peau et le tissu graisseux sous-cutané : cette incision doit avoir au moins 13 à 16 centimètres de longueur ; et, dans le cas où la petite stature de la femme ne permettrait pas, en la limitant aux points que nous venons d'indiquer, de lui donner cette étendue, on la prolongerait un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. L'opérateur divise ensuite, couche par couche, les plans aponévrotiques de la ligne blanche, et arrive sur le péritoine, auquel il fait d'abord une petite ouverture ; à travers cette ouverture, il dirige sur la face palmaire de l'index gauche un bistouri boutonné, avec lequel il agrandit l'incision. Le tissu de l'utérus est ensuite incisé avec précaution, couche par couche, jusqu'à ce qu'on découvre la surface des membranes ou du placenta ; on ouvre l'œuf par une simple ponction, puis on glisse le bistouri boutonné dans cette ouverture, et l'on agrandit l'incision de manière à lui donner 13 à 16 centimètres, et plutôt vers l'angle supérieur de la plaie extérieure que vers l'angle inférieur. Au moment où l'accoucheur rompt les membranes, l'aide qui est chargé d'écarter les bords de la plaie a le soin de bien maintenir les parois abdominales et utérines en contact. On opère ensuite l'extraction du fœtus, en le saisissant par l'extrémité qui se présente la première. Immédiatement après, l'utérus revient sur lui-même, opère le décollement du placenta qu'il pousse vers la plaie. On l'extrait alors, et avec lui la totalité des membranes, que l'on a eu le soin de réunir, par la torsion, en un seul cordon. S'il s'est épanché du sang dans la cavité utérine, on l'enlève, et l'on s'assure en même temps qu'aucun corps étranger ne bouche le col.

La plaie de l'utérus ne demande d'autre précaution que d'être bien nettoyée. Quant à celle des parois abdominales, on en réunit les bords à l'aide de deux ou trois points de suture enchevillée, en ayant l'attention de laisser, vers la partie inférieure un espace libre pour l'écoulement des fluides qui s'échappent de l'abdomen ; entre chaque point de suture on place des bandelettes de diachylon, par-dessus lesquelles on applique encore le bandage unissant ; quelques chirurgiens modernes n'emploient aucune suture et se servent exclusivement, pour réunir la plaie, de bandages unissants. Ainsi M. Lebleu (de Dunkerque) place d'abord sous la malade, et au niveau des vertèbres lombaires et des dernières dorsales, deux bandages de corps étroits, à extrémités digitées, puis, au-dessous d'eux, deux bandes de diachylon de 10 centimètres de largeur, mais assez longues pour s'entrecroiser au devant de la plaie, et coupées chacune en trois divisions, dans les trois quarts de leur étendue à partir de leurs extrémités. Après l'opération, les deux extrémités des bandes de diachylon sont appliquées d'abord sur la peau, puis, en s'approchant de la plaie, sur deux fortes compresses graduées, situées latéralement : on les entrecroise au niveau de l'incision, en laissant seulement un petit espace libre en bas. De la charpie, des compresses et les deux bandages de corps complètent l'appareil. Cette modification dans le pansement me paraît assez heureuse. On couvre la plaie de gâteaux de charpie enduits de cérat, de compresses carrées, et l'on maintient le tout par un bandage de corps modérément serré.

L'opération ainsi pratiquée a l'inconvénient de laisser l'utérus béant dans la cavité péritonéale ; de là l'écoulement probable du sang et des lochies qui tombent dans le péritoine, et l'inflammation consécutive de cette séreuse produit souvent la mort. Depuis longtemps déjà on a essayé d'obvier à ces accidents en pratiquant la suture de l'utérus ; mais l'épaisseur des parois de cet organe s'oppose à ce qu'on puisse recourber les bords de la plaie pour adosser la séreuse à elle-même ; on est donc obligé de faire une suture par simple rapprochement des deux lèvres de la plaie utérine. Ces tentatives n'ont pas été heureuses, et la suture utérine a été à peu près abandonnée.

