

PORRO. — Même table d'opération que pour une laparotomie. Objets nécessaires pour la ligature du cordon ombilical et pour ranimer l'enfant.

*Anesthésie.* — Doit être faite avec le chloroforme, comme pour toute grande opération chirurgicale.

*Aides.* — Un pour l'anesthésie, un pour l'abdomen, un pour les instruments, un pour recevoir l'enfant. — Deux autres aides subalternes.

#### PRÉCAUTIONS DIVERSES.

*Antiseptie vulvo-vaginale* soigneusement faite et répétée pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération.

*Un ou deux grands bains savonneux* durant les deux ou trois jours antérieurs à l'intervention.

*Laxatif*, la veille de l'opération.

Avant d'opérer, pendant qu'on anesthésie la femme : cathétérisme de la vessie. — Savonner la paroi abdominale. — Raser toute la région sous-ombilicale. — Terminer par un lavage avec de l'éther. — Envelopper les membres pelviens de la patiente, et couvrir également le thorax, pour éviter tout refroidissement.

#### 2. Opération.

L'opération se fait en trois temps :

##### 1° Pénétration jusqu'à l'œuf.

Incision de la paroi abdominale. . . . . 1

Incision de la paroi utérine. . . . . 2

##### 2° Extraction de l'œuf.

Extraction de l'enfant . . . . . 3

Extraction des annexes . . . . . 4

##### 3° Sutures.

Sutures de l'utérus. . . . . 5

Sutures de la paroi abdominale. . . . . 6

1° *Incision de la paroi abdominale.* — Incision de 15 bons centimètres sur la ligne médiane, partant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, et contournant l'ombilic, de préférence à gauche pour éviter le ligament suspenseur du foie.

2° *Incision de la paroi utérine.* — L'utérus étant mis à nu, le faire redresser et maintenir sur la ligne médiane, prier en outre l'aide de bien tendre la paroi abdominale et de l'appliquer sur l'utérus, afin d'éviter le passage du liquide amniotique dans la cavité péritonéale. — Sur la ligne médiane, et parallèlement à l'incision abdominale, ponctionner l'utérus avec le bistouri dans l'endroit où la palpation ne fait percevoir aucune partie fœtale; puis, enfonçant le doigt dans la boutonnière ainsi créée, inciser la paroi utérine en se servant de l'index comme d'une sonde cannelée.

3° *Extraction de l'enfant.* — Au niveau de l'ouverture ainsi créée, et par laquelle le liquide amniotique s'échappe en abondance, une partie fœtale,

tête, siège, ou partie intermédiaire du tronc ne tarde pas à se présenter. — Parfois les rétraction et contraction de l'utérus sont assez énergiques pour chasser le fœtus par l'ouverture artificielle, comme elles le font par les voies

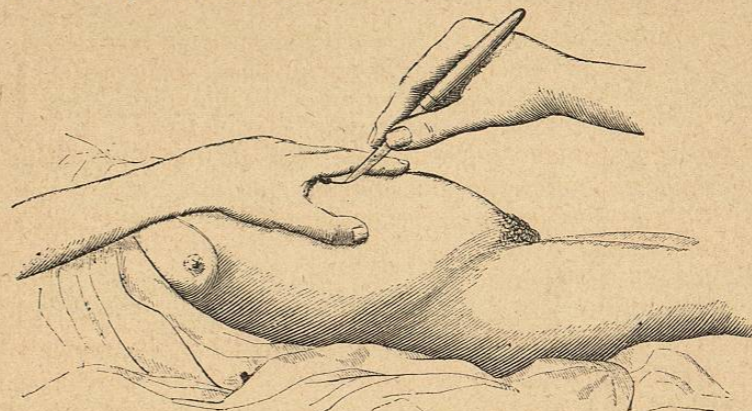


Fig. 549. — Opération césarienne. — Incision de la paroi abdominale.

naturelles dans un accouchement normal; il suffit alors d'aider et de surveiller cette sortie, sinon on pratique l'extraction, soit à l'aide du forceps (si



Fig. 550. — Opération césarienne. — Extraction de l'enfant.

la tête se présente), soit à l'aide des mains (si le tronc se présente). — Le cordon est lié, sectionné, et l'enfant est immédiatement confié à la personne qui doit en prendre soin.



