En cherchant à apprécier les indications de cette opération, nous sommes loin, comme on le voit, de pouvoir nous en tenir aux règles posées par ses partisans. Loin d'être précises et rigoureuses comme ils pensaient, ces règles ne présentent au praticien que vague et incertitude. Si, oubliant pour un instant les discussions théoriques, nous envisageons la question à son point de vue pratique, nous arrivons à peu près forcément à cette conclusion, que la symphyséotomie n'est plus praticable dans l'état actuel de la science.

Indépendamment, en effet, des difficultés que l'on a quand on veut préciser ces indications, il ne faut pas croire que l'opération soit aussi innocente qu'ont bien voulu le dire Sigault et Alphonse Leroy; et pour comprendre la sévérité de nos conclusions il suffit de se rappeler les nombreux accidents auxquels donne lieu la symphyséotomie : accidents si graves que, d'après Baudelocque, sur quarante et une femmes opérées, quatorze succombèrent et treize enfants seulement naquirent vivants. Je ne parle pas ici des infirmités nombreuses qui empoisonnèrent l'existence de la plupart des malades qui survécurent à l'opération.

Manuel opératoire. — L'opération est des plus simples. La femme, placée dans la même position que pour l'application du forceps, est convenablement maintenue par des aides; on vide la vessie, on laisse la sonde dans l'urèthre, et l'on s'en sert pour ranger le méat urinaire du côté droit, afin de le mettre à l'abri de l'instrument tranchant. L'opérateur, pressant sur la peau qui recouvre le pubis, reconnaît le lieu précis où se trouve la symphyse. Un aide tire la peau de manière à la remonter en haut le plus possible. Le chirurgien fait une première incision, qui doit commencer à 1 centimètre au-dessus de la symphyse et se prolonger jusqu'au-dessus du clitoris et un peu à gauche. Cette incision, qui doit comprendre toutes les parties molles, doit tomber sur le milieu de l'articulation. On incise ensuite le ligament interpubien avec ménagement, afin d'éviter la lésion de la vessie, et, quand il est presque complétement divisé, on redouble de précautions. Cette section, une fois opérée, est promptement suivie de l'écartement des pubis. On confie le reste de l'accouchement à la nature, si les forces de la femme sont suffisantes et les contractions assez énergiques; dans le cas contraire, on applique le forceps, ou l'on termine par la version pelvienne et des tractions sur les membres inférieurs. Après la délivrance, on nettoie la femme, on lie les vaisseaux quand il y en a eu quelques-uns de divisés; puis on rapproche les pubis, et l'on réunit la plaie extérieure par des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et un bandage de corps recouvre le tout. Pendant les jours qui suivent, on combattra avec soin les accidents qui pourront se manifester. Dans les cas les plus heureux, ce n'est guère qu'après trois ou quatre mois que la consolidation de la symphyse a été complète. On a vu des femmes chez lesquelles on ne l'a jamais obtenue, et qui cependant ont fini par pouvoir marcher. Il se forme alors, dit Alphonse Leroy, un tissu cellulo-fibreux qui, remplissant le vide de la symphyse, conserve à l'articulation toute sa solidité.

Ce procédé est encore le plus généralement suivi; plusieurs modifications

ont été proposées; la plupart ont pour but d'éviter plus sûrement la lésion de l'urèthre. Elles n'ont pas une grande importance.

Attribuant au contact de l'air sur les lèvres de la plaie et les surfaces articulaires les accidents qui résultaient de la symphyséotomie, M. Imbert (de Lyon) a proposé de diviser le cartilage interpubien sans intéresser la peau. C'est un procédé assez facile, mais qui nous paraît ne prévenir que la plus petite partie des accidents consécutifs à l'opération. C'est bien moins en effet dans l'inflammation de la symphyse pubienne, que dans les désordres causés par l'écartement des symphyses sacro-iliaques, qu'il faut voir la cause des dangers nombreux auxquels la femme est exposée après l'opération.

