

437310

# DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

SUIVIE

## DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE

MÉTHODE

du D<sup>r</sup> Edouard Porro, professeur à l'Université de Pavie

PAR

**M. LE DOCTEUR WASSEIGE,**

Professeur ordinaire à l'Université de Liège,  
Président de la Commission médicale provinciale, Membre fondateur de la  
Société médico-chirurgicale de Liège,  
Correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique,  
de la Société médico-chirurgicale de Bologne,  
de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,  
de la Société de médecine de Gand, de la Société de médecine d'Anvers,  
Chevalier de l'Ordre de Léopold,  
Décoré de la Croix civique de deuxième classe.

---

Extrait du *Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique*; T. XII, 3<sup>me</sup> série, n<sup>o</sup> 5.

---



**BRUXELLES,**

**H. MANCEAUX, LIBRAIRE-ÉDITEUR,**

IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

Rue des Trois-Têtes, 12.

—  
1878

# DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

SUIVIE

## DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE

---

*Historique.* — Depuis longtemps déjà, la question de l'extirpation de l'utérus après l'opération césarienne a été soulevée et discutée en Italie. Selon le professeur Müller, de Berne (1), Cavallini, le propagateur de cette opération, enlevait, il y a cent ans, la matrice à des animaux en état de gestation et pensait que cette méthode opératoire serait suivie et adoptée comme règle générale de conduite chez la femme.

Le professeur Porro cite également, dans son mémoire (2), l'insuccès d'une opération de Stover sur une femme enceinte, portant de nombreux et volumineux fibromes. Il eut connaissance de ce fait par un article de Cazin, inséré dans la *Revue de tocologie* de Depaul (juin 1876) et extrait du journal de la Société de gynécologie de Boston (vol. 1, n° 4), un mois après l'opération qu'il a pratiquée, à Pavie, le 21 mai 1876.

Le professeur Porro mentionne également le travail de

(1) *Arch. für Gynaekologia*, 1878.

(2) *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo*. Milano, 1876.

Fogliata qui lui a été envoyé à la même époque, mais qui avait été publié en 1875. Ce travail, intitulé : *Contributions à l'étude de l'amputation de l'utérus chez les animaux domestiques* — observations cliniques et instrumentales faites à l'École vétérinaire de Pise — mentionne en premier lieu les expériences faites par Jeser, en 1862, sur quatre chiennes en état de gestation, deux succès, et ses propres expériences, faites en 1874, sur une chatte en travail depuis 15 jours, morte trois heures après l'opération, sur quatre chiennes dont l'utérus n'était pas gravide, trois succès, et sur une vache chez laquelle il y avait un renversement de la matrice, insuccès.

Le professeur Spâth, de Vienne, cite également, dans son mémoire (1), les expériences suivantes : après treize extirpations sur des lapines et des chattes, Rein conclut que l'opération sur la femme peut se faire avec chance de succès. Il mentionne également les expériences heureuses de Porro sur trois lapines fécondées.

La question de l'amputation utéro-ovarique avait donc fait peu de progrès, et l'on s'était borné à des considérations théoriques et à des essais sur les animaux, lorsque le docteur Édouard Porro, professeur ordinaire à l'Université de Pavie, frappé des beaux résultats obtenus dans l'ovariotomie et dans les opérations d'extirpation de l'utérus non gravide par Péan, et des revers nombreux dans les opérations césariennes exécutées même avec la suture utérine, pensa qu'il fallait empêcher à tout prix l'écoulement du sang dans la cavité péritonéale par la ligature et la section de l'utérus et de ses annexes, ne laisser dans la séreuse aucune plaie pouvant y déverser ses produits.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 4 et suiv. 1878.

Fort de cette conviction, il chercha le mode opératoire qu'il devait mettre en usage le cas échéant.

On pouvait, après avoir pratiqué l'opération césarienne suivant le procédé ordinaire, amener l'utérus à l'extérieur, l'étrangler au niveau du col et sectionner les parties, ou bien imiter une opération que l'on pratique sur l'utérus renversé avec les ovaires renfermés dans sa nouvelle cavité, c'est-à-dire faire l'application dans le vagin d'une ligature au niveau du col et l'excision de l'organe renversé.

Si, dans les amputations utéro-ovariennes pour tumeurs fibreuses, kystes fibreux ou autres, l'unique voie d'amputation est la gastrotomie, parce que les parois utérines, par leur rigidité et leur dégénérescence, ne peuvent se renverser dans le vagin pour être amputées par cette voie ; si, dans les amputations utéro-ovariennes pour renversement de l'utérus, la seule méthode est l'amputation par le vagin, parce que l'indication de cette opération est essentiellement donnée par l'irréductibilité, il n'en est pas de même dans l'hystéro-ovariotomie faisant suite à l'opération césarienne. On peut amputer par la voie sus-pubienne, ou bien par le vagin, après avoir produit artificiellement le renversement.

L'amputation de l'utérus à travers la plaie abdominale présente les avantages suivants : l'opération est plus rapide, le pédicule de l'utérus, placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, peut être soigné comme le pédicule d'un kyste de l'ovaire, il contracte des adhérences qui servent de soutien à la masse intestinale.

Au contraire, l'amputation dans le vagin présente des inconvénients marqués, tels que : la difficulté de produire le renversement, si la matrice revient vite sur elle-même ; l'impossibilité de faire passer l'utérus renversé à travers un

détroit supérieur fortement rétréci; l'abandon du moignon utérin dans le canal vaginal où il est plus difficilement soigné; la difficulté d'application d'un drain.

C'est en raison des avantages et des inconvénients que nous venons d'énoncer, que le savant professeur de Pavie se décida à mettre en usage l'amputation sus-pubienne, lorsque l'occasion se présenterait.

Le 21 mai 1876, la femme Julia Covallini se présente à l'hospice de la maternité de Pavie.

Le professeur Porro, en présence de plusieurs collègues, après avoir constaté l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, fait l'opération césarienne. Une hémorragie redoutable se déclare et oblige l'accoucheur à pratiquer l'amputation utéro-ovarique.

Les chances de succès étaient bien mauvaises; en effet, on observait à cette époque, à la maternité de Pavie, de nombreux cas de fièvre puerpérale, et à l'hôpital, situé à côté, la gangrène.

Malgré ces conditions défavorables, l'opérée guérit et sortit de l'hospice le quarantième jour après l'opération.

Cet admirable succès engagea le docteur Späth, professeur à la deuxième clinique d'accouchements de Vienne, à recourir, le 22 juin 1877, à la même opération, parce que dans le cours d'une section césarienne, faite à cause d'un bassin fortement vicié par ostéomalacie, il s'était déclaré une hémorragie que rien ne put arrêter. La femme sortit guérie le 4 décembre de la même année.