4° *Extraction des annexes.* — La main droite plonge de suite après dans l'utérus et va saisir les annexes comme pour une délivrance artificielle. —

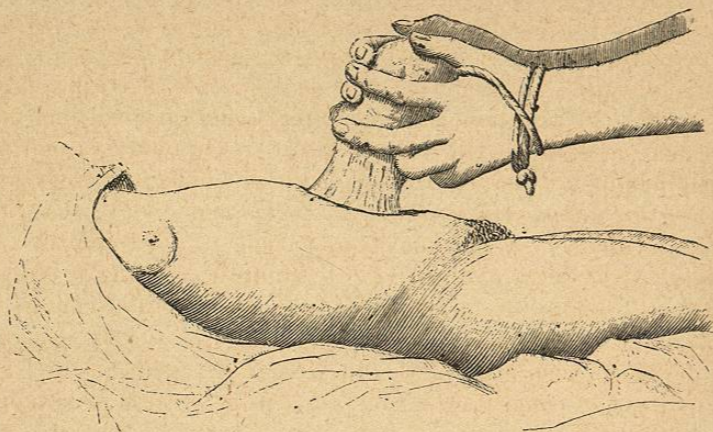


Fig. 531. — Opération césarienne. — Extraction des annexes.

Placenta et membranes sont amenés au dehors à travers l'ouverture utéro-abdominale.

5° *Sutures de l'utérus* (SAENGER). — Après avoir soigneusement lavé toute la surface interne de l'utérus et s'être assuré de la perméabilité du canal cervical pour l'écoulement des lochies, fermer la plaie utérine à l'aide de sutures *profondes et superficielles* (fil de soie).

Les *sutures profondes* doivent être placées à 1 centimètre 1/2 l'une de l'autre, et ne pas comprendre la mu-

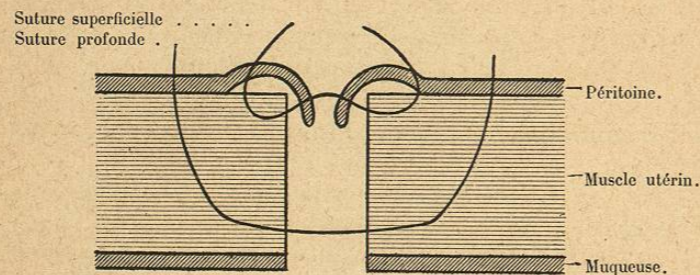


Fig. 532. — Sutures de la paroi utérine, vues sur une coupe

queuse utérine (fig. 532), mais passer à quelques millimètres au-dessus d'elle, afin d'éviter toute communication par l'intermédiaire des fils entre les cavités utérine et péritonéale.

Les *sutures superficielles* seront espacées d'un 1/2 centimètre; il doit donc y en avoir deux entre chaque suture profonde (fig. 532). — Il est



Fig. 533. — Les mêmes, vues en surface après leur achèvement.

important qu'elles assurent l'affrontement des deux feuillets péritonéaux, afin que la plaie soit à ce niveau aussi exactement fermée que possible. — Pour amener cet affrontement, il faut détacher avec les doigts le bord libre du feuillet péritonéal, au besoin le disséquer dans l'étendue de 3 à 5 millimètres, et si on ne pouvait opérer ce détachement, réséquer un mince fragment de la paroi musculaire, en forme de coin dont la base correspondrait à la séreuse; mais cette résection, de même que le détachement instrumental, sont rarement nécessaires, les doigts suffisent. — Les sutures sont placées, ainsi que l'indique la figure 532, de telle sorte que le bord libre du péritoine soit fixé et maintenu dans la plaie par la tension même du fil, qui, de cette façon, assure l'adossement des deux feuillets opposés de la séreuse.

