie partielle. — Opération de PORRO (1876).
 - 4° Hystérectomie totale. — Opération de BISCHOFF (1880).
 - 5° Valeur relative de ces diverses opérations.
- b. *QUAND l'hystérotomie doit-elle être faite?*
- 1° Indications.
 - 2° Contre-indications.
 - 3° Choix entre l'accouchement forcé, l'embryotomie et l'hystérotomie.
- c. *COMMENT l'hystérotomie doit-elle être faite?*
- 1° Précautions préliminaires.
 - 2° Opération.
 - 3° Difficultés et complications.

A. — DÉFINITION. — HISTORIQUE. — DESCRIPTION SOMMAIRE.

1° Hystérotomie classique. — OPÉRATION CÉSARIENNE.

L'hystérotomie ou opération césarienne consiste à ouvrir la paroi abdominale et la paroi utérine avec un bistouri, à extraire par cette voie artificiellement créée le fœtus et les annexes, puis à refermer la paroi abdominale et la plaie utérine par des sutures.

A Rome, une loi, due à NUMA POMPILIUS, la « *lex regia* », défendait d'inhumier une femme morte enceinte, avant d'avoir extrait le fœtus à l'aide d'une incision abdomino-utérine. — Cette opération fut appelée *césarienne*, d'après les uns du mot *secare*, légèrement altéré; d'après les autres, parce que le premier des Césars fut, grâce à elle, extrait du sein de sa mère récemment morte.

Tout le moyen âge pratiqua cette opération, moins pour amener l'enfant vivant que pour lui donner le baptême.

L'hystérotomie n'était faite que sur des cadavres, quand, en 1500, un châtreur de cochons, JACQUES NUFER, après avoir obtenu permission de l'autorité locale, ouvrit le ventre à sa propre femme pour en extraire le fœtus, et put ainsi sauver femme et enfant.

¹ ὕστερος, utérus; τομή, section. — Consulter sur l'opération césarienne : BERLIN. *De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution*, Paris, 1890, et BLANC. *De l'opération césarienne, méthodes opératoires et indications. Archives de Tocologie*, 1890. Janvier à juillet.

En 1581, F. ROUSSET publia le premier un mémoire sur cette opération; il conseille d'abandonner la plaie utérine à elle-même sans la suturer, et au contraire de fermer la plaie abdominale.

A partir de ce moment et jusqu'au XIX^e siècle, les accoucheurs se partagent en *césariens* et *anti-césariens*, et n'apportent que des modifications insignifiantes à l'opération classique, sauf LEBAS, qui, en 1869, préconise les sutures de la plaie utérine.

Le XIX^e siècle, frappé des dangers que l'hystérotomie fait courir à la mère, puisque dans les grands centres les cas de guérison étaient une rareté, essaie de lui substituer des opérations du même genre, mais moins meurtrières; ainsi sont nées les opérations suivantes :

2° Gastro-élytrotomie¹. — OPÉRATION DE JOERG (1806).

L'opération préconisée par JOERG en 1806, puis par RITGEN, consiste à faire une incision de la paroi abdominale, parallèlement au pli de l'aîne, et à environ deux travers de doigt au-dessus. — On arrive jusqu'au péritoine, qu'on soulève et décolle sans l'ouvrir; on se fraye ainsi un chemin jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin qu'on incise transversalement; et on se trouve alors avoir créé un canal artificiel jusqu'au col de l'utérus. — Cette nouvelle voie permet de terminer l'accouchement avec le forceps ou l'extraction manuelle.

3° Hystérectomie partielle². — OPÉRATION DE PORRO (1876).

Cette opération pratiquée pour la première fois en 1868 par STORER, mais qui porte néanmoins le nom de PORRO, car la priorité de publication appartient à ce dernier auteur, consiste dans l'ablation du corps de l'utérus et des annexes.

