

des cas, on peut, à l'aide de l'expression abdominale, la faire descendre dans le bassin assez bas pour qu'elle soit saisie par le céphalotribe, de beaucoup le meilleur instrument d'extraction. La perforation préalable n'est pas nécessaire, parce que la substance cérébrale s'échappe par l'ouverture du canal vertébral. Pour réussir, il faut fixer et abaisser fortement la tête par compression externe, autrement elle risquerait de glisser hors des mors de l'instrument. Si l'on n'a pas un céphalotribe sous la main, on peut se servir du perforateur et du forceps à craniotomie. Mais parfois il n'est pas aisé de faire la perforation, à cause de la mobilité de la tête. Quand elle est perforée, on introduit une branche du forceps à craniotomie, dans l'intérieur, l'autre à l'extérieur du crâne, et on tire doucement la tête.

Éviscération.

La seconde opération, l'éviscération, est un procédé beaucoup plus complexe et plus difficile, qu'on emploie seulement lorsque le cou est inaccessible. On débute par perforer le thorax, au point le plus déclive, en faisant l'ouverture aussi large que possible, pour en vider le contenu. Les viscères thoraciques en sont extraits par morceaux, après avoir été écrasés par le perforateur, ceux de l'abdomen s'échappent ensuite à travers le diaphragme qui a été traversé. Le but est d'amener l'aplatissement du tronc, et la descente de l'extrémité pelvienne, comme dans l'évolution spontanée. L'opération est facilitée par la section de la colonne vertébrale avec une forte paire de ciseaux, introduits par l'ouverture faite au thorax. Le tronc se ploie comme sur une charnière, et son expulsion devient facile. C'est ici que le crochet trouve son application; il peut être enfoncé dans la cavité abdominale, et fixé en un point quelconque du bassin de l'enfant, ce qui permet de faire une traction énergique sans risques de lésions pour les parties maternelles. On comprend que ce procédé, par sa longueur et ses difficultés, doive être une des opérations obstétricales les plus fatigantes; il est certainement inférieur, sous tous les rapports, à la décollation, aussi n'a-t-on recours à lui que lorsque cette dernière opération est impraticable.

La décollation est une opération plus simple.

## CHAPITRE VI

### OPÉRATION CÉSARIENNE. — SYMPHYSÉOTOMIE. LAPARO-ELYTROTOMIE.

La section césarienne est l'opération obstétricale qui a peut-être donné lieu aux plus longues discussions, et il existe encore bien des divergences sur ses limites et ses indications. On ne connaît pas avec certitude l'époque à laquelle elle fut faite pour la première fois. Elle paraît avoir été pratiquée par les Grecs, après la mort de la mère; et Pline raconte que Scipion l'Africain et Manlius naquirent grâce à ce procédé. On dit que le nom de César fut donné aux enfants ainsi nés, puis devint le nom protonymique de la famille. Ces enfants étaient consacrés à Apollon, d'où vint l'usage de mettre sous la protection spéciale de la famille des Césars tous les sacrifices adressés à ce dieu. Plusieurs hommes célèbres passent pour avoir dû la vie à cette opération, entre autres Esculape, Jules César, et le roi Edouard VI. Il est prouvé, en ce qui concerne les deux derniers, que la tradition est sans fondement. Sans aucun doute, l'opération fut toujours pratiquée sur les femmes qui mouraient à une période avancée de la grossesse, et, à différentes époques, elle fut sanctionnée par la loi. Ainsi, chez les Romains, Numa décréta que nulle femme enceinte ne serait enterrée sans que le fœtus n'ait été préalablement extrait par la section césarienne. Les lois italiennes la rendirent obligatoire, et l'opération a toujours eu le puissant appui de l'Église ro-

Historique de l'opération césarienne.

Sanctionnée par la loi à diverses époques.

maine. Vers le milieu du dix-huitième siècle, le roi de Sicile condamna à mort un médecin qui avait négligé de faire l'opération. Le premier exemple authentique chez une femme vivante date de 1491. Elle fut ensuite pratiquée par Nufer en 1500 ; et en 1581 Rousset publia un mémoire dans lequel il rapporte un grand nombre d'observations suivies de succès. Les ouvrages anglais de cette époque n'en parlent pas, bien qu'elle fût incontestablement pratiquée sur le Continent, et à un tel point que l'abus en devint presque proverbial. Nous sommes certains, cependant, que l'opération était assez connue en Angleterre, puisque Shakespeare nous dit :

« ..... Macduff fut extrait avant terme du ventre de sa mère. »

Parmi les médecins de cette époque, Paré et Guillemeau se firent remarquer par leur hostilité contre l'opération ; d'autres au contraire la soutinrent avec la même énergie.