Récemment, le docteur Lestocquoy (d'Arras) a modifié le manuel opératoire d'une façon très-ingénieuse. Ce chirurgien a pratiqué une suture utéro-pariétale en adossant la séreuse utérine à la séreuse qui tapisse la paroi abdominale antérieure. Voici comment il procède : l'opération est commencée dans les conditions ordinaires ; on incise la paroi abdominale, puis la paroi utérine, sans ouvrir les membranes de l'œuf. A ce moment on place des points de suture, séparés les uns des autres, en faisant passer l'aiguille au travers de toute l'épaisseur de la paroi utérine et de la paroi abdominale qui la recouvre. Quand le fil est lié, le péritoine utérin se trouve fortement appliqué contre le péritoine pariétal. Cinq ou six points de suture de chaque côté sont nécessaires pour que l'affrontement soit complet.

La suture faite, on ouvre l'œuf et l'on retire le fœtus. La suture précédemment placée a pour avantage immédiat d'empêcher la sortie des intestins et l'épanchement du sang dans le péritoine. L'œil plonge directement dans la cavité utérine ; la plaie est laissée béante, recouverte seulement par un pansement fait à plat, et à chaque visite on peut lever l'appareil et retirer les caillots qui pourraient se putréfier.

La tentative de M. Lestocquoy a été couronnée de succès, et sa malade a guéri après avoir eu des hémorrhagies graves. A mon avis, c'est là un progrès réel dans le manuel opératoire de l'opération césarienne. Cependant on peut reprocher à la suture utéro-pariétale de fixer la matrice à la paroi abdominale et de s'opposer à la rétraction, d'exposer par conséquent la malade à des hémorrhagies ; malgré tout, les avantages me paraissent supérieurs aux inconvénients.

J'ai pratiqué deux fois l'opération césarienne : la première fois, j'avais fait la suture utérine ; la seconde fois, j'eus recours à la suture utéro-pariétale. Les deux malades moururent de gangrène utérine ; la péritonite était au contraire peu étendue. Reste à savoir si la suture, en diminuant les cas de péritonite, ne favorisera pas l'apparition de la gangrène. Quoi qu'il en soit, les revers de l'opération césarienne sont tels que toutes les innovations dans cette opération doivent être suivies avec un grand intérêt.

Je suis donc disposé à employer de nouveau, le cas échéant, la suture utéro-pariétale, bien qu'elle ait amené, sous ma main, quelques complications dans l'exécution de l'opération. En pratiquant, en effet, mes incisions dans le cas dont j'ai parlé plus haut, je tombai en plein sur l'insertion placentaire. Des flots de sang s'écoulèrent, le placenta se décolla presque complétement, et, quand j'eus placé deux points de suture seulement, je pensai que je devais extraire le fœtus, dont la vie devait se trouver compromise par le décollement du placenta ; il était heureusement vivant, mais il avait déjà souffert et l'on fut obligé de lui donner quelques soins pour le ranimer. Je ne pus donc achever la suture utéro-pariétale qu'après l'extraction de l'enfant, et, à ce moment, je fus gêné par la sortie de l'intestin, et je ne pus pas empêcher tout écoulement de sang dans le péritoine. Heureusement l'insertion n'a pas lieu habituellement sur la paroi utérine antérieure, et, dans la plupart des cas, on n'aura pas à lutter contre les difficultés qu'elle fait naître alors, quand on veut pratiquer la suture utéro-pariétale.

Le traitement consécutif consiste à combattre les accidents inflammatoires et autres qui peuvent se manifester.

Parmi les moyens les plus propres à prévenir ces accidents inflammatoires, le docteur Metz (d'Aix-la-Chapelle) signale avec beaucoup d'insistance l'action du froid. Immédiatement après que l'accouchée est reportée dans son lit, on applique sur le ventre des compresses d'eau froide, auxquelles, au bout de quelques heures, on fait succéder la glace renfermée dans des vessies ; en même temps on donne des lavements d'eau froide, et l'on fait avaler de petits morceaux de glace concassée.