L'opération est commencée comme une hystérotomie, mais après l'extraction des annexes ovulaires au lieu de laisser l'utérus en place, de le suturer et de refermer l'abdomen, on le sectionne à l'union du corps et du col, puis on l'enlève en même temps que les trompes et les ovaires (*amputation utéro-ovarique*). — Avec le moignon utérin, qu'on a serré dans un lien circulaire, on constitue un pédicule que tantôt on laisse libre dans la cavité péritonéale, tantôt on fixe à la plaie abdominale.

4° Hystérectomie totale. — OPÉRATION DE BISCHOFF (1879).

BISCHOFF a tenté l'ablation non seulement du corps de l'utérus, mais de l'utérus en entier, créant ainsi une plaie vaginale circulaire, qu'il fermait au moyen de sutures.

5° Valeur relative de ces diverses opérations.

Depuis l'antisepsie et surtout depuis la vive impulsion que lui a donnée

¹ Γαστερ, ventre; ελγτρον, vagin; τομή, section.

² Hystérotomie signifie *section* de l'utérus, et hystérectomie *ablation* de l'utérus.

SAENGER, l'hystérotomie classique qui paraissait devoir être détrônée par les opérations de JOERG et de PORRO, a au contraire repris le dessus, ainsi qu'on peut s'en assurer d'après les statistiques suivantes, les plus complètes et récentes, publiées sur ces diverses opérations.

Je passe sous silence l'opération de BISCHOFF, qui n'a été faite en tout que trois fois, et toujours avec résultat fatal pour la mère.

OPÉRATION CÉSARIENNE. — 135 cas¹.

Mortalité maternelle	25 p. 100.
Mortalité infantile	8 —

OPÉRATION DE PORRO. — 138 cas².

Mortalité maternelle	55 p. 100.
Mortalité infantile	18 —

OPÉRATION DE JOERG. — 11 cas³.

Mortalité maternelle	54 p. 100.
Mortalité infantile	36 —

L'opération césarienne, telle qu'on la pratique actuellement et telle qu'elle sera décrite plus loin, est donc bien supérieure par ses résultats aux opérations de PORRO et JOERG; c'est par conséquent à elle qu'il faudra donner la préférence, réservant les deux autres pour des cas exceptionnels et des indications spéciales.

Dans le cours ultérieur de cette description, j'aurai exclusivement en vue l'hystérotomie classique, me réservant de parler incidemment des opérations de PORRO et de JOERG.

B. — QUAND L'HYSTÉROTOMIE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE?

1° Indications.

L'indication peut provenir du fœtus ou de la mère.

1° INDICATION FŒTALE.

Volume exagéré du fœtus.

Monstres (hydrocéphalie).

Présentations et positions vicieuses.

Ces indications, données par ROUSSET et admises après lui par un certain nombre d'accoucheurs, ne sont plus acceptées à l'heure actuelle.

2° INDICATION MATERNELLE.

a. Post mortem. — Quand la mort de la femme a été brusque et rapide, il arrive souvent que le fœtus, enfermé dans la cavité utérine, lui survit un

¹ Caruso. *Archiv. f. Gynæk.*, 1888, t. XXXIII, p. 263.

² E. Godson. *British medical Journal*, 26 janvier 1884.

³ S. Clarke. *Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie*, thèse Nancy, 1887. (Tableau dressé par cet auteur à la fin de son travail.)

certain temps, une demi-heure, une heure, et même, d'après certains auteurs, davantage. L'indication de sauver l'enfant ne saurait être discutée, elle est nette et positive alors qu'on perçoit encore les bruits du cœur fœtal, et si ces bruits ont disparu, elle persiste néanmoins, car la mort n'est peut-être qu'apparente. — Il y a, en pareil cas, deux manières d'extraire l'enfant, l'opération césarienne ou l'accouchement forcé : nous discuterons plus loin l'indication relative à ces deux modes d'intervention.

b. *Ante mortem.*

L'indication peut être fournie par les *parties molles* ou par les *parties dures*.

