

REVUE PRATIQUE  
D'OBSTÉTRIQUE  
ET DE PÆDIATRIE

Janvier 1892

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Sous ce titre nous décrirons l'extraction du fœtus au travers d'une double incision pratiquée à la paroi abdominale et à la paroi utérine, et intéressant le péritoine pariétal et viscéral. C'est dire que nous laissons volontairement de côté la gastro-élytrotonie : extraction du fœtus après laparotomie, décollement du péritoine et incision extrapéritonéale du vagin, du col et du segment inférieur de l'utérus.

Ainsi comprise, l'opération césarienne peut être pratiquée de deux façons très différentes que nous distinguerons ainsi qu'il suit :

L'opération césarienne conservatrice, avec suture de l'utérus ;

L'opération césarienne suivie de l'extirpation de l'utérus et des annexes, ou opération de Porro.

Nous allons d'abord décrire successivement chacun de ces procédés, après quoi nous chercherons à faire partager à nos lecteurs notre prédilection pour le second, c'est-à-dire pour l'opération de Porro.

#### L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE AVEC SUTURE DE L'UTÉRUS

C'est à tort que l'on donne à l'opération césarienne conservatrice telle qu'on la pratique actuellement le nom d'opération de Sängér; mais c'est à juste titre qu'il faut rapporter à Sängér, de Leipzig (1882), la réhabilitation, la renaissance de cette opération qui, à Paris par exemple, depuis 1787, n'avait pas été une seule fois suivie de succès et dont la mortalité générale atteignait, en 1882, le chiffre effroyable de 50 0/0. Sängér a montré que par l'antisepsie rigoureuse et l'affrontement exact de la plaie utéro-péritonéale il était possible d'atténuer dans des proportions considérables, la mortalité de l'opération césarienne.

Il a prêché d'exemple, encouragé nombre d'accoucheurs à pratiquer une opération devant laquelle presque tous reculaient. Il en est résulté qu'en quelques années la césarienne conservatrice a pu se poser en rivale de l'embryotomie sur le fœtus vivant. C'est là qu'est le titre de Sängér à la reconnaissance des accoucheurs et non

pas dans la découverte du procédé spécial de suture séro-séreuse qu'il a préconisé et qui est aujourd'hui généralement abandonné.

On ne sera donc pas étonné de nous voir emprunter à un autre qu'à Sängér la description du manuel opératoire de la césarienne conservatrice.

Deux autres noms méritent d'être rapprochés de celui de Sängér dans cette introduction : le nom de Müller qui a montré qu'on pouvait, en attirant l'utérus hors du ventre avant de l'inciser, se mettre à l'abri de l'irruption du liquide amniotique dans le péritoine ; celui de Litzmann qui a, en proposant d'appliquer sur le segment inférieur de l'utérus, un lien élastique provisoire modérément serré, paré aux dangers redoutables de l'hémorrhagie immédiate.

Ainsi qu'on va pouvoir s'en assurer, l'opération est devenue, grâce à ces différents perfectionnements, plus simple, plus facile, moins dangereuse qu'auparavant.

J'exposerai successivement le manuel opératoire et les résultats de l'opération césarienne conservatrice d'après les documents publiés par Léopold, directeur de l'Institut obstétrical de Dresde.

Je dois tout d'abord donner à mes lecteurs les raisons de ce choix.

Dresde possède, depuis 1869, un Institut obstétrical qui, en partie reconstruit en 1874, à la suite d'un incendie, a été doté par un architecte compétent, et à l'instigation des professeurs directeurs qui l'habitent, de tous les raffine-

ments du confort contemporain et de tous les perfectionnements exigés par la pratique antiseptique ; en un mot, un type de clinique modèle.

C'est dans ce milieu particulièrement favorable à la pratique des grandes opérations abdominales, dans une ville plus riche qu'aucune autre en viciations pelviennes et en viciations prononcées, avec un courant annuel d'environ 1300 accouchements, que le professeur Léopold, entraîné à la laparotomie par une pratique presque quotidienne, a pu, en sept ans, trouver l'occasion de faire 28 opérations césariennes conservatrices (dont 22 dans ces quatre dernières années). Nul autre accoucheur à l'heure actuelle ne peut fournir pareille contribution personnelle à l'étude de la question qui nous occupe ; nul autre n'a réduit autant, pour une série aussi importante, le chiffre de la mortalité opératoire, ni davantage la léthalité de l'opération concurrente, la crâniotomie. Nous ne pouvons donc trouver de documents plus topiques que ceux qu'a publiés le directeur de la clinique de Dresde.

**Manuel opératoire.** — Les différents temps de l'acte opératoire sont conçus de façon à laisser à l'opérateur toute sa liberté d'esprit et d'action pour la rapide extraction de l'enfant, pour la toilette minutieuse de la cavité utérine, et par-dessus tout pour la suture qui, en assurant la réunion exacte et rapide de la plaie viscérale, est une des grandes causes de succès de la césarienne moderne.

Pour cela Léopold se prémunit : contre l'issue de l'intes-

tin, en sortant du ventre l'utérus encore intact derrière lequel il clôt aussitôt la plaie abdominale par des sutures provisoires ; contre l'hémorrhagie qui suit l'évacuation de l'utérus incisé, en plaçant sur le col une ligature élastique.

Il est banal de répéter que l'antisepsie la plus parfaite doit présider à tout l'acte opératoire ; il l'est moins de revenir à satiété sur les minuties qui assurent cette perfection.

1° *Les préparatifs.* — La parturiente reçoit d'abord un grand bain ; le ventre et les organes génitaux externes sont savonnés, rasés et lavés à fond avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ; la vessie et l'intestin sont vidés. Les explorations vaginales ayant été réduites au strict nécessaire et faites, autant que possible, par une seule personne, le vagin et le col de l'utérus sont nettoyés avec une solution phéniquée à 5 pour 100 et tamponnés à la gaze iodoformée.

2° *Les aides.* — Outre le chloroformiste, trois aides assistent l'opérateur qui se tient debout à droite de l'opérée. L'aide principal (le premier assistant) lui fait face et, en cas de besoin, s'occupe de l'enfant si celui-ci est extrait en état de mort apparente. Un second, également placé en face et un peu de côté, passe les instruments ; on le choisit vif et adroit, car l'opération doit marcher sans arrêt ; une sage-femme est exclusivement chargée des éponges. Quand tout le monde est paré, l'opération est répétée une dernière fois à blanc dans ses plus petits détails, de façon que chacun sache exactement ce qu'il aura à faire.

3° *Les instruments et l'antisepsie.* — Les instruments, le matériel de ligature, les éponges sont préparés quelque temps à l'avance dans la solution phéniquée à 50/0. Comme instruments il n'est besoin que d'un bistouri, deux pinces à disséquer, un tube de caoutchouc plein du calibre du petit doigt, six pinces à forcipressure, un porte-aiguille, de grosses et de fines aiguilles courbes, des ciseaux.

Pour les sutures il faut : de la soie phéniquée pour la suture abdominale ; du catgut chromique pour les sutures utérines, savoir du gros (8 grosses aiguilles montées d'avance) pour les profondes, du fin (une seule petite aiguille avec un long fil) pour la superficielle.

On voit que le professeur Léopold a renoncé à la suture utérine au fil d'argent, recommandée au début par Sænger, qu'il avait employée lors de ses premières opérations. C'est qu'il a pu se convaincre, par l'examen de la cicatrice utérine, soit au travers de la paroi abdominale, soit à nu lors d'une seconde opération pratiquée chez la même femme à quelques années de distance, qu'elle présentait de graves inconvénients. Si le plus souvent ces sutures sont rapidement encapsulées par des adhérences avec la paroi, l'épiploon et l'intestin, elles nuisent néanmoins, en tant que corps étranger dont l'utérus cherche sans cesse à se débarrasser, à la restauration immédiate des fibres musculaires et aux fonctions ultérieures de l'utérus (menstruation et grossesse). Elles sont en outre dangereuses pour les organes voisins, surtout pour la paroi postérieure de la vessie. Ainsi Léopold a pu voir, lors d'une

## DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

seconde césarienne faite sur la même femme, les anciens fils faire une telle saillie que les doigts s'y blessaient aisément; en quelques points leur extrémité profonde saillait de même dans la cavité utérine.