Le 3 septembre 1877, se présentait à la clinique du même professeur une seconde femme chez laquelle le bassin était déformé par ostéomalacie. Cette femme, en travail depuis longtemps, avait perdu les eaux depuis la veille; elle avait

eu des douleurs très-fortes, très-longues; le fœtus avait succombé; la percussion donnait un son tympanique à la partie supérieure de l'utérus; la femme était complètement épuisée.

Cette fois le chirurgien s'était décidé à faire l'extirpation de l'utérus et des annexes, même en l'absence d'hémorrhagie. Malheureusement, les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvait l'opérée amenèrent, le huitième jour, le développement d'une péritonite mortelle.

On trouve encore mentionnée dans le mémoire du professeur Müller une opération faite sans succès par Carl Braun, professeur à la première clinique obstétricale de Vienne; mais nous n'avons sur ce cas aucun détail.

Enfin, le professeur Müller, de Berne, a pratiqué également avec succès, le 4 février 1878, l'opération de Porro, en la modifiant dans le manuel opératoire. La femme avait un rétrécissement considérable du bassin par ostéomalacie; elle était épuisée par un travail long; l'utérus était sensible et tympanisé; le pouls était fréquent et la température élevée. Malgré ces conditions fâcheuses, l'opérée guérit.

Nous n'avions encore connaissance que de l'opération de Porro et de la première de Späth, lorsque la femme, faisant l'objet de notre communication, s'est présentée dans notre service. Frappé des avantages de la méthode de Porro, après avoir prévenu la femme des résultats irrémédiables de l'opération et avoir obtenu son consentement, nous nous sommes décidé à pratiquer la grave mutilation dont nous allons donner la description détaillée.

## OBSERVATION

La nommée Joséphine Moyses, épouse Pierre Dewez, née à Verviers, domiciliée à Hodimont, rue Petaheid, n° 12, enceinte pour la première fois, vint nous trouver, dans le courant du mois de janvier 1878, pour savoir si on pouvait pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

M<sup>me</sup> Dewez, d'une taille de 1 mètre 25 centimètres, a été atteinte de rachitisme et n'a pu marcher qu'à l'âge de cinq ans. Cette affection a laissé de fortes traces : les membres inférieurs et la colonne vertébrale présentent de nombreuses courbures.

Après avoir placé la femme dans la position obstétricale, nous avons procédé à l'examen du bassin; on arrivait au promontoire avec la plus grande facilité; la mensuration digitale de la ligne sacro-sous-pubienne donnait un peu plus de cinq centimètres; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, mesuré au moyen de notre pelvimètre, offrait une longueur de quatre centimètres. Tous les diamètres du bassin avaient subi des diminutions notables.

Il n'y avait donc pas d'hésitation à avoir, l'embryotomie aurait été fort laborieuse ou même impossible, mieux valait attendre le terme et pratiquer l'opération césarienne.

M<sup>me</sup> Dewez fut renvoyée chez elle, avec la recommandation de venir nous retrouver aux premiers symptômes d'accouchement, qui devaient apparaître, d'après l'époque des dernières menstrues ayant eu lieu dans les premiers jours de juillet 1877, au commencement d'avril 1878.

Voulant nous placer dans les meilleures conditions, nous

avons demandé à l'Administration des hospices de bien vouloir mettre à notre disposition un local spécial en dehors de la Maternité. Elle avait pu, grâce à l'obligeance de l'Administration communale, nous céder deux salles convenablement appropriées, dans l'ancienne école Sainte-Barbe.

Le dimanche, 14 avril 1878, la femme Dewez se présente dans notre service, à 6 1/2 heures du soir; elle est en travail depuis 3 heures du matin.

On procède immédiatement au toucher; on constate une fois de plus, que la mensuration faite antérieurement est exacte; le col est effacé et l'orifice externe présente les dimensions d'une pièce de 2 francs environ; il existe une poche d'eau et, à travers le segment inférieur de l'utérus, on sent une partie fœtale très-élevée, assez volumineuse et molle.

Par le palper, on constate aisément une présentation du siège en deuxième position, variété antérieure.

On mande, à la hâte, quelques docteurs qui avaient manifesté le désir d'assister à l'opération et les élèves qui étaient encore en ville, les vacances de Pâques étant commencées depuis l'avant-veille.

L'opération est fixée à 9 heures du soir. Nous nous décidons à pratiquer l'opération césarienne et nous désirons la faire suivre de l'opération du professeur Porro. Seulement nous pensons que nous ne pouvons pratiquer cette opération sans avoir au préalable obtenu le consentement des parties intéressées, le mari et la femme; en effet, agir autrement serait porter atteinte à la liberté.

Ce consentement obtenu, on prépare tout ce qui est nécessaire: des bistouris droits, convexes et boutonnés; des ciseaux courbes sur le plat et droits; un écraseur linéaire

avec un coulant pour maintenir la striction de la chaîne après enlèvement de l'instrument; des aiguilles à suture et des fils métalliques; des pinces hémostatiques et à ligature; un porte-aiguille; des tubes à drainage; du perchlorure de fer à 30°; une solution de chlorure de zinc au 1/8 pour cauteriser le moignon utérin, et de l'eau phéniquée. Tous les objets qui doivent servir: éponges, instruments sont lavés dans une solution d'acide phénique au 4/100; un pansement de Lister est préparé; enfin, on dispose tout ce qui est nécessaire pour rappeler l'enfant à la vie, s'il naissait dans un état de mort apparente.

MM. J. Vaust, directeur de la Maternité, Plücker, Closon et Deschamps, assistants à l'Université de Liège, Lebeau, médecin des hospices, et le docteur Bidlot, se rendent successivement à notre invitation.

M. Morimont, chef de clinique des accouchements, et quelques-uns de nos élèves arrivent aussi à notre appel.

M. Plücker, assistant du professeur Güssebauer, veut bien nous servir d'aide principal, en remplacement de notre assistant, M. le docteur Van den Bosch, indisposé.

On vide la vessie par le cathétérisme et le rectum par un lavement.

Tous ceux qui doivent être occupés se lavent les mains dans de l'eau phéniquée.

La femme est placée sur la table d'opération, le haut du corps et les jambes sont bien couverts, l'abdomen, mis à nu, est lavé soigneusement à l'eau phéniquée; elle est ensuite chloroformée complètement.

Un appareil pulvérisateur à vapeur projette sur le ventre de la femme, sur l'opérateur et sur ses aides un nuage de vapeurs phéniquées au 2/100.

L'utérus est ramené sur la ligne médiane et l'on <sup>le</sup> passe à sa torsion en appuyant sur son bord gauche; un aide fixe alors l'organe et tend convenablement les tissus.