La malade, dit M. Metz, sent elle-même un bien-être qui résulte de l'action du froid. Cette sensation est un guide sûr pour juger du moment jusqu'auquel il est importun de l'employer. En effet, le froid finit par occasionner du malaise, et si l'on en prolongeait l'usage, il pourrait en résulter une réaction peu favorable. Si les lavements froids ou la glace par la bouche occasionnaient de la diarrhée, il faudrait les interrompre et les remplacer par les lavements amylacés et opiacés. Si, au contraire, les lavements ne suffisent pas pour produire de bonne heure des selles, il faudrait donner du calomel ou de l'huile de ricin.

Le froid n'a jamais pu contrarier l'accomplissement régulier des fonctions puerpérales.

M. Metz raconte huit observations qui lui sont propres. Une seule femme succomba. Cinq autres, appartenant, deux au docteur Vossen, une au docteur Kesselkaul, deux autres aux docteurs Kilian et Gentz, constatent aussi un résultat favorable. C'est donc douze succès sur treize opérations.

Pour nous, nous sommes très-disposé à adopter le conseil donné par M. Metz, car deux fois nous avons vu des dames nouvellement accouchées appliquer malgré nous sur le ventre et les seins des compresses froides sans aucun inconvénient. Nous ne sommes donc nullement effrayé par les désordres qu'à priori peut faire craindre l'application prolongée du froid ; mais nous avouons ne pas pouvoir considérer les résultats obtenus par M. Metz comme aussi rassurants qu'il les croit être. Très-probablement, l'avenir lui ménage de cruels mécomptes. Toutefois, nous avons été impressionné par le mémoire du médecin d'Aix-la-Chapelle, et nous n'avons pas hésité à recommander un moyen qui lui a donné de pareils résultats, bien convaincu d'ailleurs qu'il n'offre aucun inconvénient sérieux.

Plusieurs modifications ont été proposées dans les procédés opératoires. Nous ne croyons pas utile de les mentionner tous, car les succès qu'on leur attribue sont dus, à notre avis, bien plus aux conditions spéciales dans lesquelles ces opérations ont été faites, qu'aux modifications plus ou moins ingénieuses proposées par les auteurs.

Il en est une pourtant qui, au moins par les espérances que dès l'abord elle avait fait concevoir, mérite d'être mentionnée : c'est celle qui consiste à pratiquer l'opération sans intéresser le péritoine ; pour cela on fait une section immédiatement au-dessus du ligament de Fallope et l'on repousse le péritoine en haut comme dans la ligature de l'artère iliaque externe ; le vagin est ensuite

incisé par cette plaie. En évitant l'incision de la séreuse on prévient sûrement les épanchements de sang et de matières sanieuses ou purulentes dans sa cavité, et l'on soustrait ainsi la malade à la cause la plus active de mort. Malheureusement cet avantage est largement compensé par les difficultés de l'opération, par le nombre de vaisseaux qui sont lésés, et par les inflammations dont peut être la cause le décollement étendu du péritoine ; aussi cette méthode est-elle aujourd'hui complétement abandonnée.

Opération césarienne vaginale. — On donne ce nom aux incisions que l'on pratique quelquefois sur le col ou sur la partie de l'utérus qui fait saillie dans le vagin. Nous avons décrit cette opération à la page 718 ; nous n'y reviendrons pas ici.

§ II. — Opération césarienne post mortem.

Toutes les fois qu'un médecin est appelé auprès d'une femme enceinte qui vient d'expirer, il doit, après avoir constaté avec le plus grand soin la mort réelle, pratiquer l'opération césarienne. La mort du fœtus ne précède pas toujours celle de la mère, et l'on a plusieurs fois conservé la vie à des enfants extraits plus de dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure même après le dernier soupir de la femme.