Avec le catgut chromique, rien de tout cela. On ne peut retrouver trace des sutures, la cicatrice est lisse. Ce matériel de suture ne saurait entraver la cicatrisation; il est moins capable de produire un amincissement dangereux de la paroi utérine et n'irrite pas la paroi vésicale.

Pour réaliser l'antisepsie vraie de l'opérateur et de ses aides, qui portent tous des blouses sans manches, complètement fermées par devant, Léopold tient la main à l'observation rigoureuse de son règlement de désinfection :

a) Nettoyer le sinus unguéal avec la pointe des ciseaux et un canif.

b) Laver dans l'eau chaude, à la brosse et au savon, *au moins pendant cinq minutes*, les mains (en portant spécialement son attention sur les ongles et la face interne des doigts) et les avant-bras jusqu'à l'articulation du coude.

c) Recommencer le même lavage énergique, *pendant trois minutes au moins*, au savon et à la brosse, dans une solution de sublimé à 1/1000 réchauffée par addition d'eau bouillie.

d) Enfin immerger les mains pendant une demi-minute dans la solution pure de sublimé à 1 pour 1000.

De plus, au cours de l'opération, le chirurgien et ses aides se brossent les mains à maintes reprises dans une cuvette placée en permanence à leur portée et contenant du sublimé au 1/1000.

*Opération proprement dite.* — La narcose étant parfaite, on ausculte avec grand soin les battements du cœur fœtal, et l'acte opératoire commence par une longue incision abdominale médiane. Dès qu'elle a divisé toutes les couches et que la cavité péritonéale est ouverte, 5 ou 6 sutures provisoires sont placées à son angle supérieur; les chefs en sont laissés longs et flottants de chaque côté. Ce n'est pas le moment de les nouer.

Il faut d'abord sortir l'utérus du ventre, l'énucléer pour ainsi dire, tandis qu'à mesure l'aide maintient au contact les lèvres de la plaie abdominale. L'utérus basculé en dehors et maintenu vertical, est confié à l'assistant, tandis que, par derrière, l'opérateur ferme la cavité abdominale en nouant les sutures provisoires. Il va continuer maintenant hors du ventre.

Le tube de caoutchouc est passé lâchement autour du col utérin ou plutôt du segment inférieur, et ses extrémités croisées sont fixées provisoirement à l'aide d'une pince. En le serrant tout à l'heure on assurera rapidement l'hémostasie.

C'est le moment d'inciser l'utérus. Cette incision, longue d'environ 0<sup>m</sup>,10, commence en haut à égale distance des deux origines des trompes, et est poussée prudemment en profondeur jusqu'aux membranes (ou au placenta, s'il est inséré en avant). Puis l'œuf est ouvert.



Si le placenta est inséré sur la paroi antérieure, on passe aussitôt la main entre lui et la paroi utérine, pour le pousser de côté, déchirer les membranes au niveau de son bord, puis, comme dans le premier cas, saisir l'enfant par le membre le plus rapproché, l'attirer au dehors et le placer sur les genoux de la mère. Une sage-femme s'en occupera dorénavant.

Léopold déconseille absolument l'incision du placenta ou sa déchirure à la main pour extraire l'enfant au travers; on s'expose ainsi à une hémorrhagie grave et l'on compromet la vie de l'enfant.

Il arrive parfois que la tête résiste dernière; les deux mains du premier aide en faciliteront l'extraction en agissant comme les cuillers du forceps.

Aussitôt l'enfant hors de l'utérus, on tire solidement sur les chefs croisés du tube de caoutchouc, et on les noue.

L'hémorrhagie s'arrête. L'opérateur, libre de ce souci, va pouvoir s'occuper à loisir de la toilette et de la suture de l'utérus.

Léopold insiste beaucoup sur les avantages de cette ligature élastique provisoire dont on a beaucoup médité dans ces derniers temps. Il veut qu'on l'applique dans tous les cas. Si, en effet, il arrive souvent que, le placenta étant inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, l'hémorrhagie semble tout à fait insignifiante, il n'en est pas moins vrai que, pendant les 30 minutes qui vont s'écouler jusqu'à ce que la suture utérine soit parfaite, il s'écoule plus de sang qu'on ne le croit et qu'il n'est bon pour la parturiente.

Certains opérateurs parlent d'hémorragies graves à la suite de l'emploi du tube de caoutchouc. C'est sans doute, dit-il, parce qu'ils avaient produit, en serrant beaucoup trop leur ligature, une ischémie trop forte et parfaitement inutile. Il suffit de passer une seule fois le tube bien étendu autour du col, d'en croiser les extrémités et de les tenir rapprochées; on a ainsi une ischémie modérée, mais suffisante, qu'on peut faire cesser dès que les sutures profondes sont en place. Grâce à ces précautions, et sur les 25 opérations dont il a publié la relation détaillée, l'accoucheur de Dresde n'a jamais vu d'hémorragie secondaire inquiétante.

Si, cependant, on n'avait pu se procurer un tube de caoutchouc, on pourrait réaliser l'hémostase de la façon suivante. L'aide, saisissant à pleine main droite le col utérin, l'appliquerait contre la symphyse pubienne. Mais ce ne peut être qu'un pis-aller, car la main se fatigue vite, l'écoulement sanguin reste encore considérable dans les cas où le placenta est situé en avant, et enfin, l'aide cesse absolument d'être à la disposition de l'opérateur.

*Délivrance et toilette de la cavité utérine.* — L'utérus est là rétracté. Lentement on en extrait le placenta et les membranes, en veillant surtout à ce qu'il ne reste rien au niveau du col et de l'origine des trompes. On s'attache à enlever tous les lambeaux et tous les épaisissements de la caduque à l'aide d'éponges plongées dans la solution phéniquée à 5 0/0, puis exprimées. Cette toilette exige du temps et de la peine. Léopold y consacre souvent de 8 à

10 minutes. En se hâtant on s'expose à laisser dans l'utérus suturé des débris qui pourront entraver la réunion. Quand le nettoyage paraît suffisant, on place une éponge dans la cavité.

Les lèvres de la plaie sont alors adaptées l'une à l'autre, et on enlève aux ciseaux toutes les irrégularités qui empêcheraient la coaptation parfaite.

Six à sept sutures profondes de catgut chromique traversent la musculaire à 0<sup>m</sup>,1 environ du bord de la plaie, ressortent au voisinage de la caduque et repassent de l'autre côté en sens inverse. Après enlèvement de l'éponge et iodoformisation de la cavité, elles sont serrées modérément et arrêtées par un triple nœud dont les extrémités sont coupées court.

On termine par une suture continue au fin catgut chromique, courant de l'angle supérieur à l'angle inférieur de la plaie ; pour cette suture superficielle les bords séreux de chaque côté se prêtent d'eux-mêmes à un rapprochement exact qu'une pince vient encore aider. Point n'est besoin d'une invagination séreuse.

Ces deux sutures, la profonde et la superficielle, demandent chacune en moyenne 10 minutes. Il est inutile, voire même préjudiciable, d'aller plus vite.

*Prophylaxie de l'hémorragie secondaire.* — Pendant la suture, la parturiente a reçu en injection hypodermique une seringue de Pravaz de solution d'ergotine. L'opérateur saisit à pleine main gauche l'utérus flasque ; le tube de caoutchouc est retiré ; l'utérus devient turgide et n'est

lâché par la main qui le masse qu'après une solide contraction qu'on cherche à favoriser pas une seconde injection d'ergoline.

*Remise en place de l'utérus.* — Vite l'utérus, les trompes et les ovaires sont dans tous leurs replis nettoyés avec une éponge phéniquée, et après que les intestins ont été soulevés et retirés du petit bassin, replacés dans la cavité abdominale. La toilette du péritoine n'est nécessaire que s'il s'y est écoulé du liquide amniotique, etc. Les intestins sont arrangés sur les côtés et au-dessus de l'utérus.

*Suture abdominale et pansement.* — La suture est faite, profonde et superficielle, avec de la soie ou du catgut chromique, de préférence avec de la soie. Elle réclame souvent pour donner une cicatrice très solide, de 15 à 20 minutes. L'opération tout entière demande ainsi de 3/4 d'heure à 1 heure. Quelques compresses de gaze iodoformée et un bandage serré protègent la plaie et assurent la rétraction de l'utérus.