En Angleterre l'opération a presque toujours été faite dans de mauvaises conditions.

En Angleterre, c'est à peine si elle a jamais été pratiquée de manière à offrir les plus légères chances de succès. On l'a toujours considérée comme presque fatalement mortelle pour la mère, et on l'a différée jusqu'à ce que la femme fût arrivée au dernier degré de l'épuisement. Par exemple, en se reportant aux observations anglaises, il n'est pas rare de trouver que la section césarienne fut pratiquée deux, trois et même six jours après le commencement du travail<sup>1</sup>, alors que la femme était presque moribonde. Sauf de très-rares exceptions dans ces dernières années, on faisait l'opération pour ainsi dire au hasard, presque toujours après de longues et infructueuses tentatives d'accouchement par la craniotomie, les parties maternelles ayant déjà été soumises aux contusions et à la violence. On n'essayait que fort peu d'obvier aux dangers bien connus des opérations abdominales ; on ne prenait aucun souci d'empêcher le sang et les autres liquides de fuser dans la cavité péritonéale, et on n'avait aucun moyen de les enlever ensuite. Il n'est donc pas étonnant que la mortalité ait été considérable ; il l'est bien davantage d'avoir obtenu quelques guérisons.

Il n'est pas surprenant que la mortalité ait été aussi grande.

1. Voir Radford, *On Cæsarean Section*, p. 15.

Ce que nous savons de l'ovariotomie, de sa grande mortalité au début, des précautions excessives, et en apparence exagérées, qui sont indispensables à son succès, tout nous autorise à conclure que si la section césarienne est faite, ainsi que nous espérons qu'elle le sera toujours dans l'avenir, avec la même attention aux moindres détails, les résultats ne seront pas tout à fait aussi défavorables. Ces réserves faites, on doit admettre que la section césarienne ne donne presque nécessairement qu'une espérance vague ; et, par ces observations, je n'ai nullement l'intention de critiquer la règle établie par la pratique anglaise, à savoir qu'elle n'est pas admissible comme opération de choix, et qu'on doit y avoir recours seulement lorsque l'accouchement *per vias naturales* est absolument impossible.

La mortalité, telle qu'elle ressort des statistiques de sources diverses, varie tellement que nous devons accepter ces chiffres avec les plus grandes réserves. Radford, sur 77 opérations faites en Angleterre, en trouve 66 ou 85,71 pour cent qui furent mortelles, et 11 ou 14,28 pour cent qui réussirent. Michaelis et Kayser, sur 258 et 338 cas, en trouvent respectivement 54 et 64 pour cent de mortels. Ces statistiques renferment les opérations pratiquées dans toutes les conditions, même lorsque les femmes étaient presque moribondes ; et jusqu'à ce que nous possédions un nombre suffisant d'exemples montrant quel est le résultat dû à l'opération elle-même, entreprise à une période assez rapprochée du début du travail, et pratiquée avec les soins nécessaires, il nous sera impossible d'arriver à une appréciation exacte des chances de la section césarienne. Elle n'est pas fatalement mortelle, et nous savons que sur le Continent, où l'on a recours à elle plus souvent et plus tôt qu'en Angleterre, on rapporte des cas authentiques dans lesquels l'opération a été pratiquée deux fois, trois fois et, dans un cas, jusqu'à quatre fois chez la même femme. Kayser pense que la seconde opération offre plus de chances de succès que la première chez la même femme, probablement parce que les adhérences péritonéales consécutives à la première opération

Les statistiques ne doivent inspirer que peu de confiance.

L'opération a été pratiquée avec succès plusieurs fois chez la même femme.

*Radford*

ont séparé la cavité abdominale générale de la section utérine; et il croit que la mortalité n'est alors que de 29 pour cent.

Résultats pour l'enfant.