Ce que je viens de dire s'applique complétement à la pubiotomie, que le professeur Stoltz conseille aussi de pratiquer par la méthode sous-cutanée. Après l'opinion que j'ai formulée sur l'opération en elle-même, je crois inutile d'insister sur la valeur des divers procédés opératoires; je crois devoir cependant faire connaître celui du professeur de Strasbourg. Bien que l'expérience n'ait pas encore prononcé, il me paraît offrir en effet des chances plus favorables.

Il consiste à diviser un des pubis près de la symphyse au moyen de la scie à chaînette et sans faire d'incision à la peau. Pour cela on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus, préalablement rasé, au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure des pubis, en rasant l'os, et l'on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguill a entraîné la scie; on adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et, la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté, ou s'opérer par la pression de la tête ou du tronc du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement.

Je le répète, l'expérience n'a pas encore prononcé sur les modifications proposées par MM. Imbert et Stoltz.

CHAPITRE IX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

L'opération césarienne, ou hystérotomie, est une opération qui consiste dans une incision pratiquée aux parois abdominales et à celles de l'utérus pour extraire le fœtus.

Avant d'être pratiquée sur la femme vivante, l'hystérotomie était depuis long-

temps conseillée dans le cas où une femme enceinte mourait sans être délivrée. Sans vouloir faire intervenir l'antiquité avec ses merveilles, et les poëtes avec leurs mystères, il est facile de recourir à des sources dignes de foi. Ainsi, Valère Maxime parle de la naissance posthume du philosophe Gorgias, et on lit dans Pline que la vie des deux hommes célèbres, Scipion l'Africain et Manlius, fut sauvée grâce à loi de Numa qui défendait d'inhumer une femme morte dans l'état de grossesse sans lui avoir ouvert le ventre. Cette loi sage et si prudente a été acceptée par le christianisme, et l'on sait que de nos jours encore elle est en grande vigueur dans l'Église romaine.

On ne sait pas précisement à quelle époque l'opération césarienne fut pratiquée sur la femme vivante. Mansfeld (de Brunswick) a fait de grands efforts pour en trouver des traces indubitables dans le *Talmud*. Mais cette opinion a été complétement réfutée par un compatriote de cet écrivain. Le premier cas bien authentique, suivant M. C. Lage, est raconté par Nicolas de Falcon et date de 1491. J. Nufer la pratiqua en 1500, et son observation nous a été transmise par Gaspard Bauhin. Enfin, en 1581, F. Rousset publia, dans un livre devenu célèbre, un grand nombre de cas, qui tous avaient été couronnés par le succès.

La monographie de Rousset enhardit tellement les chirurgiens, que la section césarienne fut faite souvent sans indication, et sa popularité devint telle un moment, qu'un contemporain, le dominicain Scipion Merunia, disait qu'elle était aussi répandue en France que la saignée en Italie. Cependant la réaction ne tarda pas à se faire. Guillemeau, Paré, Viard et quelques autres chirurgiens illustres ayant échoué, Marchant, à l'aide de ces revers et de trois virulentes attaques, souleva ses compatriotes contre Rousset, et c'eût été fait de la section césarienne, si Gaspard Bauhin ne fût venu à son secours avec de nouveaux faits en sa faveur.

Cette question si intéressante et si délicate de l'hystérotomie fut encore agitée pendant tout le XVIIe siècle, et, comme par le passé, on exagéra outre mesure ses avantages et ses inconvénients. En sorte que, vu cette absence de sévérité et de justice dans l'examen des faits, on arriva jusqu'au siècle suivant sans avoir une idée précise de l'opération et du sort qui devait lui être réservé. En 1749, Simon lut sur ce sujet un travail remarquable à l'Académie royale de chirurgie; mais la part de la critique y est trop petite, et celle de la crédulité trop grande. Depuis le mémoire de Simon, la plupart des travaux qui ont été faits sur l'opération césarienne ont eu pour but de discuter les indications; mais aucun, si ce n'est les diatribes passionnées et scandaleuses de Sacombe, n'a eu pour but de démontrer l'impossibilité du succès. Si les cas heureux ne sont pas aussi nombreux qu'on l'avait pensé, du moins en est-il un certain nombre qu'on peut à bon droit regarder comme incontestables. De nos jours, le champ de l'opération césarienne, comme celui des autres opérations obstétricales, a été diminué : mais on ne doit y voir qu'un résultat des progrès et de l'esprit éminemment pratique de notre époque.