6° *Sutures de la paroi abdominale.* — Avant de procéder à ces sutures, il faut faire la toilette du péritoine à l'aide d'éponges aseptiques qu'on promène autour de l'utérus, et qu'on fait plonger jusque dans la cavité de DOUGLAS, où se collectent d'habitude tous les liquides tombés dans la séreuse. — Aussitôt que les éponges reviennent intactes, on ferme la plaie abdominale comme après une laparotomie ordinaire.

La pratique des accoucheurs varie à cet égard, les uns faisant la suture en plusieurs étages, les autres en un seul; la substance employée pour la ligature varie également.

Personnellement je ne fais que la *suture en un seul étage*, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, en ayant soin de comprendre le muscle, dont la réunion importe beaucoup. Puis pour que l'affrontement de la peau soit bien exact, je termine par quelques points superficiels.

Comme substance j'emploie exclusivement le *crin de Florence*, qui est des divers matériaux employés le plus facile à aseptiser et le mieux supporté par les tissus.

Tout drainage est inutile.

Appliquer sur la plaie de la gaze iodoformée, maintenue par un bandage de corps. Jamais de poudre d'iodoforme; elle est au moins inutile.

Soins consécutifs, analogues à ceux réclamés par toute laparotomie.

3° *Difficultés et complications.* — Les difficultés et complications peuvent se rencontrer à chacun des différents temps de l'opération.

1° *Incision de la paroi abdominale.* — Hémorragie des vaisseaux de cette paroi, facilement arrêtée par l'usage des pinces à forcipressure.

2° *Incision de la paroi utérine.* — Au moment même où on va opérer, il peut y avoir une *hernie de l'intestin* ou de l'épiploon dans le champ opératoire; un aide maintiendra sans difficulté l'organe hernié.

En pratiquant l'incision, deux accidents sont possibles, une *hémorragie de la paroi utérine*, la *rencontre du placenta*.

La rapidité même de l'opération est le meilleur traitement à opposer à l'*hémorragie de la paroi utérine*, qui ne tardera pas à se tarir, sous l'influence de la rétraction du muscle utérin.

La *rencontre du placenta* peut être plus gênante; pour la prévoir, HALBERTSMA a préconisé la ponction préalable de l'utérus à l'aide d'un trocart



capillaire, mais ce moyen est généralement abandonné, car, outre qu'il est peu probant, s'il avertit du danger, il ne donne pas le moyen de l'éviter. Le meilleur moyen de vaincre cet obstacle, alors qu'on le rencontre, est, soit de décoller le placenta avant de terminer l'incision, soit d'inciser le placenta avec la paroi et d'opérer ensuite le décollement; le salut de l'enfant est, dans l'un et l'autre cas, assuré par la rapidité même de l'opération et de l'extraction,

3°-4° *Extraction de l'enfant et des annexes.* — Cette double extraction ne saurait offrir des difficultés sérieuses, à moins d'ouverture utéro-abdominale trop petite; il suffira d'agrandir cette ouverture à l'aide des ciseaux.

5° *Sutures de l'utérus.* — C'est après l'extraction des annexes, au moment de faire la toilette et les sutures de l'utérus, que peut se présenter la complication la plus grave et la plus effrayante : l'hémorragie par inertie utérine, hémorragie qui prend sa source au niveau de la plaie de l'utérus et au niveau de la surface de l'insertion placentaire.

Cette complication est, avec la septicémie, celle qui compromet le plus le résultat de l'opération césarienne, et on comprend que toute l'attention des accoucheurs ait été dirigée contre elle, d'où les nombreux moyens thérapeutiques préconisés soit pour la prévenir, soit pour l'arrêter; je ne citerai que les principaux.

RITGEN et GUÉNIOT ont proposé d'amener l'utérus hors de la cavité abdominale avant de pratiquer la délivrance, afin de pouvoir plus aisément comprimer l'organe et arrêter l'écoulement sanguin. Mais si l'inertie est sérieuse, elle dure un certain temps, et il est imprudent de maintenir longtemps l'utérus au dehors. — D'autre part, il n'est pas toujours facile d'amener à ce moment la sortie de la matrice, à moins d'une incision abdominale très étendue : aussi ce moyen est-il peu employé.