De même, la mortalité des enfants ne peut être déterminée par les tables statistiques, parce que, dans la grande majorité des cas où l'on a extrait des enfants morts, le résultat n'a aucun rapport avec l'opération. Elle ne peut en effet affecter en rien l'enfant. S'il est vivant lorsqu'on commence l'opération, il est très-probable qu'on l'extraira vivant, et cette conclusion de Radford est à peu près exacte : « Le danger que courent les enfants n'est pas beaucoup plus grand dans les sections césariennes que dans le travail naturel, pourvu que l'opération soit faite d'après les vrais principes pratiques. »

Indications de l'opération.

La section césarienne est pratiquée lorsqu'il y a une telle disproportion entre l'enfant et les parties maternelles qu'on ne pourrait en extraire le fœtus, même mutilé. C'est presque toujours dans les cas de bassins viciés soit par le rachitisme, soit par l'ostéomalacie. Cette dernière affection peut être observée chez une femme autrefois en bonne santé et qui a donné naissance à des enfants vivants. Elle provoque plus fréquemment les rétrécissements extrêmes que le rachitisme; sur 77 exemples rassemblés en Angleterre par Radford, 43 fois la déformation était due à l'ostéomalacie, 14 fois seulement au rachitisme. Dans certains cas, le bassin lui-même peut avoir ses dimensions normales, mais l'excavation est occupée par une tumeur solide de l'ovaire, de l'utérus lui-même, ou des parois pelviennes osseuses. L'obstacle peut également dépendre d'un état morbide des parties molles, le plus souvent d'une affection maligne avancée du col utérin, ou d'autres affections encore. Ainsi le Dr Newman<sup>1</sup> rapporte une observation dans laquelle il pratiqua la section césarienne à cause d'une résistance insurmontable et d'une obstruction du col, qu'il supposait être alors de nature maligne. La femme guérit, et plus tard accoucha naturellement, sans aucune particularité anormale. Ceci prouve que l'affection n'était sans doute pas de nature maligne, peut-

Rétrécissements du bassin.

Tumeurs de la cavité pelvienne.

Obstacles dus aux parties molles.

1. *Obst. Trans.*, vol. VIII, p. 343.

être une exsudation inflammatoire étendue dans le tissu du col, résorbée ensuite. J'ai assisté moi-même à une section césarienne pratiquée à Calcutta en 1857, nécessitée par un exsudat qui remplissait complètement l'excavation et avait succédé à une cellulite pelvienne étendue ou à une hématocele.

Les accoucheurs ont assigné à l'opération des limites diverses. La plupart des auteurs anglais sont d'avis qu'on ne doit pas y avoir recours, si le plus petit diamètre du bassin dépasse 38 millimètres. Nous avons déjà soulevé cette question en discutant la craniotomie, et on a vu qu'un fœtus mutilé pouvait être entraîné à travers un bassin qui aurait seulement 38 millimètres de diamètre antéro-postérieur, pourvu que le diamètre transverse ait 7 centimètres et demi ou davantage. S'il n'existe pas un espace suffisant pour la manœuvre des instruments, la section césarienne peut être absolument nécessaire, lors même que le diamètre antéro-postérieur a plus de 4 centimètres. Cela arrive surtout lorsque nous avons affaire à une déformation par ostéomalacie, avec rétrécissement de l'excavation et du détroit inférieur du bassin, le véritable diamètre conjugué étant quelquefois même plus long. Sur le Continent, la section césarienne est constamment pratiquée, comme opération d'élection, lorsque le plus petit diamètre mesure de 5 à 6 centimètres; lorsque l'enfant est vivant et qu'on en a la certitude, quelques auteurs étrangers recommandent d'opérer même avec 7 centimètres et demi de diamètre antéro-postérieur. En Angleterre, où nous considérons la vie de l'enfant comme beaucoup moins précieuse que celle de la mère, nous ne pouvons fixer une limite pour l'opération lorsque l'enfant est vivant, et une autre lorsqu'il est mort. Et je ne pense pas que nous puissions admettre comme une justification de l'opération le désir de la mère de courir les risques, plutôt que de voir sacrifier son enfant, bien que Schröder<sup>1</sup> en ait fait une indication. Quels que soient les dangers de la craniotomie dans un rétrécissement extrême, il est incontestable que nous devons la prati-

Limites de l'obstacle qui nécessitent l'opération.

Sur le Continent elle est pratiquée plus souvent.

La craniotomie doit lui être préférée toutes les fois qu'elle peut être faite.