Cette opération peut se pratiquer sur la femme vivante lorsque les voies par lesquelles le fœtus doit être expulsé sont tellement étroites ou obstruées, que

l'accouchement est impossible par l'application du forceps ou la symphyséotomie, et que la mutilation du fœtus elle-même ne permettrait son extraction qu'en exposant la femme aux plus grands dangers : elle peut se pratiquer sur la femme qui vient de mourir pendant les derniers mois de sa grossesse, dans le but unique de sauver l'enfant.

§ I. — Opération césarienne sur la femme vivante.

Pratiquée sur la femme vivante, la section césarienne est une des plus graves opérations de la chirurgie. Les trois quarts des malheureuses qui y ont été soumises ont succombé. Ces résultats, qui seraient probablement plus lugubres encore si l'on avait mis autant d'empressement à publier tous les insuccès qu'on a mis de zèle à répéter partout les cas heureux, doivent vraiment effrayer tout chirurgien qui propose une semblable opération.

Lorsque le bassin a au plus 6 centimètres et demi dans son plus petit diamètre, presque tous les accoucheurs admettent que l'accouchement par les voies naturelles est impossible, et qu'il n'y a plus qu'à choisir entre l'opération césarienne et la mutilation du fœtus; nous avons cependant dit (page 661) que M. Depaul citait deux observations où l'accouchement d'un enfant vivant avait été possible malgré un rétrécissement de 5 centimètres et demi.

Admettons donc que le bassin ait environ 54 millimètres (2 pouces) : en supposant la vie du fœtus parfaitement et sûrement intacte (car avec la moindre incertitude sur ce point la question n'est plus douteuse), deux moyens s'offrent au praticien dans ce cas difficile, l'embryotomie ou la section césarienne. La plupart des accoucheurs français, M. Paul Dubois lui-même, se prononcent sur cette dernière. L'opération césarienne, dit-il, est la seule ressource, et il convient d'y recourir (thèse, p. 71). Nous n'ignorons pas combien est grave la question que nous abordons en ce moment, et il nous faut une conviction forte et énergique pour la résoudre autrement que ne l'ont fait jusqu'à présent tous les auteurs français. Nous sommes enhardi surtout par l'assentiment presque unanime des praticiens anglais, qui pensent que toutes les fois que l'embryotomie peut rendre l'accouchement possible, le fœtus doit être sacrifié. Il y a longtemps déjà que, dans la première édition de notre ouvrage, nous exprimions hautement le vœu de voir les principes de nos voisins se répandre de plus en plus en France. Et quant à nous, disions-nous, notre vote sera contre l'opération césarienne dans tous les cas où elle n'est pas indispensable au salut de la mère. Nons n'hésitons pas à répéter aujourd'hui cette profession de foi. On ne peut pas se le dissimuler, en effet, l'opération césarienne est le plus souvent mortel pour la mère, même en admettant comme complétement exactes les statistiques les plus favorables. Ainsi, en mettant de côté les résultat fournis par les chirurgiens de la Grande-Bretagne, qu'on accuse de ne pas pratiquer l'opération au moment opportun, et en supposant qu'on ait mis autant d'empressement à tracer les insuccès que les cas heureux, on arrive, par l'examen impartial des faits, à cette triste conclusion, que presque les quatre cinquièmes (suivant Kayser, le chiffre