On s'assure ensuite, par la percussion, qu'il n'y a pas d'anse intestinale entre la paroi abdominale et l'utérus.

Nous allons exécuter le procédé dit de Mauriceau. Nous faisons une incision s'étendant de la cicatrice ombilicale jusqu'à 4 centimètres de la partie supérieure de la symphyse pubienne; l'utérus étant mis à découvert en un point, nous achevons, sur le doigt indicateur, l'incision au moyen d'un bistouri boutonné.

L'utérus au lieu de présenter sa coloration habituelle, rouge lie de vin, est d'un rose grisâtre.

Nous commençons ensuite l'incision de l'utérus; cette incision ne présente rien d'extraordinaire; bientôt sous l'influence d'une contraction utérine les membranes se déchirent et un jet de liquide amniotique est projeté au dehors; les parois abdominales, parfaitement appliquées sur l'organe, empêchent les eaux de l'amnios et le sang, qui s'écoule en petite quantité, de pénétrer dans l'abdomen.

Nous pénétrons ensuite dans l'utérus en dirigeant la main vers le segment inférieur; nous saisissons un pied et nous extrayons rapidement un enfant du sexe féminin, plein de vie, qui est immédiatement remis à une des sages-femmes de service.

Au moment de l'extraction, quelques anses intestinales s'échappent; elles sont maintenues puis refoulées au moyen d'une éponge.

Nous prenons alors une des lèvres de la plaie utérine et nous ramenons facilement au dehors l'utérus et ses annexes.

Le placenta décollé, se présentant entre les lèvres de la plaie, est enlevé.

La plaie utérine siège dans la moitié inférieure de la face antérieure de l'organe; ce qui s'explique par la situation élevée de l'utérus en raison du rétrécissement.

On place l'écraseur à peu près au niveau de l'orifice interne; il faut le placer là pour avoir toute la plaie utérine au-dessus de la chaîne, puis on serre les parties jusqu'à ce que les lèvres de la plaie ne laissent plus suinter la moindre goutte de sang.

Nous enlevons alors, au moyen d'un long bistouri, toutes les parties jusqu'à deux centimètres de la chaîne.

Les parties utérines qui constituent le moignon forment une véritable rosace, qui est placée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale; une grande aiguille droite traverse le moignon au niveau de la chaîne pour éviter la rétraction du moignon dans l'abdomen.

Le coulant destiné à fixer la chaîne est serré et la tige de l'écraseur est enlevée.

On place alors un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas; puis on procède à la toilette du péritoine et à l'occlusion de la plaie abdominale, que l'on fait au moyen de quatre points de suture enchevillée métallique et de toute une série de sutures superficielles de fils d'argent.

Une petite portion d'épiploon, qui se trouve dans l'angle supérieur de la plaie, est liée et enlevée; le fil est fixé à une cheville.

La femme est ensuite lavée à l'eau phéniquée.

Le moignon est cautérisé avec la solution de chlorure de zinc au 1/8.

La chaîne, l'aiguille et le moignon sont enveloppés de

ouate de Bruns; le pansement de Lister est appliqué, et deux sacs en caoutchouc, remplis de glace, sont placés sur l'abdomen.

La femme sort du sommeil anesthésique; elle est habillée et transportée dans son lit.

L'opération et le pansement ont duré une heure.

Température 38.4; pouls 94; respiration 32.

*Examen de l'enfant.* — L'enfant pèse 2,580 grammes; il a une longueur de 48 1/2 centimètres.

La tête présente les dimensions suivantes :

Diamètre occipito-frontal . . .	11 1/2;
— sous-occipito-frontal . . .	10 1/2;
— sous occipito-bregmatique . . .	9 1/2;
— bi-pariétal . . . . .	9 1/2;
— bi-temporal . . . . .	7 1/2;
— bi-mastoïdien . . . . .	6;
— occipito-mentonnier . . .	12 3/4.

*Examen des organes enlevés.* — L'utérus et ses annexes pèsent 765 grammes.

La surface de section a 8 1/2 centimètres de diamètre.

La hauteur de la face antérieure est de 17, la largeur de 14 1/2 centimètres.

L'incision s'étend du bord inférieur de la section vers la ligne médiane; elle présente une étendue de 5 1/2 centimètres.

La hauteur de la face postérieure est de 13, la largeur de 15 centimètres.

La profondeur de la cavité utérine est de 9 centimètres, l'épaisseur des parois de 3 1/2 centimètres.

On voit la surface d'insertion du placenta sur les deux tiers supérieurs et postérieurs du côté gauche.

*Suites des couches.* — 15 avril, 1<sup>er</sup> jour. — Visite du matin : température 37.2; pouls 68; respiration 30.

La nuit a été mauvaise; la femme se plaint d'avoir éprouvé des douleurs vives.

A la première visite, il y a un mieux marqué; la femme est tranquille; la langue est blanche.

Visite du soir : température 37.8; pouls 72; respiration 32.

La femme a été sondée trois fois dans la journée, les urines sont normales. Elle a dormi à différentes reprises dans la journée. Un nouveau pansement de Lister est fait; la glace est continuée; léger suintement vers la partie supérieure de la plaie, pas d'odeur, pas de sensibilité du ventre; par le vagin, léger écoulement sans odeur. La femme n'a pas rendu de gaz par l'anus. Elle a pris un peu d'eau sucrée avec du jus d'orange et quelques cuillerées à café de lait qui ont provoqué de légères nausées.

16 avril, deuxième jour. — Visite du matin : température 37.5; pouls 64; respiration 32; nuit assez agitée; repos vers le matin.

A la visite du matin, état général satisfaisant; peau moite; pouls régulier; langue blanche; pas de vomissement ni de nausée; pas d'évacuation gazeuse ni autre depuis l'opération; de temps en temps quelques coliques passagères. Urines renfermant un peu d'urates, obtenues facilement par le cathétérisme, pratiqué trois fois par jour.

*Traitement.* — Injections phéniquées (4 à 5 par jour) dans le vagin; un grand lavement évacuant; glace sur le ventre.

A l'intérieur, eau sucrée avec jus d'orange, par petite quantité à la fois.

A la visite du soir, température 37.9; pouls 76; respiration 34. Peau plus chaude, pouls régulier; le lavement est resté sans effet; pas d'évacuation gazeuse. Renouvellement du pansement. Abdomen notablement distendu par des gaz, modérément douloureux à la pression, sauf dans l'hypochondre droit; quelques anses intestinales se dessinent à travers les parois. Coliques passagères après 10 minutes, 1/4 d'heure. Écoulement modéré séro-sanguinolent sur le pansement, à odeur fade, peu prononcée. La surface du pédicule est brunâtre, ratatinée. La réunion de la plaie abdominale est très-satisfaisante. Le tube à drainage est renouvelé. Le pédicule est cautérisé avec le perchlorure de fer à 30°. Emploi de la glace.