1° PARTIES MOLLES ¹.

Tumeur péri-utérine. — Kyste de l'ovaire par exemple, obstruant plus ou moins la voie génitale (indication exceptionnelle).

Tumeur utérine. — Fibrome prævia, empêchant absolument le passage du fœtus à travers les voies naturelles.

Sténose du col. — Sous l'influence de brides cicatricielles, et surtout du cancer, qui est une cause relativement fréquente d'opération césarienne.

2° PARTIES DURES.

Viciation pelvienne, suffisante pour empêcher le passage du fœtus. — Quelques auteurs divisent ici les indications en *relatives* et *absolues*, appelant *absolue* celle où l'opération césarienne est la seule ressource permettant de terminer l'accouchement, et *relative*, celle où une autre intervention (embryotomie, par exemple) pourrait être tentée dans le même but. — Mais cette division ne saurait être acceptée, car les accoucheurs ne sont pas d'accord sur le degré de rétrécissement où l'embryotomie devient impossible. (Voir p. 757.)

2° Contre-indications.

1° *Fœtus mort ou non viable.* — Quand le fœtus est mort; quand, par l'âge de la grossesse ou l'existence d'une monstruosité (hydrocéphalie, par exemple), il ne peut être viable, l'opération césarienne ne pourra être tentée que si l'embryotomie est reconnue impossible. — Cette contre-indication n'est donc que relative.

2° *Volonté maternelle.* — Lorsque la mère, jouissant de la plénitude de ses facultés, refuse l'opération césarienne, ne voulant pas exposer sa vie pour celle de son enfant, l'accoucheur devra respecter cette volonté, et se résigner à l'embryotomie, si elle est possible.

3° Choix entre l'accouchement forcé, l'embryotomie, l'hystérotomie.

a. *Post mortem.* — A moins d'obstacles siégeant sur le trajet que doit parcourir le fœtus (pelviciation, tumeur), l'accoucheur a le choix entre l'accou-

¹ Il ne sera question ici ni des *ruptures utérines*, ni de la *grossesse extra-utérine*, car en pareil cas c'est une simple laparotomie, et non une véritable opération césarienne qu'on pratique, pour aller à la recherche du fœtus.

chement forcé et l'hystérotomie. — D'une façon générale il faudra préférer l'accouchement forcé, plus facile à pratiquer, nécessitant un appareil moindre et, en cas de mort apparente, plaçant la femme dans de meilleures conditions pour la survie. L'accouchement forcé a aussi l'avantage d'éviter à l'opérateur les commentaires malveillants de l'assistance, qui pourrait l'accuser d'être l'auteur d'une mort prétendue apparente au moment de l'intervention.

En cas d'obstacle à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, l'opération césarienne est seule indiquée, l'accouchement forcé devenant impossible.

b. *Ante mortem.* — Laissant de côté l'*expulsion provoquée*, qu'on devra préférer toutes les fois qu'elle est possible et dont les indications ont déjà été discutées, nous avons à tracer le choix entre la *symphyséotomie*, l'*hystérotomie* et l'*embryotomie*.

Si l'enfant est mort ou non viable, recourir à l'embryotomie toutes les fois qu'elle est possible. — De même si la mère est atteinte d'une maladie mortelle, d'un cancer par exemple, empêchant l'ouverture du col, pas d'hésitation à donner la préférence à l'opération césarienne. — Dans l'un et l'autre cas, il faut recourir à l'opération qui sauvegarde le mieux les intérêts de l'individu vivant et viable, par rapport au condamné. — Mais si la mère et l'enfant sont bien portants, également aptes à la survie, quel devra être le choix de l'accoucheur ?