M. Villeneuve (de Marseille), dans un mémoire publié en 1862, a rassemblé un certain nombre de faits où la survie de l'enfant avait été réellement constatée. C'est ainsi que quatre enfants ont dû la vie à l'opération pratiquée immédiatement après la mort de la femme. Cinq autres ont été extraits vivants après avoir séjourné dans l'utérus, de dix à trente minutes après la mort de la mère. Après une demi-heure, les succès deviennent très-rares : deux cas, après deux heures ; un, après deux heures et demie ; un, après trois heures ; un, après quatre heures et demie. Bien que l'opération soit le plus souvent inutile lorsqu'un temps plus long s'est écoulé, il faut encore la pratiquer, car quelques faits, dont je ne garantis pas l'authenticité, semblent prouver que la vie du fœtus a pu se maintenir intacte pendant dix, quinze et même vingt-quatre heures.

L'opération césarienne ayant pour but de sauver la vie de l'enfant, il est inutile de l'entreprendre avant sa viabilité, c'est-à-dire avant la fin du sixième mois ; l'opération qu'on pratiquerait avant ce terme n'aurait pour résultat que de satisfaire l'intérêt religieux. On devra se hâter le plus possible, parce que quelques minutes suffisent en général pour que la mort de l'enfant soit consommée. Souvent même le fœtus succombe avant sa mère ou en même temps qu'elle, et l'opérateur, après de vives émotions, est presque toujours déçu dans son espérance. Aussi, M. Depaul pense qu'on doit pratiquer l'auscultation et rechercher les battements de cœur fœtal avant de se décider à faire la section césarienne ; si le cœur bat, il faut opérer au plus vite ; si l'auscultation est négative, il faut, dit ce professeur, s'abstenir de faire une opération inutile. En suivant ces conseils, on ne pratiquerait, il est vrai, l'opération césarienne *post mortem* que dans des conditions très-favorables, mais on perd un temps précieux en recherches un peu longues ; l'enfant peut d'ailleurs être vivant sans que les battements du cœur soient perçus ; on s'expose donc à s'abstenir sans être absolument certain de la mort du fœtus. Mieux vaut donc prendre une décision plus rapide, au risque de n'extraire qu'un petit cadavre de la cavité utérine.

Je ferai cependant une exception pour les cas où le médecin aurait été appelé au moment de l'agonie de la femme, et aurait constaté tout d'abord l'intégrité des battements du cœur fœtal et leur disparition quelques minutes plus tard. Ici, en effet, on aurait réellement assisté à la mort de l'enfant à l'aide du stéthoscope ; je crois donc qu'on devrait s'abstenir.

Avant d'opérer, le médecin doit s'assurer par tous les moyens possibles que la mort de la femme est bien réelle ; quelques faits ont, en effet, montré que la mort pouvait n'être qu'apparente. Dans tous les cas, c'est donc un devoir de faire l'incision des parois abdominales et utérines avec les mêmes précautions que pendant la vie, et de vider préalablement la vessie. Un aide doit aussi appliquer ses mains sur les parois abdominales pour refouler les intestins en arrière et empêcher leur sortie ; sans cette précaution l'opération serait presqu'à coup sûr retardée par l'embarras qu'ils causeraient au chirurgien.

Accouchement forcé post mortem. — Si la femme succombe seulement pendant le travail, il faut s'assurer immédiatement de l'état des organes génitaux ; car, quoique le travail fût commencé depuis peu de temps, ces parties, offrant après la mort beaucoup moins de résistance, ont quelquefois permis d'extraire le fœtus par la version ou l'application du forceps. Cette dernière opération serait même rigoureusement indiquée si la tête du fœtus était déjà plongée dans l'excavation. L'opération césarienne rendrait alors, en effet, son extraction excessivement difficile, si ce n'est pas complétement impossible ; plusieurs faits ont prouvé l'impuissance des tractions pratiquées sur le tronc du fœtus à travers l'incision abdominale.

Dans ces dernières années, quelques observations ont même démontré qu'on pouvait, sur une femme enceinte, morte avant tout travail, provoquer l'accouchement forcé, dilater le col, introduire la main dans l'utérus, faire la version et extraire l'enfant par les voies génitales. Après la mort, en effet, les fibres musculaires se relâchent, et ce qui aurait été impossible sur la femme vivante devient praticable sur le cadavre ; mais, à moins de circonstances exceptionnelles, on ne peut réussir qu'en employant beaucoup de force et de temps. M. Duparcque a pris, chez nous, l'initiative de cette opération, qui a trouvé quelques partisans, surtout en Italie et en Belgique.