*Soins consécutifs.* — Tout doit se passer sans fièvre et sans douleurs. Les sutures profondes de la paroi abdominale sont enlevées le 14<sup>e</sup> jour. La femme ne se lève pas avant le 18<sup>e</sup>. Si les seins sont bien développés, elle peut, dès le début, allaiter son enfant.

S'il survient, du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour, en dehors de toute infection, un météorisme inquiétant, on donne à plusieurs reprises de grands lavements d'eau chaude additionnés d'huile et de savon ; à la suite de ces lavements, qui entraînent l'expulsion d'une grande quantité de gaz et de matiè-

res, on observe, en même temps que l'affaissement du ventre, une amélioration rapide : le pouls se calme, la respiration est plus tranquille ; le facies, qui exprimait la douleur et l'angoisse, redevient meilleur et l'appétit reparaît. Au besoin on a recours au lavage de l'estomac ou aux ponctions capillaires.

**Résultats opératoires.** — Sur 28 opérations césariennes conservatrices, 25 succès pour les mères ; 28 enfants extraits vivants, 27 sortis de la Clinique en bon état, tels sont les résultats de la pratique de Léopold.

Ces résultats paraîtront plus merveilleux encore quand nous aurons analysé les causes des trois décès maternels. L'un d'eux est, sans discussion possible, imputable à l'opération : il s'agissait d'une secondipare à bassin plat rachitique généralement rétréci ; l'enfant fut extrait vivant, mais la mère succomba le 7<sup>e</sup> jour après l'opération par suite d'une hémorrhagie intra péritonéale ayant son point de départ dans la suture utérine.

Il n'en va point de même des deux autres décès.

La première de ces deux femmes, la 4<sup>e</sup> de la série, opérée le 28 novembre 1884 dans les mêmes conditions de milieu que toutes les autres, fut amenée à la clinique dans un fort piteux état, avec des contusions des organes internes, 38°,6 de température et 128 pulsations.

Elle avait été examinée à maintes reprises en ville : la poche des eaux était rompue depuis 7 heures et manifestement l'infection était dans la place.

Cette femme mourut, le 5<sup>e</sup> jour, de péritonite septique. A l'autopsie, on trouva la plaie utérine complètement réunie à l'extérieur; il n'y avait aucune adhérence entre l'utérus et les organes voisins; l'infection était partie sans aucun doute du col et avait donné naissance à une lympho-péritonite.

Dans le second cas (11 décembre 1886 — 15<sup>e</sup> de la série), il s'agissait d'une primipare de 43 ans ayant un bassin généralement rétréci à un haut degré et de forme infantile, qui, sous l'influence combinée d'une cypho-scoliose considérable, de son état avancé de grossesse et d'un météorisme très prononcé, présentait lors de son arrivée, des signes de suffocation. Au début de l'opération survint une asphyxie chloroformique des plus inquiétantes; de nouvelles attaques de dyspnée interrompirent à plusieurs reprises l'opération. Pendant les suites de couches, le météorisme augmenta; les moyens ordinaires n'eurent aucune prise sur lui et le 3<sup>e</sup> jour, la femme mourut d'œdème pulmonaire. L'autopsie, faite par le professeur Nelsen, ne révéla aucune trace d'infection septique; des inoculations faites avec le liquide péritonéal restèrent sans résultats. La réunion de l'utérus était parfaite. Il existait dans le gros intestin des lésions déjà anciennes de dysenterie qui, étant donné le manuel opératoire décrit ci-dessus, n'avaient évidemment pas pour cause une intoxication mercurielle.

Cette troisième mort, pas plus que la seconde, n'est donc imputable ni à l'opérateur, ni à la méthode, ni à une

faute quelconque dans l'exécution. Toutes deux doivent être rapportées beaucoup plutôt aux incalculables vicissitudes résultant d'une infection antérieure ou de l'épuisement d'organes nécessaires à la vie auxquels on reste exposé dans toute opération obstétricale.

Néanmoins, avec une rare bonne foi, le professeur Léopold se refuse à défalquer ces deux insuccès de son pourcentage. C'est qu'il a conscience des aléas indiscutables qu'entraîne avec elle toute laparotomie ainsi que le prouve « la mortalité par septicémie presque irréductible de 5 à 6 0/0 de l'ovariotomie ». Et en dépit de la chance qui le poursuit à l'heure présente et de l'habileté opératoire qu'il a pu acquérir, il persiste à croire que : « l'opération césarienne reste toujours l'opération la plus grave et la plus dangereuse de toutes les opérations obstétricales. » Retenons cet aveu.

Quant aux enfants, ainsi que nous l'avons déjà dit, tous ont été extraits vivants ; 27 sur 28 sont sortis de la clinique en bon état.

Mais il serait intéressant, pour être fixé sur la valeur réelle de ces chiffres, de savoir ce que sont devenus ces enfants. Léopold ne nous fournit de renseignements à cet égard que sur les 20 premiers : 7 sont morts de diarrhée dans l'espace de trois semaines à un an après leur naissance ; de 2 on n'a jamais eu de nouvelles ; les 11 autres restèrent bien portants pendant longtemps (on eut des nouvelles excellentes de 4 d'entre eux jusqu'à un an, de

3 jusqu'à deux ans, de un jusqu'à trois ans, de 1 jusqu'à quatre ans).

**Indications de l'opération.** — Pour que l'opération césarienne, naguère encore si meurtrière, donne les résultats que nous venons d'exposer, il est nécessaire, en dehors des perfectionnements de la technique, que les femmes qui la subissent se trouvent dans des conditions particulièrement favorables. Léopold classe ces conditions sous les quatre chefs suivants :

1° La parturiente doit être en bonnes douleurs et autant que possible, au début du travail. La rupture prématurée des membranes est désavantageuse.

2° La parturiente ne doit pas être infectée. De nombreux examens internes ou des tentatives d'accouchement artificiel avec contusions des parties molles sont un danger.

3° Les bruits du cœur fœtal doivent être normaux en nombre et en intensité. Une vie fœtale déjà compromise peut s'éteindre rapidement pendant l'opération.

Cette troisième condition a été sensiblement modifiée par Léopold dans ces dernières années. Il fait remarquer que dans ses onzième, treizième et quinzième opérations, où il y avait prolapsus du cordon, les bruits du cœur fœtal étaient sensiblement modifiés et le méconium s'écoulait ; les enfants extraits en état d'asphyxie profonde purent néanmoins être rapidement ranimés. Dans ses vingt-troisième et vingt-cinquième les battements du cœur fœtal étaient également très défectueux avant l'intervention.



Si dans ces cinq cas on s'était strictement tenu à la troisième condition, on se serait abstenu de faire l'opération césarienne et les enfants qu'elle a sauvés auraient été sacrifiés.

Voici la conduite que Léopold recommande à l'heure actuelle :

Si l'on observe la parturiente depuis le début du travail, si l'on a noté le moment exact à partir duquel a commencé le trouble de la circulation fœtale, il faut se hâter de faire son choix entre la césarienne et l'embryotomie ; a-t-on pu suivre pas à pas la modification des bruits du cœur, le méconium s'écoule-t-il, le cordon fait-il procidence, il faut accélérer tous les préparatifs opératoires.

Mais si, lors du premier examen, l'accoucheur trouve les battements du cœur très défectueux et qu'il ne puisse savoir depuis combien de temps l'enfant se trouve en danger, l'embryotomie est la seule méthode régulière, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait impossibilité absolue à l'intervention par les voies naturelles.

4° L'opérateur et ses aides doivent connaître et posséder à fond les méthodes antiseptiques et le plan opératoire.

Et l'accoucheur de Dresde fait observer qu'étant donné ce qui précède, on doit admettre que ces conditions pourront se trouver réalisées souvent dans une clinique, mais bien rarement dans la pratique privée. Il tient manifestement à mettre les praticiens en garde contre l'apparente facilité de l'opération et revient à maintes reprises sur ces dangers qu'elle présente. Il faut réfléchir, dit-il, que

l'opération césarienne est une laparotomie et que toute laparotomie est et reste, même dans les mains les plus exercées, une sérieuse et dangereuse opération. — « Vous lirez de-ci, de-là, dit-il encore ailleurs, que l'opération césarienne est une opération légère ; cela ne semble-t-il pas signifier que chaque fois la mère y doive survivre ? Combien d'accoucheurs pourtant ont fait l'épreuve du contraire ! Cette facilité apparente ne peut affaiblir l'opinion que l'opération est grave et dangereuse. »

Voilà quelle est, sur la question, l'opinion du premier césarien du monde. A quels cas cependant a-t-il jugé bon d'appliquer cette opération dont il ne méconnaît ni le danger ni la gravité ?