17 avril, troisième jour. — Température 37.3; pouls 68; respiration 30. Nuit agitée, relativement mauvaise jusque 4 heures du matin. Douleurs vives presque continues. Vers minuit, deux selles liquides peu abondantes sans évacuation gazeuse. Quelques hoquets et deux vomissements bilieux et muqueux.

A la visite du matin, peau fraîche, moite; pouls régulier; douleurs modérées s'exacerbant à intervalles variables; abdomen moins douloureux à la pression que la veille; écoulement lochial peu abondant et peu odorant. Même traitement que la veille; petits fragments de glace à l'intérieur; lavement salé.

Visite du soir : température 37.5; pouls 80; respiration 32. Journée assez bonne; sommeil à plusieurs reprises entre les exacerbations douloureuses qui présentent à peu près la même fréquence et la même intensité que la veille. Peau

un peu plus chaude que le matin; pouls légèrement accéléré; langue moins catarrhale; nausées à plusieurs reprises sans vomissements proprement dits. Le lavement évacuant a provoqué deux selles dont la dernière, semi-liquide, est assez copieuse.

Renouvellement du pansement phéniqué. Abdomen un peu moins météorisé que la veille; hypochondres sensibles à la pression, surtout à gauche. Le pédicule utérin s'affaisse de plus en plus. L'état de la plaie abdominale est très-satisfaisant.

*Traitement.* — Augmentation de la constriction du pédicule; vessies de glace localement; renouvellement du linge; changement de lit. Diète comme précédemment; le soir champagne glacé par cuillerée à café.

18 avril, quatrième jour. — Température 37,5; pouls 88; respiration 30. Nuit calme; sommeil presque continu. Deux selles liquides, suivies d'évacuations gazeuses abondantes.

A la visite du matin, la malade présente une euphorie très-marquée. Les douleurs sont presque nulles; les nausées ont disparu. Langue large, moins chargée; pouls régulier, un peu plus accéléré que la veille. Journée paisible; sommeil à plusieurs reprises; douleurs minimales.

Visite du soir : température 38,1; pouls 98; respiration 31. On constate que l'état de bien-être se maintient. L'état nauséux a tout à fait disparu et la malade a absorbé quatre cuillerées à bouche de lait, une dizaine de cuillerées à café de champagne et autant de cuillerées à café d'eau vineuse sans le moindre vomissement. La langue est étalée et humide, avec une couche légère de saburre.

Le pansement est renouvelé; on constate que le tympanisme abdominal a diminué; la pression sur le ventre ne

détermine que très-peu de douleurs. L'écoulement est peu abondant, mais présente, au niveau du pédicule, une odeur plus prononcée que la veille. Lors du pansement, on retire l'aiguille, fixant le pédicule, avec assez de difficulté; on enlève un des points de suture enchevillée; on remplace l'ouate de Burns par de l'ouate phéniquée; enfin on continue la glace. Toujours rien du côté des seins.

19 avril, cinquième jour. — Température 37.5; pouls 88; respiration 30. La nuit a été moins bonne que la précédente : de 8 heures du soir à 5 heures du matin, les douleurs ont empêché le sommeil; la malade a cependant reposé tranquillement de 5 à 8 heures.

On constate que l'état général est très-satisfaisant; les douleurs de la nuit se sont entièrement dissipées; le pouls est régulier, un peu plus résistant. La langue est fraîche et un peu chargée. L'abdomen est peu sensible à la pression; l'écoulement lochial diminue de quantité et reste sans odeur fétide, grâce aux injections phéniquées. Les urines sont rendues naturellement.

*Traitement.* — Trois rondelles de pain blanc; lait aromatisé par un peu de café; lavement salé.

Visite du soir : température 37.9; pouls 102; respiration 32. Journée très-calme; le sentiment de bien-être continue et s'accroît; voies digestives en bon état. Le lavement a amené une bonne selle pâteuse.

On renouvelle le pansement; on constate que l'abdomen s'affaiblit de plus en plus; il est souple et indolore à la pression; la plaie et le pédicule présentent le meilleur aspect; enlèvement du drain et de toutes les sutures, à l'exception de la suture enchevillée inférieure. On continue l'application des vessies de glace.

Les liquides et le pain absorbés ont été parfaitement supportés.

20 avril, sixième jour. — Température 38; pouls 88; respiration 30; nuit paisible; sommeil presque continu.

A la visite du matin, absence complète de douleurs; l'appétit se réveille et l'état général paraît aussi satisfaisant que possible, malgré la réaction légère accusée par le thermomètre; urines rendues naturellement.

Lait, rondelles de pain, un œuf, champagne.

Visite du soir : température 39.9; pouls 114; respiration 30. Journée calme, quelques douleurs lancinantes; à 5 heures réaction considérable accusée par l'accélération du pouls et une forte élévation de température.

En enlevant le pansement, on constate que le ventre reste souple, modérément distendu par les gaz. L'écoulement provenant du pédicule est plus abondant et plus fétide que précédemment; il y a rétention d'un pus décomposé qui s'écoule par l'orifice du tube à drainage, lorsqu'on soulève le pédicule à sa partie supérieure. Le toucher vaginal et la palpation des parois abdominales au voisinage du pédicule ne révèlent rien d'anormal.

On constate une irritation légère de la peau, due à l'acide phénique.

*Traitement.* — Renouvellement du pansement; resserrement du constricteur de Chassaignac; enlèvement d'une grande partie du pédicule utérin au moyen de la pince et des ciseaux; introduction d'un nouveau drain et enlèvement du dernier point de suture enchevillée; vessies de glace.

21 avril, septième jour. — Température 38.9; pouls 116; respiration 34.

Des douleurs très-vives ont été produites par la constrict-

tion plus énergique du pédicule et ne se sont dissipées que lentement, de sorte que la nuit a été très-agitée. Vers 8 1/2 heures un frisson violent s'est produit, et a été suivi d'une période de chaleur et de sueurs peu prononcées. La malade a dormi un peu vers le matin. La langue est plus chargée que la veille au soir; elle paraît moins humide et moins étalée.

Le pansement est enlevé. La sécrétion purulente est plus abondante et plus fétide que la veille. Le pédicule est fortement rétracté dans la cavité abdominale. Les parois du ventre ont conservé la même apparence que la veille.

Renouvellement du pansement et du drain. Glace sur le ventre. Lait, vin de champagne glacé par cuillerée.