1. *Manual of midwifery*, p. 202.

quer toutes les fois qu'elle est faisable, et ne recourir à la section césarienne que lorsque tous les autres moyens sont devenus impossibles.

Je crois donc qu'il n'est pas nécessaire de discuter cette question, à savoir si nous sommes autorisés à mutiler le fœtus dans plusieurs grossesses successives, lorsque la mère sait qu'elle ne peut donner naissance à un enfant vivant. Denman le premier prétendit qu'il était inconvenant de répéter la craniotomie sur la même femme. Parmi les accoucheurs modernes, Radford émet une opinion absolument tranchée, et enseigne, sans restrictions, que même lorsque l'accouchement est possible par la craniotomie, « comme elle n'est justifiée par aucun principe, mais sanctionnée seulement par les dogmes de l'École ou par l'usage, » on doit pratiquer l'opération césarienne pour sauver la vie de l'enfant. Il y aurait beaucoup à dire sur cette opinion; néanmoins, c'est un homme hardi celui qui choisit carrément l'opération césarienne pour de semblables raisons. Il vaut mieux souhaiter que l'accouchement prématuré provoqué ou l'avortement nous évite toujours la nécessité de trancher une question si délicate.

Section césarienne  
post-mortem.

On peut aussi pratiquer la section césarienne lorsque la femme est morte pendant la grossesse ou le travail. C'était là l'indication première de son emploi, et elle a constamment été faite lorsqu'une femme enceinte mourait à une période avancée de la gestation. Il n'y a pas de doute qu'une prompt extraction de l'enfant dans de telles circonstances ait fréquemment sauvé sa vie, mais cependant beaucoup moins souvent qu'on ne le suppose. Ainsi Schwartz <sup>1</sup> a montré que, sur 107 opérations ainsi faites, on ne retira pas un seul enfant vivant. Vिलeneuve <sup>2</sup> cependant rapporte quelques exemples de succès dont 4 dans des opérations faites immédiatement après la mort de la mère, et 5 à des périodes variant de dix minutes à une demi-heure.

1. *Monat. f. Geburt. suppl.*, vol. 1861, p. 121.  
2. *Opérat. césar. après la mort*. Paris, 1862.

L'insuccès tient sans doute à ce que l'opération ne peut pas être pratiquée assez tôt; le chirurgien, en effet, est rarement présent au moment du décès, il faut en outre un certain temps pour s'assurer que la femme est bien morte, et c'est assez pour causer la perte de l'enfant. Si nous réfléchissons aux relations intimes qui unissent la mère à l'enfant, nous pouvons à peine espérer que ce dernier conserve la vie plus d'un quart d'heure, ou au maximum une demi-heure, après qu'elle a cessé chez sa mère. Les observations dans lesquelles on raconte qu'un enfant fut extrait vivant, dix, douze et même quarante heures après la mort, se rapportent probablement à des cas de léthargies ou d'évanouissements prolongés pendant lesquels on a extrait le fœtus. Cependant on cite quelques cas authentiques dans lesquels il est probable que l'opération fut faite avec succès quelques heures après la mort. Un exemple bien connu et très-intéressant est celui de la princesse de Schwartzenburg, qui périt un soir dans un incendie à Paris, et dont on retira de l'utérus un enfant vivant le lendemain matin. Mais l'authenticité du fait est contestable.

Insuccès de l'opération post-mortem.

Lorsqu'il existe une chance, si légère soit-elle, de sauver la vie de l'enfant, nous sommes tenus de pratiquer l'opération, lors même qu'il s'est écoulé depuis la mort assez de temps pour rendre le succès extrêmement improbable. Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur la nécessité de nous assurer de la mort de la mère avant de commencer les incisions; mais, malheureusement, nous connaissons des exemples où l'on fit une erreur de diagnostic et où l'on s'aperçut que la femme était encore vivante après avoir donné les premiers coups de bistouri. C'est une raison pour pratiquer l'opération avec le même soin et les mêmes précautions que si la femme était vivante. Si la mort survient pendant le travail, quelques auteurs ont conseillé de préférence la version. On peut en effet y recourir avec quelques chances de succès, mais seulement lorsque les parties maternelles sont dans des conditions qui permettent de terminer l'accouchement avec rapidité; autrement le temps perdu à

Nous sommes cependant autorisés à la pratiquer dans certaines circonstances.