de la mortalité est de 0,79) des mères ont succombé. Mais au moins cette affreuse opération assure-t-elle la vie de l'enfant? Peut-on, en compensation de tant de souffrances, avoir la conviction de pouvoir offrir à la mère autre chose qu'un cadavre? Malheureusement il n'en est rien, et les partisans de la section césarienne sont obligés d'avouer qu'ils ne sont pas toujours assez heureux pour extraire un enfant bien vivant, même alors que l'opération est pratiquée au moment d'élection. J'admets un instant que, pratiquée peu de temps après la rupture des membranes, l'opération permettra toujours de sauver les enfants; il n'y aurait pas, à mon avis, compensation des chances si défavorables qu'on fait courir à la mère. Vous m'accordez que plus de la moitié des femmes succombent, mais pouvez-vous au moins me répondre que plus de la moitié des enfants que vous sauvez par la gastrotomie vivront assez longtemps pour faire oublier les pleurs versés sur leur berceau? Eh bien, lisez les tables publiées jusqu'à présent sur la moyenne de la vie humaine (1), et dites-moi si sur 100 enfants naissants 50 atteignent leur trentième année. Ce n'est donc pas le résultat immédiat de la gastrotomie qu'il faut faire valoir, mais les conséquences éloignées. Ce qu'il y a de certain, c'est que vous sacrifiez immédiatement plus de la moitié des femmes; et ce qui est bien prouvé par l'expérience des siècles, c'est qu'en supposant tous les enfants vivants au moment de leur naissance vous n'en verrez pas la moitié atteindre l'âge auquel a succombé leur mère. A ne considérer que la question des chiffres, l'avantage serait donc à l'embryotomie. Mais la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a encore ni sentiment, ni affections, ni craintes, ni espérances, peut-elle être comparée à celle d'une jeune femme que mille liens sociaux et religieux attachent à tous ceux qui l'entourent? La survivance de ce pauvre enfant pourra-t-elle combler le vide que laisse la mort de sa mère? Enfin la société peut-elle espérer recevoir jamais d'un enfant naissant les services qu'elle était un droit d'attendre de la mère adulte? L'intérêt de la famille, l'intérêt de la société, se réunissent donc pour militer en faveur de la mère. En politique, dit Ramsbotham, si ce n'est en morale, nous sommes pleinement justifiés de préférer le fort au faible, l'homme sain à l'homme malade, et par conséquent la mère de famille à l'enfant qui n'est pas encore né, toutes les fois que nous sommes dans la cruelle nécessité de sacrifier l'un ou l'autre. Enfin, il me reste un dernier argument à faire valoir en faveur de la thèse que je soutiens: le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, c'est qu'il faut

(1) résulte des recherches de M. Villermé qu'en France il est mort à un an les 20/100 des individus dans les départements riches, les 22/100 dans les départements pauvres; à quatre ans les 31/100 dans les départements riches, les 33/100 dans les départements pauvres; à dix ans les 38/100 dans les premiers, et les 42/100 dans les seconds; à vingt ans, enfin, un peu plus dans les départements riches, et les 47/100, c'est-à-dire très-près de la moitié, dans les départements pauvres. Et pourtant dans cette statistique ne sont pas compris les enfants abandonnés, parmi lesquels, quel que soit le zèle de la charité publique, il en périt à Paris jusqu'à 60 sur 100 dans le cours de la première année.

Les recherches de M. Benoiston de Châteauneuf viennent confirmer celles de M. Villermé.

traiter les malades comme nous nous traiterions nous-mêmes ou nos parents les plus chers: eh bien, quel est le médecin qui, forcé de choisir en pareil cas entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier?

Concluons de ce que nous venons de dire, qu'il faut pratiquer l'embryotomie et non l'opération césarienne, toutes les fois que le bassin est assez large pour permettre l'introduction du céphalotribe. Malgré l'autorité de M. P. Dubois, nous pensons donc qu'on doit avoir recours au céphalotribe, non-seulement dans les bassins de 54 millimètres, mais encore dans les bassins de 5 centimètres seulement. Au-dessous de 5 centimètres, l'extraction d'un fœtus mutilé est tellement difficile, longue et pénible, qu'en tuant nécessairement le fœtus on expose la mère à des dangers très-grands. A ce degré on peut donc hésiter entre l'opération césarienne et l'embryotomie. Hâtons-nous cependant d'ajouter que pour M. Pajot la céphalotripsie est préférable à l'opération césarienne, non-seulement dans un bassin de 5 centimètres, mais encore dans un bassin de 27 millimètres (voy. *Embryotomie*). Ce n'est qu'au-dessous de 27 millimètres que ce professeur se déciderait à pratiquer l'hystérotomie.