(*A suivre.*)

H. VARNIER.

# REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

Mars 1892

## DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE (*Suite*).

Au point de vue des **indications** les observations de Leopold doivent être divisées en deux catégories.

Dans trois cas, résumés dans le tableau ci-dessous, il y avait, à son avis, *indication absolue*, c'est-à-dire que toute opération par les voies naturelles était impossible.

N°	Pa-rité	Viciation pel- vienne	Diam. prom-sous- pubien	Promonto-pub. (d'après Léo- pold)	Mère	Enfant
1	1	Bassin plat rachit. gén. rétréci.....	7 c. 3/4	5 3/4	guérie	v. 1950
2	1	Id. à un haut degré.....	7 1/2	5 1/4 à 5 1/2	guérie	v. 3490
3	1	Id. naine rachitique.....	5 3/4	4	guérie	v. 2300

Je ne veux pas discuter ici la question de savoir si

vraiment on ne peut pratiquer l'embryotomie dans des bassins mesurant 7 centimètres  $\frac{3}{4}$  et 7 centimètres  $\frac{1}{2}$  de diamètre promonto-sous-pubien. Nous n'aurions quant à nous considéré l'indication comme absolue que dans le dernier cas (bassin de 4 cent.).

Mais passons, pour arriver tout de suite à la seconde catégorie sur laquelle porte vraiment tout le débat.

Les observations sont au nombre de 25; il s'agit dans ces 25 cas d'*indication relative* et non plus absolue; c'est-à-dire que l'opération césarienne n'était pas le seul moyen au pouvoir de l'accoucheur pour délivrer la femme. Néanmoins c'est elle qu'il a choisie.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme enceinte pour la 6<sup>e</sup> fois, atteinte de myôme intra-ligamenteux prævia, chez laquelle les cinq premiers accouchements, provoqués entre 7 et 10 mois (1), s'étaient terminés par l'expulsion ou l'extraction d'enfants morts. Leopold lui fit, au cours de sa sixième grossesse, une laparotomie dans le but de pratiquer l'ablation du fibrome qui fut reconnue impossible. La grossesse poursuivit son cours et, arrivée à son terme, la femme réclama formellement un enfant vivant. Elle guérit de l'opération césarienne. Je l'ai revue en 1890 dans le service de Leopold qui, en ma présence, lui pratiqua une troisième laparotomie au cours de laquelle, après castration, il lui retira deux ou trois fils d'argent de sa suture utérine qui agaçaient les organes voisins. Elle a guéri.

(1) Les Allemands comptent par mois lunaires.

Dans les 24 autres cas il s'agissait de bassins viciés proprement dits.

Je les résume dans les tableaux ci-dessous :

### Primipares

Nos	Nos de Leopold	Viciation pelvienne	Diam.-promonto-sous-pubien	Diam.-promonto-pubien (d'après Leopold)	Mère	Enfant
1	2	Bassin plat rachitique génér. rétréci.	8 centim.	6 centim.	guérie.	vivant 2,700 gr.
2	23	Bassin plat rachitique génér. rétréci.	8 3/4 à 9	6 3/4 à 7	guérie.	vivant 3,370 »
3	11	Id. à un haut degré (proci-dence du cordon).	8 1/2 à 8 3/4	7	guérie.	vivant 2,307 »
4	17	Id.obliquement rétréci du côté gauche à un haut degré.	8 cent.	7	guérie.	vivant 3,070 »
5	24	Bassin plat rachitique général. rétréci.	9	7	guérie.	vivant 2,440 »
6	15	Id. à un haut degré. Bassin infantile, cypho-scoliose.	9 1/2	7 1/2	morte le 3 <sup>e</sup> jour	vivant 2,580 »
7	19	Bassin plat rachitique général. rétréci.	9 1/2	7 1/2	guérie.	vivant 2,990 »
8	26	Cyphose lom.-sacrée. Bassin transversalement rétréci, surtout au détroit inférieur. Biischiatique 6 cent.		»	guérie.	vivant 2,620 »

N°	Parité	Terminaison des accouchements antérieurs	Viciation pelvienne
1	II	1 <sup>er</sup> accouch, perforation et céphalotripsie.	Bassin plat rachitique général rétréci.
2	II	1 <sup>er</sup> accouch. difficile après 2 jours de travail.	id.
3	II	1 <sup>er</sup> accouch. provoqué, perforation.	id.
4	IV	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> accouch. forceps. Enfants morts, 3 <sup>e</sup> perforation.	id.
5	III	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> accouch. perforation et céphalotripsie.	id.
6	V	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> accouch. perforation et céphalotripsie. 3 <sup>e</sup> accouch. section césarienne (n° 5 ci-dessus). 4 <sup>e</sup> avortement de 3 mois	id.
7	II	1 <sup>er</sup> accouch. perforation et cranioclasie.	id à un haut degré.
8	II	1 <sup>er</sup> accouch. perforation.	id. avec double promontoire
9	IV	1 <sup>er</sup> et 3 <sup>e</sup> accouch. perforation. 2 <sup>e</sup> accouch. spont. enfant petit et faible né vivant. Mort peu après.	id.
10	II	.....	id.
11	II	1 <sup>er</sup> accouch. forceps, perforation, cranioclasie céphalotripsie.	id.
12	II	1 <sup>er</sup> accouch. Version et extraction, perforation de la tête séparée du tronc.	Bassin infantile généralement rétréci.
13	III	1 <sup>er</sup> accouch. Épaule. Version. Enfant mort, 2750 grammes. 2 <sup>e</sup> accouch. spontané, enfant de 2735 grammes, mort le lendemain.	Bassin plat rachitique général rétréci.
14	IV	1 <sup>er</sup> accouch. spontané. Enfant mort. 2 <sup>e</sup> accouch. perforation. 3 <sup>e</sup> avortement.	id.
15	IV	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> accouch. forceps, enfant mort, 3 <sup>e</sup> provoqué 6 semaines avant terme, enfant mort.	id.
16	III	1 <sup>er</sup> accouch. perforation et cranioclasie. 2 <sup>e</sup> version. Enfant vivant de 3100 grammes. Lésions de la cage thoracique.	id.

Diamètre pro- nto-sous-pubien	Diamètre pro- monto-pubien (d'a- près Leopold)	Mère	Enfant
7 3/4 à 8 c.	6 cent.	guérie	vivant 3500 gr.
8 centim.	6	morte le 5 <sup>e</sup> jour. Périt.	vivant 2652
7 3/4 à 8	6	guérie	vivant 2620
8 1/4 à 8 1/2	6 1/2	guérie	vivant 2500
8 2/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2550
8 3/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 3040
8 1/2	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2800
8 1/2 à 8 3/4	6 1/2 à 6 3/4	guérie	vivant 2830
8 3/4 à 9	6 3/4	guérie	vivant 2852
»	6 1/2 à 7	morte	vivant
9	7	guérie	vivant 3800
9	7	guérie	vivant 3260
9	7	guérie	vivant 3235
8 1/2	7	guérie	vivant 3520
9	7 à 7 1/4	guérie	vivant 2990
9 1/2	7 1/2	guérie	vivant 3340

Pouvons-nous, voulons-nous suivre Leopold et nombre de ses compatriotes dans cette voie de l'opération césarienne à indication relative?

Avec notre maître M. Pinard nous répondions, il y a deux ans : « Non, s'il existe une autre opération qui donne une *mortalité maternelle nulle* que nous puissions opposer aux 10 0/0 (et plus) de la mortalité césarienne. »

Pour simplifier encore le débat, laissons de côté la question de savoir si l'on n'a, dans ces bassins, rien à attendre de l'accouchement prématuré pratiqué d'après des règles plus modernes que celles qui paraissent guider Leopold.