Malgré les avantages incontestables que présente ce mode de délivrance, dit M. Perrin, relativement à la femme, et quoiqu'il soit exempt des inconvénients attachés à l'opération césarienne, on ne saurait mettre en parallèle les deux modes de délivrance relativement au but principal : sauver l'enfant dont la vie est compromise et qui va s'éteindre dans le sein de sa mère. L'opération césarienne a, sans contredit, une prééminence considérable par la facilité, la promptitude de son exécution et parce qu'elle respecte l'enfant, auquel elle ne porte pas la plus légère atteinte ; tandis que dans l'accouchement forcé les manœuvres pour préparer les voies font perdre un temps précieux, et les violences exercées sur l'enfant par la version ou la compression et traction par le forceps peuvent ou le tuer ou éteindre l'étincelle de la vie qui l'anime encore (Perrin, rapport publié en 1864).

CHAPITRE X

DE L'EMBRYOTOMIE

On a donné ce nom à une opération par laquelle on divise les parties du fœtus pour les extraire les unes après les autres, lorsqu'il est impossible de l'extraire autrement. Elle consiste tantôt dans de simples ponctions ou incisions pratiquées sur la tête, la poitrine ou l'abdomen, pour en diminuer le volume ; tantôt elle a pour but de diviser le corps en plusieurs parties.

Nous avons déjà vu comment, lorsqu'une quantité considérable d'eau est accumulée dans la tête, la poitrine ou le ventre, on parvient facilement à évacuer le liquide qui augmente leur volume par une simple ponction faite avec un bistouri étroit, ou mieux encore un trocart : nous n'y reviendrons pas. (Voyez *Hydrocéphalie.*)

Toutes les fois qu'il existe un obstacle insurmontable à l'expulsion spontanée du fœtus, et que l'application du forceps est incapable d'en opérer l'extraction, il faut, si le fœtus est mort, où si l'on a des raisons suffisantes pour croire à sa viabilité détruite par la longueur forcée du travail, avoir recours à l'embryotomie. Cette opération se pratique en Angleterre bien plus souvent qu'en France ; car, à moins de nécessité absolue, la plupart des accoucheurs anglais, proscrivant l'opération césarienne et la symphyséotomie, n'hésitent pas à mutiler l'enfant, alors même qu'il est encore vivant. On a vu, dans les chapitres précédents, que nous admettons complétement cette dernière opinion.

L'embryotomie n'est pas une conquête nouvelle de l'obstétrique : on trouve, en effet, dans Hippocrate plusieurs passages qui s'y rapportent, mais chaque jour elle se perfectionne et se rapproche davantage des opérations les mieux réglées de la chirurgie. L'embryotomie se pratique de plusieurs manières, suivant les cas : tantôt on perfore seulement le crâne, c'est à cette perforation que nous donnerons spécialement le nom de *craniotomie ;* tantôt on écrase la tête avec un céphalotribe, et l'opération prend le nom de *céphalotripsie ;* tantôt, enfin, on pratique la section du cou ou du tronc. Nous décrirons donc successivement, dans trois articles séparés : 1° la craniotomie ; 2° la céphalotripsie ; 3° l'embryotomie par section du cou ou du tronc.

ARTICLE PREMIER

DE LA CRANIOTOMIE

On a souvent désigné sous le nom de *craniotomie* toutes les opérations d'embryotomie pratiquées sur la tête de l'enfant, de quelque nature qu'elles fussent ; nous croyons qu'il vaut mieux réserver ce mot pour indiquer uniquement la perforation du crâne, et c'est avec ce sens restreint que nous nous en servirons.

Les instruments destinés à perforer le crâne sont nombreux, nous ne décrirons que les plus utiles ou les plus répandus ; nous mentionnerons cependant, en pre-