Visite du soir : température 38; pouls 108; respiration 32. Journée assez calme; transpiration notable à plusieurs reprises. Petits sommes répétés. Plus de frisson; douleurs modérées siégeant aux environs du pédicule.

On constate que l'état général paraît plus satisfaisant que le matin; la réaction est moins forte; la langue est moins chargée et plus humide; le ventre continue à s'étaler; le météorisme a disparu; la sensibilité à la pression est presque nulle. La décomposition de la partie étranglée du pédicule continue à se produire rapidement. Après l'enlèvement des tissus sphacelés, on constate que, sur quelques points, la surface du pédicule est en retrait de plusieurs millimètres sur le plan des parois abdominales. L'écoulement par le tube à drainage est un peu plus abondant que le matin.

Renouvellement du pansement, après enlèvement des parties sphacelées du pédicule au moyen de ciseaux; cautérisation avec la solution de perchlorure de fer et renouvellement du drain. Emploi de charpie désinfectante pour

absorber plus facilement la sécrétion du pédicule. Vessies de glace appliquées constamment.

22 avril, huitième jour. — Température 38; pouls 104; respiration 32. Nuit assez calme, mais sans beaucoup de sommeil. Une selle à la soirée.

Le matin, enlèvement du pansement. La sécrétion venant du pédicule est assez abondante et d'une odeur très-forte. Au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie, on constate un peu de suppuration (pus louable) autour du lambeau d'épiploon qui y est engagé. La rétraction du pédicule vers la cavité abdominale se prononce et dans les enfoncements ainsi formés par ce retrait s'accumulent de petites quantités de pus décomposé. De petits fragments de gaz de Lister sont introduits dans ces cavités et sous les bords de la plaie abdominale pour empêcher la stagnation des liquides.

Renouvellement du pansement et du drain. Lait, rondelles de pain, champagne.

Visite du soir : température 38.4; pouls 124; respiration 32. On constate que la journée a été calme; sommeil léger, à plusieurs reprises. Vers le soir quelques douleurs lancinantes passagères au niveau de la plaie. Renouvellement du pansement; le liquide sécrété est moins abondant; la surface du pédicule se nettoie et la portion du pédicule située sous la chaîne bourgeonne activement. Le bord droit de la plaie abdominale, contournant le pédicule, est un peu tuméfié, rouge et douloureux à la pression. Suspension de la glace sur le ventre.

23 avril, neuvième jour. — Température 39; pouls 124; respiration 26. Nuit agitée, douleurs fréquentes au niveau de la plaie. Le matin, état général moins satisfaisant que la veille.

Enlèvement du pansement. On constate que la sécrétion

provenant du moignon utérin sphacélé est plus abondante et plus fétide. Les parois abdominales aux environs du moignon sont plus gonflées, plus tendues et plus sensibles à la pression. La portion gangrenée du moignon est enlevée par une nouvelle striction énergique de la chaîne. Il reste alors une cavité qui est désinfectée et comblée par de petits fragments de gaz de Lister empilés les uns sur les autres. Renouvellement du pansement. Lait, un peu de café pour l'aromatiser, bouillon, un peu de viande à sucer, vin.

Visite du soir : température 39; pouls 112; respiration 30. Journée calme. La malade a un peu reposé, les douleurs ayant de nouveau disparu. A la soirée, on constate que l'état général et l'état local se sont améliorés. L'appétit est peu développé encore. Un lavement évacuant a donné une bonne selle. La cavité résultant de la chute des parties sphacélées présente le meilleur aspect. La sécrétion est relativement peu abondante et de beaucoup meilleure nature. Les parois abdominales voisines sont moins tendues et moins sensibles que le matin. L'écoulement lochial est peu abondant et incolore.

24 avril, dixième jour. — Température 39; pouls 116; respiration 26. Nuit calme, quoique sans sommeil. La malade se trouve mieux que le jour précédent, quoique la réaction persiste avec la même intensité. Langue moins chargée. Renouvellement du pansement. La plaie abdominale au niveau du pédicule présente un bel aspect. De petits fragments d'eschare continuent à s'éliminer. La sécrétion est moins abondante que la veille et beaucoup moins fétide. La malade accuse des douleurs du côté droit de la cavité. Cette partie des parois abdominales est plus tendue, plus soulevée et plus sensible que le reste du ventre.

Visite du soir : température 39; pouls 108; respiration 38. La journée a été très-calme; sommeil à plusieurs reprises; pas de douleurs spontanées. La malade a pris un lait de poule, un peu de bouillon, de vin et a sucé avec plaisir un morceau de viande rôtie. Cette alimentation a été parfaitement supportée. Renouvellement du pansement. La plaie présente un état très-satisfaisant; la sécrétion est peu abondante et louable. La paroi abdominale droite, au voisinage de la cavité, paraît moins gonflée; la sensibilité à la pression persiste cependant.

25 avril, onzième jour. — Température 38; pouls 104; respiration 30. Trois petites selles le soir. Sommeil paisible jusque vers une heure du matin, puis agitation, rêvasseries, subdelirium, céphalalgie intense. A la visite du matin la malade se plaint de lassitude générale, d'anorexie, de lourdeur de tête.

Renouvellement du pansement; même aspect que la veille, seulement la paroi abdominale à gauche de la cavité est plus soulevée, plus résistante à la pression et un peu plus sensible.

Visite du soir : température 38.5; pouls 104; respiration 30. La journée a été calme, quoique sans sommeil. La céphalalgie s'est à peu près dissipée; la malade accuse de nouveau une sensation de bien-être général. L'appétit est peu développé, quoique la langue se nettoie rapidement. La malade a pris un peu de café au lait, de bouillon, de vin et a sucé le jus d'un petit morceau de viande rôtie.

Renouvellement du pansement. État satisfaisant de la plaie; la cavité se comble par le bourgeonnement du pédicule; une partie de celui-ci est arrivée au niveau des parois abdominales. La tuméfaction signalée à gauche a augmenté.

La pression sur les parois continue à être douloureuse, à droite surtout. La sécrétion provenant de la cavité est de bonne nature; dans le fond, on trouve une petite quantité de mucus filant, transparent et inodore provenant du restant de la cavité utérine.

26 avril, douzième jour. — Température 37.8; pouls 116; respiration 32. Nuit agitée par des rêves fréquents; transpirations assez abondantes.

A la visite du matin, état général assez satisfaisant. Pas de douleurs spontanées; la langue se nettoie; la malade a eu une petite selle.

Renouvellement du pansement; mêmes observations que la veille; la région hypogastrique droite paraît moins gonflée et moins tendue.

Visite du soir : température 38.8; pouls 112; respiration 38. Journée calme. La malade a pris avec appétit un peu de café au lait, un œuf à la coque, du bouillon, du vin et a sucé un grand morceau de viande rôtie.