Admettons qu'il soit impossible d'extraire un enfant vivant par les voies naturelles. Il faut choisir entre la césarienne et la craniotomie ; et c'est à l'accoucheur de choisir. C'est en vain qu'il chercherait à se décharger de cette responsabilité sur la mère et le père de l'enfant. Leopold dit : consultez-les ; exposez-leur la situation, donnez-leur des éclaircissements sur la gravité des choses, et opérez s'ils donnent leur assentiment. Mais d'abord la mère au moins n'a pas son libre arbitre dans le plus grand nombre des cas. Et puis surtout, il y a deux façons d'exposer les dangers d'une opération et je n'en veux pour preuve que l'observation qui suit :

Une primipare, non mariée, abandonnée par le père de son enfant, se présente un matin à la clinique Baudelocque pour savoir si elle accoucherait dans de bonnes conditions, car on lui avait dit qu'elle avait probablement le



passage trop étroit. Elle avait eu vers l'âge de 12 ans une sacro-coxalgie gauche de longue durée, avec suppuration, dont il lui était resté un raccourcissement et une boiterie des plus marquées.

L'examen pratiqué par M. Pinard montra que la grossesse était près du terme, l'enfant volumineux et que le bassin, oblique ovalaire type, présentait un rétrécissement tel qu'on ne pouvait songer à extraire l'enfant vivant par les voies naturelles.

Ceci posé, M. Pinard fit sur cette femme, entrée à la clinique depuis quelques instants seulement, profondément troublée par l'examen qu'elle venait de subir et la présence de nombreux élèves, une expérience des plus instructives.

Il lui exposa que « l'on ne pouvait l'accoucher que de deux façons : dans un cas, il n'y avait aucun risque pour elle, mais on était obligé de sacrifier son enfant ; dans l'autre il y avait *quelques risques* pour elle, mais il était presque certain qu'on sauvait l'enfant ».

Et la femme de répondre immédiatement : « Je veux mon enfant. Opérez-moi par le second procédé ».

On lui répéta à plusieurs reprises ce qui précède. Elle n'en voulut pas démordre, et nul doute qu'à ce moment même elle ne se fût laissé ouvrir le ventre sans la moindre résistance.

M. Pinard lui laissa néanmoins 24 heures de réflexion, en nous priant de lui préciser les risques que lui faisait courir l'opération césarienne.

Nous lui exposâmes alors que « par l'opération césarienne, pratiquée dans les meilleures conditions, elle avait 10 chances sur 100 de mort. »

Le lendemain matin à la visite, elle refusait absolument l'opération césarienne, alléguant qu'elle craignait que son enfant ne fût malheureux.

On pratiqua l'accouchement provoqué et la basiotripsie. Cette femme guérit.

Est-ce ainsi qu'on procède chez nos voisins? J'affirme que non, et c'est Leopold lui-même qui va prouver mon assertion : « J'avais toujours devant les yeux, dit-il, les suites éclatantes de la césarienne qui sauve à la fois la mère et l'enfant et nous évite la triste nécessité de tuer un enfant vivant. La conséquence *naturelle* de ces réflexions fut que je pratiquai l'opération chez trois femmes qui n'avaient pas exprimé le désir d'avoir un enfant vivant ».

Voilà la seconde manière d'exposer la question, celle qui nous explique pourquoi tant d'Allemandes *réclament* l'opération césarienne, alors que chez nous les femmes du peuple qu'on place en face de dix chances de mort (au moins) sur cent pour avoir leur enfant vivant répondent invariablement : « J'aime mieux moi ».

Donc, en France, nous plaidions plutôt contre la césarienne pour la raison suivante que nous empruntons à Leopold lui-même :

« Il n'est pas douteux que l'opération césarienne, accomplie d'après les plus récents perfectionnements, ait

un chiffre de mortalité extraordinairement faible, mais qui n'a pu cependant encore atteindre le pourcentage de l'embryotomie..... On peut tourner et retourner la statistique comme on veut : *le plus grand nombre des mères sauvées est du côté de l'embryotomie.* »

C'est une vérité que Caruso a cherché en vain à contester, en s'appuyant sur une statistique fantaisiste.

Caruso réunit dans sa statistique 364 perforations dans des bassins viciés, pratiquées, depuis l'introduction de l'antisepsie dans la pratique obstétricale, par Olshausen, Credé, Gusserow, Pinard, Winckel, sans distinguer ces opérations suivant le degré du rétrécissement contre lequel elles ont été dirigées, sans mettre à part les perforations faites sur l'enfant mort. Sur ces 364 cas, il y a 22 morts, soit 6 0/0.

Cela fait, il compare les 364 perforations à 83 opérations césariennes pour bassins à indication relative, rassemblées de ci de là par la bibliographie et qui ont donné 9 morts, soit 10,8 0/0.

Ainsi, du côté de la perforation, on aurait 94 mères sur 100 sauvées, mais tous les enfants morts; et du côté de la césarienne, 89 mères sur 100 sauvées et tous les enfants, excepté 1, vivants. La supériorité numérique, en faveur de la césarienne, serait alors telle, qu'elle devrait nous pousser à substituer la césarienne conservatrice à la craniotomie, sous les conditions connues.

C'est, ainsi que le remarque Leopold, dépasser singulièrement le but; car, même d'après ces chiffres, la perforation sauverait encore 5 0/0 de mères en plus.

En réalité, elle fait mieux, et ceci ressort des statistiques de Leopold, de Carl Braun, de Pinard.

Pendant la période où il pratiquait ses 28 opérations césariennes, Leopold a fait 92 fois la craniotomie chez des femmes venues à sa clinique, avant tout début de travail ou tout à fait au début, et pratiqué l'extraction consécutive, le plus souvent avec le cranioclaste. Aucune de ces femmes n'est morte. La mortalité par craniotomie doit donc être considérée comme égale à 0. Carl Braun et ses deux assistants, E. V. Braun et Hertzfeld, ont publié la statistique de la première clinique obstétricale de Vienne, de 1881 à 1887. On y voit que 51 fois la craniotomie fut pratiquée pour viciation pelvienne; une seule femme est morte, soit 1,95 0/0.

Enfin le professeur Pinard, réunissant tous les cas de basiotripsie pratiqués à Paris de 1884 à 1887, dans les conditions où cette opération aurait pu être mise en balance avec la césarienne, arrive à une mortalité de 0 pour cent.

De sorte qu'en prenant les meilleures statistiques des deux côtés, on a (Leopold):

Sur 28 césariennes conservatrices	3	morts = 10,7 0/0.
Sur 92 embryotomies céphaliques	0	— = 0 0/0.

L'avantage en faveur de l'embryotomie est plus marqué encore, si, comme le fait Leopold, on borne le parallèle aux césariennes et aux perforations pratiquées pour des bassins de 6 à 7 1/2. Il trouve ainsi :

Après 25 césariennes à indication relative	3	mères mortes = 12 0/0.
Après 22 embryotomies	—	— = 0 0/0.

« Par conséquent, écrivions-nous en 1890, il ne peut y avoir doute à l'heure présente : l'avantage pour la mère — et c'est celui que l'école française a toujours mis en première ligne — est pour l'embryotomie contre la césarienne.

« Nous concluons donc avec Carl Braun : la craniotomie ne peut aujourd'hui être remplacée par la césarienne que si la mère réclame *énergiquement* cette opération ; — nous ajouterons, si elle persiste à la réclamer, alors qu'on lui a montré que dans les meilleures conditions, elle a *au moins* 10 chances de mort sur 100; — par suite, la césarienne conservatrice ne peut suppléer la craniotomie que dans des cas *tout à fait* exceptionnels »

Depuis lors et pour des raisons que nous exposerons dans un prochain article sur la *symphyséotomie* notre répulsion pour l'opération césarienne à *indication relative* n'a fait que s'accroître. Le temps n'est pas éloigné où l'indication relative sera définitivement abandonnée.

#### L'OPÉRATION CÉSARIENNE RADICALE, SUIVIE D'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE. OPÉRATION DE PORRO.

Dans le but de diminuer les dangers de l'opération césarienne conservatrice (hémorragie primitive, infection péritonéale secondaire) le professeur Porro, de Pavie, proposa vers 1875 de toujours faire suivre l'opération césarienne de l'hystérectomie abdominale avec traitement extra-éritonéal du pédicule. Le 21 mai 1876 il fit de propos

délibéré cette opération sur une parturiente à terme rachitique ; la mère et l'enfant furent sauvés.

Depuis lors, et après des alternatives nombreuses, l'opération césarienne radicale est entrée dans la pratique et nous tenterons de démontrer plus loin qu'elle y doit occuper une place prépondérante parmi les procédés de section césarienne.