Cette exclusion rigoureuse nous paraît motivée par les faits dont nous avons été témoin et par les résultats statistiques des opérations faites dans les grandes villes et surtout dans les grands hôpitaux. L'immense majorité des malades y ont succombé. Mais nous devons répéter pourtant que depuis un certain nombre d'années des faits assez nombreux ont été publiés par des médecins très-honorables, habitant la campagne ou de petites localités, et que l'ensemble de ces faits donne à l'opération une gravité beaucoup moins grande que celle qui résulte de la pratique des grandes villes. Il faut évidemment en tenir compte, et la préférence que nous accordons à l'embryotomie ne serait plus aussi facilement justifiable, s'il s'agissait de femmes placées en dehors des grands centres de population. Si en effet il est vrai, et nous le pensons puisque nos confrères l'affirment, que dans les campagnes les 3/4 et même les 4/5 des femmes soumises à l'opération césarienne ont guéri, nous n'hésitons pas, tout en maintenant notre première conclusion comme parfaitement acceptable dans la pratique des grandes villes, à donner la préférence à l'opération césarienne dans la pratique rurale.

Les insuccès presque constants qu'a l'opération dans les grandes villes comme Paris et Londres, rapprochés des cas heureux qu'on observe dans les petites localités, ont suggéré à quelques médecins l'idée de fonder une maison de santé à la campagne ou au moins d'envoyer en province les malades qu'on croirait devoir soumettre à l'opération césarienne. M. Guisard, qui vient de publier trois nouveaux faits heureux, insiste surtout sur cette précaution. Cette idée serait difficilement réalisable dans beaucoup de cas; je pense cependant qu'elle mérite d'être prise en considération, et d'être soumise à l'administration supérieure. Ce que nous disions tout à l'heure de la différence des résultats offerts par les opérations pratiquées en ville ou à la campagne est de nature à impressionner vivement les esprits les plus prévenus contre la proposition de M. Guisard. Tous les

hommes qui ont longtemps observé les maladies des femmes en couches sont convaincus que la plupart résultent de la réunion d'un grand nombre d'accouchées dans le même lieu, et cela est surtout vrai pour celles dont l'accouchement a été difficile et a nécessité une opération sanglante. Multiplier les maisons d'accouchement, isoler autant que possible les nouvelles accouchées, les éloigner surtout des grandes villes me paraît être le plus sûr moyen de leur assurer une prompte convalescence.

Il ne faudrait pas croire pourtant qu'en envoyant à quelques lieues de Paris les femmes mal conformées qui viennent réclamer nos soins à la fin de la grossesse, on aurait placé ces femmes de la ville dans des conditions aussi favorables que celles où se trouvent les femmes qui ont toujours habité la campagne. La gravité de l'opération est certainement subordonnée à la localité dans laquelle elle est pratiquée, mais elle l'est aussi à l'état de santé de l'opérée : or, sous ce rapport, on sait qu'il existe une très-grande différence entre les femmes des villes et celles qui ont toujours vécu à la campagne. Pour bien faire donc, ce serait plusieurs mois avant le terme de la grossesse qu'il faudrait placer ces malheureuses dans de meilleures conditions hygiéniques.

La nécessité de l'opération bien constatée, se présentent plusieurs questions dont la solution est importante. Quel est le moment du travail le plus favorable pour la pratiquer ? La durée passée du travail a-t-elle sur le résultat une influence réelle ? Vaut-il mieux opérer avant ou après la rupture des membranes ? L'examen des faits peut seul nous permettre de répondre à toutes ces questions.