Un lavement a ramené trois selles dont une copieuse.

Renouvellement du pansement. Plaie présentant un aspect très-satisfaisant; la sécrétion de la cavité est minime et inodore; le gonflement de la région hypogastrique est moins prononcé et la sensibilité à la pression a diminué.

27 avril, treizième jour. — Température 37.4; pouls 96; respiration 30. Nuit très-calme, sommeil presque continu. Euphorie très-marquée au réveil. Deux petites selles semi-liquides spontanées. Langue belle. Douleurs nulles.

Renouvellement du pansement; on constate que les lèvres de la plaie abdominale se sont un peu écartées superficiellement dans le tiers inférieur. Le gonflement de la région hypogastrique diminue; plus de sensibilité à la pression. La

cavité du pédicule se rétrécit, le bourgeonnement étant très-actif. La sécrétion est très-minime.

Soir : température 39; pouls 132; respiration 32. Journée calme; alimentation comme la veille; deux petites selles demi liquides spontanées.

Renouvellement du pansement; même état que le matin.

28 avril, quatorzième jour. — Température 38.4; pouls 116; respiration 31. Nuit calme, quoique sans sommeil. Deux petites selles plus liquides que la veille. La malade a un peu reposé le matin. Alimentation comme la veille. Le pansement n'est pas renouvelé.

Soir : température 39; pouls 124; respiration 36. Journée calme, réaction le soir. Une petite selle demi liquide.

Renouvellement du pansement. Plaie présentant un bel aspect; sécrétion minime, louable.

29 avril, quinzième jour. — Température 38.4; pouls 112; respiration 32. Nuit calme, sommeil à plusieurs reprises; deux petites selles liquides la nuit; pas de douleurs. Alimentation comme la veille, bien supportée.

Soir : température 38.8; pouls 124; respiration 36.

Quatre petites selles liquides pendant la journée. Renouvellement du pansement. L'état de la plaie continue à être très-satisfaisant. Il y a un peu de météorisme dû au catarrhe intestinal. Potion avec le sous-nitrate de bismuth. Lotions vinaigrées pour prévenir les plaies de décubitus. Emploi d'un coussin à cuvette.

30 avril, seizième jour. — Température 37.9; pouls 112; respiration 32. Nuit calme; peu de sommeil; celui-ci se produit vers le matin et à plusieurs reprises pendant la journée. Alimentation comme la veille, bien supportée.

Soir : température 37,9; pouls 104; respiration 28. Une

seule selle pâteuse. Renouvellement du pansement. Etat de la plaie très-satisfaisant. Cautérisation au nitrate d'argent du bourgeon d'épibloon situé à l'angle supérieur de la plaie. Emploi de deux grandes bandelettes agglutinatives (taffetas anglais collodionné) pour rapprocher les parois de la cavité.

*1<sup>er</sup> mai, dix-septième jour.* — Température 37,4; pouls 96; respiration 28. Nuit très-calme, absence de réaction. Journée bonne; la malade a pris : café au lait, pain beurré, le matin; bouillon, pain, côtelette de mouton et pommes de terre; café au lait et tartine à quatre heures; le soir, soupe au lait et jaune d'œuf; pendant la journée, 250 grammes de vin rouge.

Il y a eu une selle pâteuse.

Le soir : température 37,4; pouls 98; respiration 28.

Renouvellement du pansement; l'état de la plaie est très-satisfaisant.

*2 mai, dix-huitième jour :* température 37,4; pouls 98; respiration 32. L'état de la malade continue à être très-bon. L'appétit devient plus vif, les forces s'accroissent rapidement. Une alimentation plus substantielle est donnée à la malade.

Le soir : température 37,5; pouls 108; respiration 30. Le pansement est renouvelé. On constate que la cicatrisation fait des progrès rapides; l'étendue de la cavité diminue à vue d'œil, grâce au rapprochement des parois au moyen des bandelettes agglutinatives.

*3 mai, dix-neuvième jour.* — Température 37,5; pouls 92; respiration 28. Rien à noter. Le soir : température 37,5; pouls 92; respiration 28. Le pansement et les bandelettes sont renouvelées.

*4 mai, vingtième jour.* — Température 37,3; pouls 84;

respiration 28. Tout va bien. Le soir : température 37,8; pouls 96; respiration 28. Le pansement n'est pas renouvelé.

5 mai, *vingt et unième jour*. — Température 37,6; pouls 88; respiration 26. Bonne nuit, bonne journée. Le soir : température 37,9; pouls, 100; respiration 30. Pansement renouvelé; plaie belle.

6 mai, *vingt-deuxième jour*. — Température 37,5; pouls 88; respiration 26.

Le soir : température 37,5; pouls 100; respiration 28.

7 mai, *vingt-troisième jour*. — Matin, t. 37,7; pouls, 72; respiration 28. Tout marche à désir. Le soir : température 38,6; pouls 104; respiration 32. L'élévation de température constatée le soir est due apparemment à l'exagération de l'alimentation. Du reste la malade paraît se porter aussi bien que possible. Renouvellement du pansement, rien à noter.

8 mai, *vingt-quatrième jour*. — Matin, température 37,8; pouls 100; respiration 28. Le soir : température 38,4; pouls 88; respiration 28. La malade se lève pendant deux heures, qu'elle passe assise dans un fauteuil.

9 mai, *vingt-cinquième jour*. — Température 37,8; pouls 88; respiration 26. Le soir : température 37,3; pouls 88; respiration 26. Pansement. La cavité est presque comblée; tout se passe admirablement.

10 mai, *vingt-sixième jour*. — Température 37,2; pouls 80; respiration 24. Etat très-satisfaisant. Soir : température 36,9; pouls 76; respiration 24. Pansement renouvelé; cautérisation des bourgeons exubérants.

11 mai, *vingt-septième jour*. — Température 37,1; pouls 80; respiration 26. Même état. Le soir : température 37; pouls 76; respiration 26. La cavité laisse suinter une plus grande

quantité de mucus filant. La fistule est loin de disparaître, malgré le bourgeonnement actif observé.

12 mai, *vingt-huitième jour*. — Matin : température 37,6; pouls 64; respiration 28. Soir : température 37,3; pouls 68; respiration 28.

13 mai, *vingt-neuvième jour*. — Matin : température 37,1; pouls 80; respiration 28. Soir, température 36,8; pouls 78; respiration 28. L'état continue à être très-satisfaisant. La malade se lève pendant deux heures et circule dans l'appartement. L'écoulement de la plaie est insignifiant.

14 mai, *trentième jour*. — Matin : température 37; pouls 76; respiration 26. Soir : température 37,2; pouls 84; respiration 28.