Nous allons d'abord en étudier le manuel opératoire. Comme nous l'avons fait pour la césarienne conservatrice, nous résumerons la technique opératoire qui a donné à Breisky 11 succès sur 11 opérations et à Leopold, 7 succès sur 7 opérations.

Ces deux opérateurs ont employé pour le traitement du moignon la méthode extra-péritonéale, qui, si elle demande plus de temps pour conduire à la guérison, met d'une façon plus certaine la malade à l'abri des hémorragies et de l'infection secondaire.

Dans tous les cas ils ont donc eu recours à la méthode de Porro pure, à l'exclusion des modifications proposées successivement par Bompiani, Hubert, Wasseige, Franck, Duchamp, etc., et dont la plupart n'ont jamais été mises en pratique.

Jamais non plus ils n'ont employé le procédé de Bischoff qui consiste à extirper l'utérus en entier en le détachant de ses insertions vaginales comme dans l'opération de Freund (hystérectomie abdominale totale) sur l'utérus à l'état de vacuité ; procédé hardi qui sur 5 opérations portant sur des femmes à terme a donné 5 morts (Bischoff, Spencer Wells, Schröder, Fochier, Grapow).

**Manuel opératoire.** — Voici comment procédait Breisky.

Suivant les circonstances il a opéré avant ou après le début du travail; longtemps (22 et 36 heures) après l'apparition des premières douleurs; longtemps (12 et 14 heures) après la rupture des membranes; après des tentatives d'accouchement par les voies naturelles, faites avant l'arrivée de la femme à la maternité.

Après un grand bain et une toilette préparatoire qui consistait à raser le pubis et le bas-ventre, il nettoyait le vagin et le col à fond avec une solution phéniquée à 50/0 et les tamponnait ensuite à la gaze iodoformée. Immédiatement avant l'opération le bas-ventre est encore brossé à l'eau chaude et au savon, nettoyé une dernière fois avec de l'éther sulfurique et enfin recouvert de gaze au sublimé trempée dans la solution à 1/1000 et qui n'est enlevée qu'au moment même où l'on pratique l'incision abdominale.

Cette incision faite, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'utérus est, comme dans la césarienne conservatrice, extrait du ventre et une ligature élastique provisoire est appliquée sur le segment inférieur.

L'incision de l'utérus, l'ouverture de l'œuf, l'extraction du fœtus, la striction progressive de la ligature élastique à mesure que l'utérus se vide, tout cela se fait comme si l'on devait laisser et suturer l'utérus. De même, pour prévenir l'issue de l'intestin on fait, là où besoin est, une suture abdominale provisoire. C'est alors seulement que la technique change.

Devant le tube élastique bien serré et près de lui, on

fiche au travers de l'utérus une longue broche. Sous cette broche on passe, avec l'écraseur de Cintrat, un premier fil d'archal; de la même façon, mais au-dessus de la broche, un second fil d'archal est posé avec un second écraseur. Quand les deux fils sont en place, toujours tenus par les écraseurs qui pendent au dehors, l'utérus et les ovaires sont enlevés d'un coup de couteau et, pour finir, on serre énergiquement les fils jusqu'à complète ischémie du moignon.

Quand la surface d'amputation est devenue par la striction tout à fait blanche, on n'a à craindre ni hémorragie secondaire ni glissement du moignon. D'après les mesures prises sur les fils tombés le diamètre transverse du moignon oscille entre 2 cent.  $1/2$  et 3 centim.

Avant la toilette définitive du moignon les parois abdominales sont fermées par une suture de soie à 3 étages. La suture la plus inférieure à qui revient la tâche de coller aussi étroitement que possible le péritoine de l'angle inférieur de la plaie abdominale au moignon est faite avec un fil d'argent qui traverse d'un seul coup toute l'épaisseur de la paroi.

Dans aucun des onze cas de Breisky le péritoine pariétal n'a été suturé spécialement au péritoine viscéral du moignon.

Pour faire la toilette du moignon on le régularise autant que possible; on excise le plus qu'on peut de la muqueuse utérine pour éviter la production de fistules.

Puis l'entonnoir cervical et toute la surface du moignon sont profondément cautérisés avec le Paquelin.



Tout autour du moignon et sous la broche, pour empêcher le sphacèle de la peau, on dispose des bandelettes de gaze iodoformée. Enfin le moignon est recouvert d'une grande quantité du mélange suivant :

Calcar. sulfur. anhydr (sulfate de chaux anhydre).....	100
Olei cadini (huile de cade).....	15

sous lequel le moignon se momifiera. Par-dessus on fait le pansement habituel des laparotomies.

Le pansement n'est renouvelé que le 10<sup>e</sup> ou le 11<sup>e</sup> jour ; à ce moment il est habituellement possible d'enlever le moignon et ses fils ainsi que toutes les sutures.

Dès lors le pansement est changé tous les jours et l'entonnoir de l'angle inférieur de la plaie drainé avec la gaze iodoformée.

(A suivre.)

H. VARNIER.

REVUE PRATIQUE  
D'OBSTÉTRIQUE  
ET DE PÆDIATRIE

---

Avril 1892

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE (FIN)

L'OPÉRATION CÉSARIENNE RADICALE, SUIVIE D'AMPUTATION  
UTÉRO-OVARIQUE. OPÉRATION DE PORRO (SUITE)

La *technique de Léopold* diffère par quelques points de détail de celle de Breisky :

Pour ischémier définitivement le moignon, Léopold place au-dessous de la broche non pas l'écraseur de Cintrat, mais un tube de caoutchouc de force moyenne, bien serré, deux fois noué, et dont les nœuds sont fixés par deux sutures croisées à la soie.

La séreuse de la paroi abdominale est ensuite attirée tout autour du moignon, très soigneusement essuyée avec des éponges imbibées d'une solution de sublimé à 1/5000

et réunie par des sutures de soie avec le péritoine du moignon, au-dessous du tube de caoutchouc. S'il est impossible de faire cette suture séro-séreuse au-dessous du tube on peut sans inconvénient la faire au-dessus.

Aux sutures profondes abdominales faites dès le début au-dessus et au-dessous du pédicule utérin on ajoute des sutures superficielles. Enfin la plaie est pansée à la gaze iodoformée et sublimée maintenue par de l'ouate et un bandage de corps.

Pour obtenir la siccité du moignon on le recouvre à chaque pansement d'un mélange à parties égales de tanin et de salol, après avoir enlevé à la pince et aux ciseaux le plus qu'il est possible des parties mortifiées.

L'opération dure de une demi-heure à 1 heure 1/2.

La broche et les sutures abdominales profondes sont enlevées le plus souvent du 12<sup>e</sup> au 14<sup>e</sup> jour; le tube au bout de 3 semaines seulement. On se met ainsi à l'abri de la rentrée du moignon et de l'infection secondaire de la cavité abdominale.

Les femmes gardent le lit au moins 4 semaines. La guérison a été obtenue au minimum en 36 jours et au maximum en 68 jours.

**Résultats opératoires et indications.** — Depuis la renaissance de l'opération césarienne conservatrice (1882), l'opération de Porro qui, pendant près de six ans (1876-1882), avait presque complètement supplanté la méthode classique, a vu de jour en jour se resserrer son champ d'action au point de n'être plus aujourd'hui, pour beaucoup

d'accoucheurs, qu'une sorte de pis aller. Les partisans de la césarienne conservatrice n'eurent, pour déconsidérer rapidement l'amputation utéro-ovarique, qu'à comparer les résultats de la méthode dite de Sænger pendant la période postérieure à 1882 à ceux de sa rivale à partir de 1876. Tandis que la première donnait des chiffres de mortalité oscillant autour de 40 0/0, la seconde restait sous le coup de la statistique de Godson : 86 morts sur 162 cas, soit 53 0/0. D'où la conclusion que l'opération de Porro ne devait plus guère avoir d'autres indications que les mauvais cas dont la méthode conservatrice ne voulait pas charger ses relevés. Il en résulta tout naturellement un nouvel élément de discrédit pour la méthode radicale et le triomphe facile de la méthode conservatrice.