LITZMANN avait pensé qu'en appliquant autour du col utérin une ligature élastique provisoire, on lutterait efficacement contre cette hémorragie. Tant que le lien est appliqué, l'hémostase est en effet assurée, mais aussitôt qu'on l'enlève, l'écoulement sanguin se produit, il semble même que l'emploi de ce lien (tube en caoutchouc) prédispose à l'inertie par la compression momentanée qui en résulte. Il ne serait réellement efficace et salutaire que si on pouvait le laisser appliqué pendant quelques heures à la suite de l'opération, mais la présence de ce corps étranger empêche l'occlusion de la plaie abdominale.

Sans s'attarder aux moyens qui précèdent, ni aux divers autres proposés dans le même but, et dont l'essai pourrait faire perdre un temps précieux, tout en n'offrant pas une sécurité suffisante, l'opérateur s'adressera aux deux méthodes suivantes, dont la seconde, radicale, devra être réservée pour les cas désespérés.

a. La première consiste à employer les moyens ordinaires propres à combattre l'inertie utérine, à savoir l'ergotine, l'injection intra-utérine d'eau chaude (50°) et le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée. — Il est bon de toujours faire, pendant que l'anesthésie est commencée et avant le début de l'opération, une injection sous-cutanée d'ergotine comme pré-

ventif, sinon on la pratiquera au moment même de l'accident. On lavera l'intérieur de la cavité utérine avec une injection chaude antiseptique, puis on comblera l'intérieur de la cavité utérine avec deux ou trois bandes de gaze iodoformée préalablement déroulée et dont le bord libre sera conduit dans le vagin à travers le col (afin de pouvoir les enlever par les voies naturelles). Sur ce tampon ainsi appliqué, on procédera aux sutures utérines.

b. Si, malgré l'emploi des moyens précédents, l'hémorragie continue, il faudra promptement se décider à la *méthode radicale*, qui consiste à enlever le corps de l'utérus, c'est-à-dire à pratiquer l'*opération de Porro*. — A cet effet, le corps de l'utérus étant amené hors de l'abdomen, on transpercera l'utérus à l'union du corps et du col, à l'aide de deux broches métalliques perpendiculairement enfoncées; au-dessus de ces broches, on glissera une anse de fil de fer, avec laquelle on opérera la constriction du pédicule<sup>1</sup> (à l'aide du constricteur de CINTRAT, ou simplement de la main). — Pour plus de sécurité, il sera bon de placer au-dessous des broches un second fil de fer analogue au précédent, on sectionnera l'utérus à 2 bons centimètres au-dessus du lien circulaire et le moignon ainsi constitué sera fixé dans la plaie abdominale, qu'on fermera aussi complètement que possible à l'aide de sutures ordinaires (pansement iodoformé). Fil de fer, broches et ligatures seront enlevés au bout de quelques jours, dont le nombre varie avec la rapidité de rétraction du pédicule et de la plaie.

L'opération de PORRO sera donc réservée à ces cas exceptionnellement graves, et à ceux aussi où soit la putréfaction de l'œuf dans la cavité utérine, soit un processus septique fait supposer que l'utérus est atteint de septicémie et que son ablation est indispensable pour préserver la femme d'accidents ultérieurs mortels.

6° *Sutures de la plaie abdominale.* — Après la suture de l'utérus, il se peut que quelque vaisseau ait été déchiré au niveau de la surface péritonéale, surtout s'il existait des adhérences; on voit alors une certaine quantité de sang s'accumuler dans le péritoine, et en particulier dans la cavité de DOUGLAS. — Il faudra rechercher attentivement la source du sang, et, par une ligature solide, en assurer l'arrêt.

Les complications ultérieures, choc ou septicémie, seront combattues par les moyens appropriés, dont nous ne pouvons ici aborder les détails.

<sup>1</sup> Il faut avoir soin d'enlever avec le corps de l'utérus les deux ovaires et les trompes, qui doivent être par conséquent compris dans le moignon formé par l'application du fil de fer.