15 mai, *trente et unième jour*. — Matin : température 37; pouls 80; respiration 26. La plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de deux centimes, la cavité est comblée. La fistule offre la dimension d'un millimètre. Soir : température 37,1; pouls 80; respiration 26.

16 mai, *trente-deuxième jour*. — Matin : température 37; pouls 76; respiration 24. Soir : température 37,1; pouls 80; respiration 28.

17 mai, *trente-troisième jour*. — Matin : température 37,1; pouls 80; respiration 26. La plaie abdominale est complètement cicatrisée; il reste une petite fistule, qui est cautérisée au moyen du thermo-caustique de Paquelin, auquel on ajuste un cautère aiguillé. La douleur amenée par la cautérisation est à peu près nulle.

18 mai, *trente-quatrième jour*. — Matin : température 37,2; pouls 80; respiration 28. Les mamelles, qui ne s'étaient jamais développées, sécrètent du lait en assez grande abondance sous l'influence de l'époque menstruelle.

19 mai, *trente-cinquième jour*. — Matin : température 37; pouls 80; respiration 28. Même état des seins.

20 mai, *trente-sixième jour*. — Matin : température, 37; pouls 80; respiration 28. Toujours un peu d'engorgement laiteux.

21 mai, *trente-septième jour*. — Matin : température, 37,4; pouls 76; respiration 28. La sécrétion laiteuse diminue.

22 mai, *trente-huitième jour*. — Matin : température 37; pouls 84; respiration 26. La fistule est à peu près fermée. On ne pénètre plus qu'en employant un stylet très-fin.

23 mai, *trente-neuvième jour*. — Matin : température 37,2; pouls 80; respiration 24.

Avant de laisser sortir notre opérée, nous jugeons utile de cautériser une fois encore le trajet fistuleux au moyen du thermo-caustique de Paquelin, pour assurer la guérison.

24 mai, *quarantième jour*. — Avant la sortie de l'épouse Dewez, nous voulons constater, par le toucher vaginal, l'état des parties. Le doigt indicateur arrive difficilement à trouver au-dessus du pubis un repli transversal formé selon toute probabilité par la lèvre antérieure du col.

La femme et l'enfant, se trouvant dans d'excellentes conditions, quittent notre service et retournent à Verviers (1).

(1) Nous recevons à la date du 6 juin, de notre confrère Lambotte, médecin à Verviers, des nouvelles de notre opérée.

Lors de son retour chez elle, la sécrétion au lieu de diminuer, a augmenté, la femme Dewez a mis l'enfant au sein avec succès, et aujourd'hui, 20 juin, tout marche à merveille.

## REFLEXIONS

On peut le voir, cette grave mutilation n'a pas présenté de grandes difficultés pendant l'opération; elle n'est pas beaucoup plus difficile à exécuter que l'ablation d'un kyste de l'ovaire sans adhérence.

Les suites ont été aussi très-bonnes, sauf quelques symptômes de septicémie, le sixième jour, dus à l'enlèvement prématuré du drain, et quelques menaces de phlegmon les onzième, douzième, treizième, quatorzième et quinzième jours.

L'opération de Porro a donc été pratiquée, à cette date, six fois; nous mettons hors de la statistique le cas de Stover, parce que l'extirpation de l'utérus avait été faite dans un autre but.

Sur ces six opérations qui ont été exécutées, presque toutes dans des circonstances fâcheuses, deux femmes seulement ont succombé. On peut hardiment le dire, si l'on s'était contenté de faire l'opération césarienne par le procédé ordinaire, le résultat eût été tout différent; cinq femmes probablement eussent succombé, la nôtre seule pouvait avoir quelque chance d'échapper à la mort.

En présence de ce résultat, il convient, nous semble-t-il, d'attirer l'attention des accoucheurs sur l'utilité de la section utéro-ovarique après l'opération césarienne et de les engager à la pratiquer.

Le moment est proche où l'opération du savant professeur de Pavie deviendra une règle générale de conduite.

Examinons à nouveau les principaux dangers de l'opération césarienne ordinaire; ce sont : les hémorrhagies primi-

tives et secondaires, l'inflammation du péritoine et des organes génitaux, l'état puerpéral, la septicémie et le milieu dans lequel l'opérée se trouve généralement placée.

1° L'hémorrhagie qu'on observe après la section césarienne est difficile à combattre, lorsque celle-ci a porté sur une partie de l'utérus où se trouvait inséré le placenta; ou bien sur une partie rapprochée des ligaments larges, parce que, dans ces conditions, de nombreux vaisseaux sont divisés; ou bien sur la partie inférieure de l'organe, parce qu'il existe en ce point peu de fibres musculaires pour oblitérer par leur rétraction le calibre des vaisseaux béants.

L'hémorrhagie survient immédiatement après la section utérine et après la réunion des parties; le sang, qui provient non-seulement des vaisseaux divisés par le bistouri, mais encore des vaisseaux utéro-placentaires déchirés, s'écoule, dans le premier cas, au dehors par la plaie abdominale et pénètre quelquefois malgré toutes les précautions prises dans la cavité péritonéale. Dans le second cas, le sang coule au dehors, par le col utérin et le vagin et souvent quelque bien faite que soit la suture utérine dans la séreuse.

L'hémorrhagie peut amener la mort par son abondance, par les conditions mauvaises dans lesquelles elle place l'opérée et surtout par les conséquences de l'épanchement dans le péritoine.

Cependant, on abandonne l'utérus dans l'abdomen où il ne peut être soumis à une médication active; en effet, l'accoucheur n'a guère à sa disposition que le seigle ergoté, l'ergotine, les injections sous-cutanées d'ergotine, le froid et quelques autres moyens de moindre importance. Les moyens radicaux, comme la compression de l'utérus et de l'aorte, ne peuvent être employés.

2° L'inflammation du péritoine et des organes génitaux résulte du grand traumatisme, de la pénétration du sang ou du liquide amniotique dans la séreuse; on ne peut y obvier d'une manière complète par le procédé ordinaire suivi de la suture utérine.

3° L'état puerpéral ne peut non plus être écarté.

4° Seul le milieu dans lequel l'opérée se trouve placée peut être choisi; encore la difficulté des soins assidus, dans un local éloigné du centre de la ville, est-elle quelquefois un obstacle à la réalisation de ce qu'on doit désirer.

En employant l'amputation hystéro-ovarique :

1° On arrête d'une manière sûre, rapide et définitive l'hémorrhagie, même lorsque le placenta est inséré sur la face antérieure de l'organe.

2° On diminue l'étendue de la plaie utérine, puisqu'elle est réduite à la grosseur du pédicule.

3° La lésion des organes internes est amenée au dehors, de sorte que les soins directs deviennent possibles, et la cavité péritonéale est mise parfaitement à l'abri de toute cause d'irritation.