E. Truzzi vient récemment d'en appeler de cette condamnation sommaire du procédé cher à son maître Porro. Il fait remarquer très justement que les perfectionnements apportés à la technique de la laparotomie, et la diffusion des pratiques antiseptiques, qui ont contribué à la splendide statistique de la césarienne conservatrice moderne, ont également, dans ces dernières années, notablement amélioré le pronostic de l'opération radicale ; que l'on doit par suite, pour se faire une opinion, confronter les résultats des opérations rivales pendant la même période ; qu'enfin et surtout il faut cesser de comparer la statistique intégrale de l'opération de Porro, surchargée de tous les cas désespérés, à la statistique des conservateurs qui n'interviennent que dans des circonstances ultra-favorables.

Pour répondre à ces desiderata, Truzzi fait le relevé des opérations de Porro pratiquées en Italie du 1<sup>er</sup> octobre 1884 au 31 décembre 1889 : 56 opérations ont donné 37 guérisons et 19 morts (dont 14 par péritonite ; 2 par shock ; 1 par collapsus ; 2 par occlusion intestinale), soit une mortalité totale de 39,9 0/0.

Mais en étudiant ces 56 observations on remarque que dans 12 cas l'état de la parturiente était désespéré avant toute intervention, de sorte que la mortalité opératoire proprement dite ne serait en définitive que 15,9 0/0. Or, pour la période 1876 à 1884, la mortalité expurgée de la même façon était de 36,36 0/0 et, pour la seule Italie, de 42,5 0/0.

Si cette statistique de Truzzi prouve que la léthalité de l'opération radicale s'est considérablement abaissée, elle tend aussi à nous confirmer dans l'idée que la méthode de Porro offre encore une gravité plus grande que l'opération césarienne avec suture (10,7 0/0 d'après Léopold).

Mais qu'est-ce que le relevé de Truzzi ? Une collection d'observations disparates, empruntées à 28 opérateurs différents, et recueillies dans les milieux les plus dissemblables, depuis la salle de la maternité modèle jusqu'à la chaumière italienne. Qu'y a-t-il là de comparable à la statistique de Dresde à l'aide de laquelle nous avons essayé naguère de nous faire une idée sur la valeur de la césarienne conservatrice moderne ? Ce qu'il faudrait, c'est comparer les résultats des deux opérations rivales dans le même milieu, entre les mains du même opérateur. Et

nous pouvons le faire dès maintenant à l'aide de deux statistiques précieuses : celle de Breisky et celle de Léopold.

La statistique de Breisky, publiée par son assistant Piskacek, comprend 11 opérations de Porro sans un insuccès et 6 opérations conservatrices avec deux décès (septicémie). Les conditions sont ici les mêmes pour les deux opérations qui toutes deux ont leurs indications propres, déterminées à l'avance. L'une n'est pas le débaras de l'autre. Nous verrons tout à l'heure quelles sont ces indications spéciales. Retenons seulement ces chiffres qui déjà ont leur éloquence.

Léopold nous donne mieux encore, car chez lui l'opération de Porro hérite des seuls cas dont ne veut pas la méthode conservatrice. Or, tandis que la mortalité de celle-ci est 10,7 0/0, Léopold n'a perdu aucune des sept femmes qu'il a traitées par la méthode radicale. Et nous assistons à ce spectacle, inattendu pour ceux qui continuent à vivre sur la statistique de Godson, qu'en présence de ces chiffres les partisans de la césarienne avec suture se voient, à l'heure actuelle, dans la nécessité de défendre cette dernière contre les empiètements de l'amputation utéro-ovarienne naguère encore tant décriée. « Des 7 femmes qui ont subi l'opération de Porro (avec traitement extra-péritonéal du pédicule, cela va sans dire), dit l'assistant de Léopold, aucune n'est morte. A cette léthalité nulle correspond une mortalité de 10,7 0/0 dans la césarienne conservatrice. Mais ce serait une grosse faute d'en conclure

que l'opération de Porro mérite la préférence. » Et Münchmeyer s'évertue à montrer, par l'analyse des causes de mort (voyez le numéro de janvier) que, tout compte fait, la mortalité opératoire dans les deux méthodes est égale à 0.

Aussi, pour maintenir la supériorité de la conservatrice, c'est à d'autres arguments qu'il est obligé d'avoir recours. Si les résultats immédiats des deux opérations sont les mêmes, dit-il, les suites sont à l'avantage de la méthode qui conserve l'utérus et les annexes. Après celle-ci la femme peut redevenir grosse; d'autre part la cicatrisation demande moins de temps (3 semaines environ, au lieu de 6 dans l'opération de Porro). Et c'est tout. Car pour les autres inconvénients dont on persiste à charger l'amputation utéro-ovarique, aucune des opérées de Dresde ne les a ressentis jusqu'à présent; l'éventration ne paraît pas plus fréquente qu'à la suite des autres laparotomies.

Néanmoins Münchmeyer se croit autorisé à conclure : « Pour peu qu'elle soit possible, c'est la césarienne conservatrice qu'il faut préférer; l'extirpation de l'utérus n'est indiquée que dans les cas où sa conservation entraînerait un danger pour la femme. » De même Léopold écrivait en 1888 : « L'extirpation est toujours un périlleux pis aller qui doit être notre dernière ressource pour les utérus infectés ». Pour préciser davantage, Münchmeyer cite le passage suivant de Zweifel : « L'opération de Porro est à sa place là où l'opération normale avec suture n'est plus possible, c'est-à-dire quand l'utérus est infecté; quand

l'écoulement lochial serait empêché par une obstruction vaginale ou par toute autre cause ; quand l'utérus est le siège de grosses tumeurs (fibromes) qui rendraient peut-être plus tard une nouvelle opération nécessaire » ; et il ajoute à ces trois indications l'ostéomalacie et l'inertie utérine absolue au cours d'une césarienne conservatrice.

Telles sont, d'après l'école de Dresde, d'accord ici avec la plupart des accoucheurs allemands, les limites actuelles du champ d'action de l'opération de Porro.

A cela les élèves de Breisky répondent que l'opération de Porro doit supplanter l'opération conservatrice dans d'autres cas encore, par exemple pour les bassins viciés par une cause autre que l'ostéomalacie, chaque fois que le diamètre promonto-pubien minimum est inférieur à 7 centimètres (étant donné bien entendu que la patiente réclame la section césarienne). Ce qui revient à dire que *l'opération de Porro doit devenir l'opération de choix dans tous les cas où la section césarienne permet seule d'espérer, pour le présent et pour l'avenir, l'extraction d'un enfant viable*. Nous n'hésitons pas à nous rallier à cette formule. Il ne resterait plus à la méthode conservatrice que les indications relatives.

Voici les arguments de l'école de Vienne :

L'opération de Porro, avec traitement extra-péritonéal du pédicule, offre aujourd'hui plus de chances de succès que la césarienne normale avec suture ; d'abord parce qu'elle ne laisse pas dans la place une cause possible de septicémie ; en second lieu parce qu'elle met l'opérée à l'abri



des hémorrhagies tardives (une des opérées de Léopold a succombé de ce chef). Nous ajouterons qu'au lieu de se voir contraint d'attendre le début du travail, l'opérateur peut intervenir à son heure, au cours de la grossesse et vers la fin, ce qui, si l'on en croit les observations de Werth, Treub, van der Meij et Cullingworth est une conduite dangereuse dans la césarienne conservatrice.

En admettant même, avec Münchmeyer, que les chances immédiates des deux méthodes soient égales, que reste-t-il à l'avantage de la conservatrice ?

Avant tout et surtout la possibilité d'une grossesse ultérieure. Or, remarque l'école de Vienne, c'est vous laisser acculer pour l'avenir, puisque le rétrécissement est absolu, à une nouvelle césarienne du succès de laquelle vous ne pouvez pas répondre.

Et d'ailleurs les femmes opérées par la méthode conservatrice redeviennent-elles donc si aisément enceintes ? Consultez la statistique ; elle répond que de 1882 à 1890, sur 170 femmes opérées par la nouvelle méthode, 5 seulement ont récidivé. Et si ces chiffres s'améliorent par la suite, est-il donc si certain que cette grossesse ultérieure soit sans danger ? Michaelis n'a-t-il pas montré que sur 12 cas d'opération césarienne conservatrice, il y eut six fois rupture de l'utérus à la grossesse suivante ? Krukenberg, dont le relevé porte sur un nombre d'observations plus considérable, mentionne 13 cas où la rupture se produisit au niveau de la vieille cicatrice et fut suivie du passage du fœtus dans la cavité péritonéale.