Rappelons d'abord, pour bien juger la gravité relative des deux opérations, les chiffres de leur mortalité

	Embryotomie	Hystérotomie	Symphyséotomie
Mortalité maternelle	6 p. 100	25 p. 100	18 p. 100
Mortalité infantile	100 p. 100	8 p. 100	39 p. 100

L'hystérotomie expose donc quatre fois plus l'existence de la mère que l'embryotomie, — d'autre part l'hystérotomie sauve douze fois plus d'enfants que l'embryotomie qui les sacrifie tous. — La symphyséotomie est moins grave pour la mère que l'opération césarienne, mais en revanche elle est moins favorable à la conservation de l'enfant.

Si la vie de l'enfant valait celle de la mère, il n'y aurait donc aucune hésitation à accorder la préférence à l'hystérotomie; mais les appréciations sont très variées à cet égard et tandis que les césariens disent que la vie d'un enfant bien constitué est plus précieuse que celle d'une femme inapte à la procréation, les anti-césariens répliquent que l'existence d'un nouveau-né, entourée de beaucoup de périls, ne saurait être mise en parallèle avec celle d'une femme bien portante.

« S'il s'agissait de votre femme et de votre enfant, que feriez-vous ? » Les césariens sont embarrassés pour répondre, car s'ils se montraient conséquents avec leurs principes, on les traiterait de mauvais époux. D'autre part, les anti-césariens peuvent passer pour de mauvais pères, puisqu'ils n'hésiteraient pas à sacrifier leur enfant. — Dans cette question, qui doit rester purement scientifique, mieux vaut ne pas faire intervenir le sentiment,

sinon elle devient insoluble. — Tout en acceptant que la vie de la femme a une plus grande valeur que celle de l'enfant sur le point de naître, on peut essayer de tracer le choix qui semble le meilleur entre les trois opérations, tout en essayant de concilier les intérêts de la mère et ceux de l'enfant, mais en tenant plus compte de la vie de la mère que de celle de l'enfant.

S'il s'agit d'une indication fournie par les *parties molles*, le cancer fera incliner vers l'hystérotomie, et les autres sources d'indication vers l'embryotomie ou la symphyséotomie, à moins que l'obstacle, siégeant sur la voie génitale, soit tel qu'il rende impossible le passage de la main ou des instruments; dans ce dernier cas, l'hystérotomie et exceptionnellement la symphyséotomie seront les seules interventions praticables.

L'indication provient-elle des *parties dures*, la décision variera avec le degré du rétrécissement pelvien (voir p. 477) :

1° *Bassin au-dessus de 9 centimètres*. — Quand les dimensions sont supérieures à 9 centimètres, l'extraction du fœtus intact est le plus souvent possible; toutefois, si le volume de l'enfant ou une présentation vicieuse mettait obstacle à l'accouchement, mieux vaudrait recourir à la symphyséotomie dans le premier cas, à l'embryotomie dans le second, avec l'intention de provoquer l'accouchement prématuré à la grossesse suivante, au cas où on le jugerait nécessaire.

2° *Bassin de 7 à 9 centimètres*. — Si le médecin est consulté à temps, il pratiquera l'accouchement provoqué. — Quand le travail est déclaré, si à la dilatation complète les moyens ordinaires d'extraction (main, forceps) ont échoué, il faut recourir à la symphyséotomie et à la grossesse suivante, on pourra, par l'accouchement provoqué, assurer à cette femme la maternité sans danger. On n'aurait recours à l'embryotomie qu'avec un enfant mort.

3° *Bassin de 5 à 7 centimètres*. — Si la femme vient consulter avant le terme de sa grossesse, et qu'il n'y ait pas de contre-indication à la symphyséotomie ni à l'accouchement provoqué, on pourra avoir recours à ces deux opérations, qui combinées permettront avec un bassin de 5 à 7 centimètres d'avoir un enfant viable. — En effet, la symphyséotomie faisant gagner 2 centimètres et d'autre part l'accouchement provoqué faisant gagner 1 centimètre par mois d'expulsion avancée, on peut avec la symphyséotomie et l'accouchement provoqué deux mois avant terme, gagner 4 centimètres, et par conséquent permettre à un fœtus de sept mois dont le diamètre bipariétal est de 7 centimètres de franchir un bassin de 5 centimètres, ces 5 centimètres étant portés à 7 par la symphyséotomie.