Version après la mort de la mère.

attendre la dilatation, même faite par la force, et celui qu'exige le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne ne permettront probablement pas de réussir. Le seul argument en faveur de la version, c'est qu'elle est moins pénible pour la femme ; et il n'y a aucune raison pour ne pas essayer de sauver l'enfant par ce procédé, si l'on manifeste trop d'objections contre la section césarienne.

Causes de la mort après la section césarienne.

On peut ranger sous quatre chefs principaux les causes de mort après la section césarienne : l'hémorrhagie, la péritonite et la métrite, l'ébranlement nerveux, et la septicémie. Ce sont à peu près les mêmes que celles de l'ovariotomie, et la ressemblance entre les deux opérations est si grande qu'on peut prendre pour guides, dans les soins consécutifs de la section césarienne, les préceptes appliqués par la chirurgie moderne au traitement de la femme qui a subi l'ovariotomie.

L'hémorrhagie est fréquente, mais rarement mortelle.

L'hémorrhagie est une complication qui prend souvent de grandes proportions, tout en étant rarement mortelle. Ainsi, sur 88 opérées dont les particularités ont été soigneusement notées, 14 fois on eut une hémorrhagie grave ; dans 6 de ces cas la femme guérit, dans 4 seulement on put attribuer la mort à la perte de sang. Une fois la source de l'hémorrhagie n'est pas mentionnée, une autre fois elle vint de la section des parois abdominales, les deux autres fois de l'incision utérine, qui avait été faite directement sur le placenta. Dans ces deux derniers cas, l'hémorrhagie ne fut pas mortelle immédiatement ; arrêtée d'abord par les contractions utérines, elle reparut après plusieurs heures. La section des sinus utérins, et les orifices béants des vaisseaux au siège de l'insertion placentaire, telles sont les sources les plus communes de l'hémorrhagie.

Moyens d'éviter les dangers de l'hémorrhagie.

On peut diminuer beaucoup les risques de l'hémorrhagie ; mais, même avec les plus grandes précautions, elle est toujours une cause de danger. Le meilleur moyen de prévenir celle qui naît des parois abdominales est de faire l'incision autant que possible sur la ligne blanche pour ne pas toucher les artères épigastriques, et de lier tous les vaisseaux sec-

tionnés à mesure qu'on avance. La perte de sang la plus considérable se produit lorsqu'on divise l'utérus ; et elle l'est d'autant plus que l'incision se rapproche davantage de l'insertion placentaire, point où se trouvent les plus gros vaisseaux. On recommande de s'assurer du siège de cette insertion en auscultant l'utérus, afin d'éviter, si c'est possible, d'ouvrir l'organe près de cette région. Mais, en admettant même que le souffle placentaire puisse nous indiquer le siège de l'organe, lorsque le placenta sera fixé à la paroi utérine antérieure, la connaissance de sa situation ne nous permettra pas toujours de faire notre incision ailleurs qu'en son voisinage immédiat. S'il est inséré au-dessous de notre incision, nous devons plutôt espérer enrayer l'hémorrhagie en le décollant complètement et en vidant l'utérus avec rapidité. Lorsque l'enfant a été extrait, il peut se produire un fort écoulement de sang, mais il est généralement arrêté par la rétraction utérine, de la même manière que dans l'accouchement naturel. Si la rétraction ne se produit pas, on pourra comprimer fortement l'utérus pour exciter son action. Cette méthode est conseillée par Winckel, qui a une grande expérience de l'opération ; au moyen d'une compression énergique, et en se faisant une règle de ne pas fermer la plaie avant que l'utérus ne soit fortement rétracté, il n'a jamais eu d'accidents hémorrhagiques. Si l'écoulement persiste, on fera des applications astringentes, comme dans l'observation rapportée par Hicks, où il fut obligé de badigeonner la cavité utérine avec une solution de perchlorure de fer.

La métrite et la péritonite sont des causes de mort très-fré- Péritonite et métrite. quentes. Kayser, sur 123 insuccès, leur en attribue 77.

La section seule du péritoine n'explique point la fréquence de cette complication ; elle survient beaucoup plus souvent qu'après l'ovariotomie, et dans cette dernière opération la blessure du péritoine est aussi grande, plus grande même, si nous comptons les adhérences qu'on doit sectionner ou détruire.

La division de l'utérus peut être regardée comme une cause de ce danger. Le Dr West attache une grande importance à cet