A. *Durée totale du travail.* — Le temps de la durée du travail a été noté dans 164 cas : 62 femmes guérirent, 102 moururent. Pour apprécier relativement à la mère l'influence de la durée du travail, nous diviserons ces 164 cas en trois catégories, suivant que l'opération a été pratiquée quand le travail avait :

24 heures de durée.....	20 cas heureux....	40 insuccès.
De 24 à 72 heures.....	34 —	41 —
Plus de 72 heures.....	8 —	21 —

De ce relevé, que nous empruntons à l'excellent travail de Kayser, nous pouvons conclure qu'au delà de soixante-douze heures seulement la durée du travail paraît avoir une influence fâcheuse, mais qu'auparavant elle ne modifie en rien le résultat.

Il n'en est pas de même pour les enfants. Sur ce même chiffre de 164, 158 fois le sort des enfants a été indiqué : 57 sont morts, 101 ont survécu, et, en reproduisant la division précédente, nous aurons :

24 heures de durée.....	42 cas heureux....	16 insuccès.
De 24 à 72 heures.....	48 —	24 —
Plus de 72 heures.....	11 —	17 —

D'où il suit que plus le travail se prolonge moins on a de chances d'avoir un enfant vivant.

B. *Rupture des membranes.* — Le temps écoulé après la rupture des membranes a été noté dans 112 cas. Nous les rangerons encore en trois catégories, suivant que l'opération a été pratiquée :

1° Avant, ou 6 heures après la rupture des membranes.	39 cas.	20 succès.	19 insuccès.
2° De 7 à 24 heures après la rupture.....	35 —	14 —	21 —
3° Plus de 24 heures après la rupture.....	38 —	13 —	25 —

D'où l'on peut conclure que pour les mères l'opération est d'autant plus fâcheuse qu'il s'est écoulé plus de temps depuis la rupture des membranes.

106 fois seulement le sort des enfants est connu ; en admettant pour ces 106 cas la même classification, nous aurons :

1° Avant, ou 6 heures après la rupture.....	37 cas.	34 heureux.	3 morts.
2° De 7 à 24 heures après la rupture.....	32 —	25 —	7 —
3° Plus de 24 heures après la rupture.....	37 —	19 —	18 —

C. Inutile d'ajouter que, relativement aux enfants surtout, le pronostic est plus grave quand, avant d'en venir à la section césarienne, on a fait des tentatives d'extraction artificielle.

Il est facile de conclure des faits que nous venons de rappeler que le moment le plus favorable à l'opération est celui qui précède ou qui suit de très-près la rupture des membranes.

Lorsqu'on a pu donner des soins à la femme pendant les derniers jours de sa grossesse, il est bon de la préparer par un régime convenable, des bains répétés, et, suivant le cas, par quelques émissions sanguines, etc. Lorsque le travail est commencé, on doit procéder à l'opération dès que la dilatation du col est assez avancée pour permettre l'issue facile des lochies. Il faut bien se garder de rompre les membranes, comme on l'avait conseillé, dans la crainte de voir les eaux s'épancher dans le péritoine ; car cette effusion du liquide peut être facilement évitée, et la distension de l'utérus est une circonstance favorable au retrait de l'organe après l'opération. Quelques instants avant de la pratiquer, on vide la vessie et le rectum. Deux bistouris, l'un convexe, l'autre à lame étroite et boutonnée, des pinces, des fils à ligature, de l'eau froide et de l'eau tiède, du vinaigre, des éponges, des aiguilles munies de fil, des tuyaux de plume, des bandelettes de diachylon, de la charpie, des compresses, un bandage de corps, constituent l'appareil nécessaire.

La malade, placée sur un lit un peu élevé, est maintenue par des aides. Un des plus intelligents est chargé de ramener et de fixer avec les deux mains la matrice sur la ligne médiane ; un autre appuie une main sur le fond de l'utérus, afin de repousser en haut les intestins qui pourraient se trouver situés entre la paroi utérine et la paroi abdominale. Le chirurgien pratique alors sur la ligne médiane une première incision qui s'étend depuis un peu au-dessous de l'ombilic jusqu'à 3 à 5 centimètres au-dessus des pubis, et qui comprend la