Donc avec un bassin de 5 centimètres provoquer l'accouchement à 7 mois, compléter par la symphyséotomie.

Avec un bassin de 6 centimètres, provoquer l'accouchement à 8 mois, et compléter par la symphyséotomie.

Si la femme est à terme, la symphyséotomie à elle seule sera insuffisante pour permettre l'extraction du fœtus vivant, car elle ne donnera que 2 centimètres d'augmentation, et le bassin mesurant de 5 à 7 centi-

mètres ne peut fournir les 9 centimètres nécessaires au passage fœtal; en pareil cas on n'aura donc le choix qu'entre l'embryotomie et l'opération césarienne.

On préférera l'opération césarienne si l'enfant est viable, et paraît réunir toutes les conditions favorables à la viabilité; sinon on aura recours à l'embryotomie.

Toutefois, si la femme, prévenue des dangers relatifs qu'elle court avec l'opération césarienne, préfère être délivrée par l'embryotomie, c'est-à-dire en sacrifiant son enfant, l'accoucheur devrait respecter cette volonté et pratiquer l'embryotomie au lieu de l'opération césarienne.

4° *Bassin au-dessous de 5 centimètres*. — Pendant la grossesse le choix sera donné à la femme entre l'avortement provoqué et l'opération césarienne.

Au terme de la grossesse, et pendant le travail, les difficultés de l'embryotomie devenant, au-dessous de 5 centimètres, considérables, et d'autant plus marquées que le bassin est plus étroit, il faudra (à moins d'enfant mort) recourir comme règle à l'opération césarienne.

C. — COMMENT L'HYSTÉROTOMIE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE?

1. Précautions préliminaires.

Moment à choisir pour l'opération. — L'hystérotomie, pratiquée pendant le travail, donne des résultats d'autant moins satisfaisants qu'elle est faite à une période plus éloignée du début (HARRIS), d'où le conseil d'opérer aussitôt que possible après la déclaration du travail. — Mais il semble préférable de ne pas attendre ce moment et de choisir les derniers temps de la grossesse avant l'apparition des contractions utérines douloureuses; de la sorte tous les préparatifs peuvent être faits avec beaucoup plus de soin, et toutes les conditions favorables au succès de l'opération sont plus facilement réunies. — On a objecté qu'à cette période on s'expose davantage à l'inertie utérine et à l'hémorragie qui en résulte; mais l'objection n'est nullement prouvée et n'est pas vraisemblable, car l'utérus est également rétractile à toutes les périodes de la puerpéralité.

Objets et instruments nécessaires. — Bistouri ordinaire et boutonné. — Deux pinces à griffe (pour détacher le péritoine de l'utérus en cas de besoin); — une douzaine de pinces hémostatiques, — des ciseaux. — Des aiguilles courbes ordinaires avec un porte-aiguille, fils de soie de deux grosseurs. — Solutions antiseptiques chaudes et froides. — Savon, brosse et rasoir pour l'antisepsie de la paroi abdominale. — Ether. — Une douzaine de serviettes aseptiques. — De la gaze iodoformée en carré et en bandes pour tamponnement intra-utérin; de la poudre d'iodoforme. — Douze éponges, six grosses, et six petites. — Du coton aseptique. — Un bandage de corps. — Un forceps (parfois nécessaire pour l'extraction du fœtus). — Une solution d'ergotine avec une seringue de Pravaz. — Il sera bon également d'avoir deux broches en acier, un fil de fer solide et un constricteur de CINTRAT, au cas où on serait obligé de faire l'opération de