Quatre fois la rupture eut lieu pendant la seconde moitié de la grossesse ; 9 fois, pendant le travail. Tous les enfants ont succombé. Dans 5 cas la cicatrice se disjoignit, mais le fœtus demeura dans l'utérus. Enfin 3 fois il y eut rupture non dans la cicatrice même, mais en un autre point et une fois dans son voisinage immédiat.

Mais, dira-t-on, il s'agissait d'opérations césariennes non suivies de suture de l'utérus. C'est vrai. Pouvez-vous cependant avec vos cinq observations d'utérus suturés redevenus gravides, affirmer que les utérus suturés se comporteront mieux qu'après la césarienne sans suture ? Rappelez-vous que Birnbaum a vu une femme subir 5 fois la césarienne avec suture, et chaque fois l'on observa à la partie inférieure de la cicatrice utérine, un soulèvement, en forme de vessie, du péritoine par un épanchement sanguin, signe manifeste de l'imminence d'une déchirure dans le champ cicatriciel. Admettons qu'avec les sutures modernes la cicatrice soit plus solide, il reste cette dernière objection qu'il n'y a pas comme cause de rupture que l'amincissement de la paroi au niveau de la vieille cicatrice. Il semble qu'il faille faire jouer un rôle aux adhérences de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, adhérences entraînant des distorsions de la paroi utérine avec formations diverticulaires prédisposant à la rupture. Or ces adhérences utérines sont loin d'être exceptionnelles après la césarienne conservatrice moderne, puisque sur les 20 premiers cas de la clinique de Dresde on put les constater 12 fois, et que Breisky les a notées 2 fois sur 4.

Une fois même il se fit une fistule utéro-abdominale qui ne se ferma qu'après l'ablation de toutes les sutures d'argent.

En résumé, pour Piskacek, l'opération de Porro est indiquée : 1° chaque fois qu'il y a indication absolue à la section césarienne ; 2° dans les cas de conjugué vrai inférieur à 7 centimètres, quand la mère se prononce contre la craniotomie de l'enfant vivant ; 3° lorsque l'extraction d'un enfant vivant, désirée par la mère, est impossible par les voies naturelles obstruées par des fibromes non énucléables. Au-dessus de 7 centimètres seulement, ou en cas de fibromes énucléables si l'opération est réclamée par la mère arrivée au terme de la grossesse, il faut conserver l'utérus et les annexes. S'il y a grossesse ultérieure, l'accouchement prématuré provoqué avec ou sans opérations complémentaires par les voies naturelles, pourra en effet être mis à contribution.

Si donc nous voulons passer en revue les indications principales de l'opération de Porro, nous devons les classer en deux catégories : les indications non discutées et celles qui le sont encore.

Pour ces dernières, nous venons d'exposer les arguments invoqués de part et d'autre. Nous l'avons dit déjà, nous sommes ici avec les partisans de l'opération de Porro.

Voyons maintenant les indications non discutées.

1. *Cas dans lesquels il y a infection certaine ou probable de l'utérus.*

C'est là pour les partisans de la césarienne conservatrice l'indication la plus ordinaire du Porro. Des sept observations de Léopold il en est trois qui rentrent dans ce groupe. Une seule fois il y avait infection bien caractérisée ; dans les deux autres il y avait doute ; mais, dit Münchmeyer, c'eût été jouer la vie de la patiente que de vouloir conserver l'utérus. « Il vaut mieux, en pareil cas, renoncer aux chances de grossesse ultérieure — qui après tout ne sont pas grandes — que de risquer une expérience hasardeuse. Avec une conformation du squelette aussi pitoyable que celle qui existait dans les deux cas en question (bassin plat rachitique généralement rétréci à un haut degré ; conjugué vrai de 5 1/2 à 6 — bassin plat rachitique généralement rétréci ; conjugué vrai de 5 1/2), on a, ainsi que le dit très bien Braun, le droit de soustraire les femmes aux dangers d'une grossesse ultérieure. » Voilà une concession dont pourraient arguer les partisans de l'opération de Porro pour les cas de rétrécissement absolu.

2. *Sténoses et atrésies du col et du vagin ; obstruction du canal génital par une tumeur n'appartenant pas à l'utérus, ou lui appartenant mais n'étant pas énucléable.*

On se propose ici, par l'ablation de l'utérus, de se mettre l'abri des accidents qui pourraient, avec l'opération

conservatrice, résulter de l'obstacle à l'écoulement des lochies. Dans cette catégorie rentrent les fibromes enclavés et non énucléables qui pourraient gêner l'écoulement lochial. On sait toutefois que, si la grossesse amène une forte hypertrophie de la tumeur, il n'est pas rare de voir celle-ci subir une régression marquée après l'accouchement. Aussi Sænger estime qu'il est préférable, en dehors de la menace de rétention lochiale, de se limiter d'abord à la césarienne conservatrice pour les gros fibromes à large base rétro-utérins ou rétro-cervicaux et de remettre à plus tard l'opération du fibrome. Si l'on pratique l'amputation utéro-ovarique, il faut que le moignon se compose de tissu utérin sain.

S'agit-il de fibromes non enclavés mais non énucléables et y a-t-il lieu de penser qu'ultérieurement la laparotomie serait nécessaire, c'est à l'opération de Porro qu'il faut donner la préférence.

### *3. Inertie utérine insurmontable au cours d'une opération conservatrice.*

Léopold s'est vu dans un de ses cas obligé d'enlever pour cette cause un utérus déjà suturé qu'il s'apprêtait à réintégrer dans la cavité abdominale. Plusieurs observations du même genre ont été publiées dans ces derniers temps et certains auteurs, Schauta par exemple, se sont demandé s'il ne fallait pas accuser de cette inertie la constriction par le tube de caoutchouc. Nous avons vu dans un article précédent, quelles précautions Léopold

recommandait de prendre pour éviter cet inconvénient de la ligature élastique provisoire.

#### 4. *Cancer de l'utérus.*

Lorsque le cancer de l'utérus devient une indication à l'opération césarienne, celle-ci doit être radicale chaque fois que l'ablation du corps de l'utérus est possible. On se met ainsi plus sûrement à l'abri de la rétention des lochies et de l'infection par nécrobiose des masses cancéreuses. Ce n'est que dans les cas où l'ablation du corps de l'utérus est impossible, lorsque le cancer remonte si haut que l'on ne peut ni placer la ligature élastique ni faire un moignon, qu'on se résigne à laisser l'utérus en place, mais il faut alors le suturer avec un soin tout particulier.

Sutugin, dans une note récente, arrive aux mêmes conclusions. Des recherches qu'il a faites il résulterait que jusqu'en 1890, sur 18 cas opérés par la méthode conservatrice moderne, il y a eu 11 morts. Il va de soi qu'on a d'autant plus de chances avec la méthode radicale qu'on opère de meilleure heure. Jusqu'à nouvel ordre c'est à l'opération de Porro pure qu'il faut avoir recours. L'opération de Bischoff (hystérectomie totale par la voie abdominale, opération de Freund sur l'utérus gravide à terme) n'a pas encore enregistré un seul succès.

#### 5. *Bassins viciés par ostéomalacie.*

Dès 1882 Sænger mentionnait, en la faisant suivre d'un

point d'interrogation, cette indication de l'opération de Porro. Depuis lors, de nombreuses observations ont montré que la stérilisation des femmes ostéomalaciques avait une influence remarquablement favorable sur l'affection osseuse, et que la plupart des opérées par la méthode de Porro avaient pu, au bout de peu de temps, reprendre leurs occupations domestiques (Fehling). L'école de Vienne a contribué plus qu'aucune autre par ses observations à établir les avantages de l'opération radicale dans ces cas.

Piskacek montre que la proposition de Wiedow de faire dans ces cas à la fois la castration et la césarienne conservatrice, n'est justifiée que par la croyance erronée où sont encore quelques accoucheurs que la méthode conservatrice donne de meilleurs résultats et est plus facile à exécuter que l'opération de Porro. Après avoir assisté à 28 opérations césariennes dont 18 par la méthode de Porro, il est convaincu que cette dernière ne présente pas de plus grandes difficultés techniques. Pour la même raison, il rejette la double ligature des trompes et la section de celles-ci à l'aide du thermocautère de Paquelin. Nous sommes sur tous ces points d'accord avec lui. H. VARNIER.