4° On diminue les chances des maladies puerpérales en éloignant la plus grande source des processus puerpéraux; l'opération de Porro et celle de Müller le prouvent.

5° On peut choisir le moment le plus favorable, c'est-à-dire qu'on opère peu de temps avant le terme de la grossesse, parce qu'on n'a pas besoin de contractions utérines pour amener le retrait de l'organe, ni d'un col dilaté pour permettre l'écoulement des lochies par le vagin, et qu'ainsi on ne s'expose pas à opérer lorsque la femme est épuisée par un long et inutile travail.

6° On abrège l'opération; en effet, l'amputation utéro-

ovarique demande moins de temps que le traitement de l'hémorrhagie.

7° On empêche mieux le passage des liquides dans la cavité péritonéale, parce qu'on peut serrer les parois abdominales autour du col de l'utérus.

8° Enfin, on met obstacle à toute nouvelle grossesse et aux dangers qu'elle peut faire courir à la femme.

Tels sont les avantages signalés par les professeurs Porro et Spâth. Ils sont réels et ne peuvent être contestés.

Après avoir examiné les inconvénients de l'ancienne opération et les avantages de la nouvelle méthode, on doit se demander si le chirurgien est autorisé à pratiquer cette grave mutilation.

On peut évidemment exécuter cette opération, s'il est démontré qu'elle donne de bons résultats, parce qu'on peut toujours sacrifier une partie du corps pour la conservation de l'individu.

Le professeur Porro a voulu mettre les consciences les plus timorées à l'aise; il a consulté sur ce point l'évêque de Pavie, qui a approuvé cette pratique.

Le professeur Spâth ajoute que la femme ne souffre pas du manque d'utérus; le seul préjudice qui résulte de cette opération est pour l'humanité, parce qu'on enlève à un être la faculté de reproduire. Or, plus de 60 pour % des opérées par l'ancienne méthode succombent, et parmi celles qui survivent, on en voit peu qui soient disposées à s'exposer à contracter une nouvelle grossesse.

Si elles deviennent enceintes, elles choisissent d'ailleurs l'avortement qui leur a été conseillé; et celles qui subissent une nouvelle opération, quels enfants produisent-elles?

Spâth conclut de ce que nous venons d'énumérer, qu'il

vaut mieux agir en sorte que de telles femmes ne puissent plus reproduire; pour lui, il est évident que la perte de quelques êtres misérables qui résultera de cette impuissance sera largement compensée par la conservation des femmes qui seront sauvées par l'extirpation de l'utérus et qui pourront encore, en vivant, contribuer au bien-être de la famille.

Porro a aussi discuté la question de savoir si le mari et la femme pouvaient attaquer le médecin devant les tribunaux. Il ne le croit pas; et il ajoute que, d'une part, il ne convient même pas de laisser au mari le choix du procédé, parce qu'il pourrait désirer voir employer la méthode la plus dangereuse pour son épouse s'il avait intérêt à en être débarrassé et, d'autre part, qu'il est cruel de prévenir la femme de ce qu'on va faire.

Nous ne sommes pas du tout de l'avis de notre savant confrère; nous pensons que le moins que l'on puisse faire, c'est de consulter les premiers intéressés. Il est une chose que l'on doit respecter avant tout : c'est la liberté. Le consentement du mari et surtout celui de la femme doivent donc être demandés.

A un autre point de vue une femme contrefaite et enceinte, qui vient se présenter dans un hospice de maternité, sait qu'elle doit subir une opération, et il est toujours facile de lui faire comprendre, sans l'effrayer, les avantages d'une méthode qui lui enlèvera à jamais la faculté d'être mère.

Il nous reste à examiner les différentes modifications qui ont été proposées à la méthode opératoire.

Le procédé de Porro diffère peu de celui que nous avons mis en usage. Il emploie le serre-nœud constricteur de Cintrat; après l'opération, il cautérise le moignon utérin avec le

perchlorure de fer et badigeonne le ventre avec du laudanum ; il applique des bandelettes de sparadrap, un bandage ordinaire et de la glace.

Spâth préfère la chaîne de l'écraseur à l'instrument de Cintrat, parce qu'elle glisse moins facilement que le fil de fer, et qu'on peut enlever l'instrument en ayant soin de placer, avant la constriction, un coulant pour pouvoir maintenir la striction.

Il conseille d'extirper l'utérus avant de faire la délivrance, surtout si le placenta est inséré sur la paroi antérieure ; il cautérise le moignon avec la solution de chlorure de zinc ; enfin il emploie le pansement de Lister.

Ce sont ces modifications que nous avons suivies.

Müller, enfin, propose une modification importante ; il conseille, pour éviter d'une manière certaine tout écoulement de liquide dans la cavité péritonéale, de placer, après l'incision des parois abdominales, une ligature autour du col de l'utérus et, si l'on ne peut y arriver, d'amener la matrice au dehors en faisant passer d'abord un des côtés de l'organe, puis, d'appliquer le fil du serre-nœud de Cintrat, avant d'inciser les parois utérines.

Certes, si cette méthode opératoire pouvait être suivie dans tous les cas, elle devrait être toujours employée.

Selon Müller, on peut l'exécuter, parce que 1° l'utérus, dans les cas de viciation extrême du bassin, est toujours dans un état très-prononcé d'antéversion, et que le fond de l'organe se trouve toujours placé entre la cicatrice ombilicale et la symphyse pubienne.

2° Parce que la suspension de la circulation fœto-placen-

taire n'est que temporaire, très-courte et que l'extraction du fœtus est très-rapide.

Nous ne partageons pas tout à fait la manière de voir du professeur Müller sur le premier point; nous pensons que l'entraînement de l'utérus gravide n'est généralement possible qu'à la condition d'agrandir considérablement l'incision des parois abdominales, ce qui peut offrir des inconvénients pour la contention des intestins et, par la suite, pour l'étendue d'une éventration possible.

L'utérus dans ces conditions est bien dans un état d'antéversion prononcée en raison de la courbure exagérée de la colonne lombaire; mais nous n'avons jamais observé que le fond de l'utérus restât au-dessous de l'ombilic; au contraire, nous avons presque toujours vu, après l'opération césarienne, que l'incision siégeait dans la moitié inférieure. La même remarque a été faite dans le cas que nous venons de relater. Si donc le fond de la matrice dépasse considérablement la cicatrice ombilicale, on doit amener difficilement l'organe au dehors; et si l'opération du professeur Müller n'a pas présenté sous ce rapport de grandes difficultés, on peut l'attribuer à l'épuisement de la femme, à l'absence de contractions utérines qui transformait la matrice en un véritable sac sans résistance.

