à aller chercher les pieds. Il seroit plus avantageux pour l'enfant, et même pour la mère, de confier le travail à la nature toutes les fois qu'il reste assez de force à la femme pour l'opérer : en même temps que l'on assureroit les jours de l'enfant en le faisant venir par la tête, on veilleroit peut-être à la conservation de la mère. L'écartement étant opéré lentement et graduellement par les contractions utérines, l'expansion ligamenteuse qui passe au-devant des symphyses sacro-iliaques se décollera par degrés successifs ; ce qui donne bien plus d'espérance d'éviter les dépôts vers ces régions que produit une distension violente.

Quand on agit sur les cuisses pour augmenter l'écartement, il faut avoir l'attention que les efforts que l'on emploie soient exercés dans la direction la plus propre à favoriser la diduction d'après la forme des parties; on obtient l'écartement avec plus de facilité et avec moins d'inconvéniens ; on ne peut pas fixer la quantité dont on peut, sans danger, écarter les os pubis ; elle n'est pas la même chez les diverses femmes : l'écartement sera plus grand si les os étoient mobiles avant l'opération.

L'accouchement terminé, on doit rapprocher à l'instant les os, et les maintenir en contact au moyen d'un bandage que l'on applique autour du bassin. L'expérience a prouvé qu'une ceinture de toile garnie de flanelle, large de six à sept pouces, étoit plus avantageuse pour maintenir les os rapprochés que le bandage de fer inventé pour ce cas par le célèbre *Camper*, et dont on trouve la description dans le tom. V. *du Recueil périodique d'Amsterdam.* Quoiqu'il fût enveloppé de cuir doux et recouvert de flanelle, on a toujours été obligé, quand on l'a employé, de l'abandonner à cause de la pression considérable qu'il faisoit sur les hanches : on pourroit garnir la bande de trois boucles et d'autant de courroies correspondantes. Si on ne maintient pas en contact les surfaces divisées, ou si la femme se hâte trop de marcher, la symphyse ne

se réunira pas, et la démarche de la femme sera par la suite chancelante ; elle doit garder le repos le plus exact jusqu'à parfaite consolidation. Quoique les os soient communément réunis au bout d'un mois ou six semaines, on ne doit pas permettre à la femme de marcher avant deux mois révolus. La plaie guérit promptement au moyen d'un pansement doux et simple : M. Alphonse Leroy conseille d'appliquer dessus de la charpie trempée dans du blanc d'œuf mêlé avec de l'eau-de-vie.

De la manière de pratiquer la gastro-hystéro-tomie.

L'opération césarienne, quelque fâcheuse qu'on la suppose, devenant indispensable dans plusieurs cas, je dois indiquer la manière de la pratiquer, et faire connoître les précautions les plus propres à en assurer le succès.

La nécessité de la gastro-hystéro-tomie bien constatée, il seroit utile d'y préparer la femme avant de la soumettre à cette opération : si elle est robuste, la saignée, les bains peuvent être indiqués pour en assurer le succès. On doit aussi, avant tout, commencer par vider la vessie au moyen d'une sonde; sans cette précaution, elle s'éleveroit au devant de la matrice, qu'elle cacheroit en grande partie.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le temps où il convient de pratiquer l'opération césarienne : les uns veulent qu'on n'opère qu'après l'écoulement des eaux, tandis que les autres prétendent qu'on doit le faire avant que les membranes soient rompues : les uns et les autres conviennent que l'on doit attendre que le travail soit bien décidé, et que le col de la matrice soit suffisamment entr'ouvert, pour permettre l'issue facile des écoulemens. Lorsqu'on a différé jusqu'à ce que les douleurs aient acquis le degré d'intensité qu'elles doivent avoir pour l'expulsion du fœtus par les voies naturelles, on a une espérance plus fondée que l'utérus reviendra sur lui-même après l'extraction de l'enfant,

et que la femme n'éprouvera pas une hémorragie fâcheuse. Si l'on opéroit trop promptement, il pourroit arriver que l'on y recourût dans des cas où les efforts de la nature auroient suffi pour mouler la tête ; en différant trop, la femme s'épuise ; les efforts auxquels elle se livre contondent, enflamment les viscères du bas-ventre : le secours que l'on administre peut devenir inutile à l'enfant lui-même, qui meurt victime de la violence du travail.

Lorsque la continuité et la force des douleurs ne permettent plus d'espérer que la tête pourra se mouler à travers la filière rétrécie du bassin, si la poche des eaux est encore entière, l'opinion de ceux qui recommandent, avec Levret, d'opérer avant son ouverture, me paroît la mieux fondée : d'abord, en ouvrant la matrice, on risque moins de blesser l'enfant qu'elle renferme ; en opérant avant l'écoulement des eaux, l'incision que l'on fait sur les enveloppes du bas-ventre et sur le corps de la matrice se trouve moins grande après l'extraction de l'enfant, que si on ne l'eût pratiquée que lorsque ce viscère auroit été fortement contracté sur le corps de l'enfant. Cette incision intéressant un plus petit nombre de vaisseaux lorsque ce viscère se trouve encore dans sa plus grande dilatation, l'hémorragie est moins à craindre : si on n'a pas trop différé, et que la femme ne soit pas épuisée, on n'a pas à craindre que la matrice tombe dans un état d'inertie, à raison de la déplétion subite qui survient lorsqu'on opère avant l'écoulement des eaux.

M. Baudelocque réduit les instrumens dont on a besoin, pour exécuter cette opération, à deux bistouris, dont l'un a son tranchant convexe, et dont l'autre est terminé par un bouton, et à des aiguilles courbes armées de fil ciré pour pratiquer la gastroraphie dans le cas où on la jugeroit nécessaire : on doit aussi préparer d'avance les pièces d'appareil dont on aura besoin pour le pansement ; elles consistent en une éponge fine, de la charpie, des compresses longues, d'autres de forme carrée, un bandage de corps avec son scapulaire, des vases d'eau froide, dans lesquels on doit mettre quelques gouttes d'eau vulnéraire, ou de vinaigre.

Pour opérer la femme, on doit la placer sur le bord de son lit, que l'on garnit suffisamment d'alèzes, pour que le sang et les eaux ne puissent pas les traverser et mouiller les matelas : on évite par là de transporter la femme aussitôt après l'opération ; il suffit de retirer les alèzes pour qu'elle se trouve à sec ; on doit avoir l'attention de l'élever assez pour que l'opérateur puisse agir librement. La femme doit être couchée sur le dos, la tête et la poitrine médiocrement élevées, les cuisses à demi fléchies : pour rendre l'abdomen plus saillant, on place un coussin sous les lombes.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur l'endroit du bas-ventre où l'on doit faire l'incision extérieure : suivant la méthode la plus ancienne, on la pratiquoit sur les côtés, tantôt à droite, tantôt à gauche, selon l'état des viscères du bas-ventre ; on doit la faire de préférence sur le côté du ventre où le fond de la matrice s'est incliné, parce que ce viscère répond alors plus exactement à l'ouverture. Les uns ont conseillé de donner à l'incision une direction oblique, d'autres veulent qu'elle soit parallèle au bord externe du muscle *sterno pubien*, de manière qu'elle soit à distance égale de ce muscle, et d'une ligne qui monteroit du tubercule antérieur et supérieur de l'os des îles, à l'extrémité du cartilage de la troisième des fausses côtes ; on commençoit cette incision un peu au-dessous de l'ombilic, et on la prolongeoit jusqu'à un pouce au-dessus du pubis.

La section latérale expose la femme à de grands inconvéniens : quand on incise sur le côté, on divise nécessairement les trois muscles abdominaux, dont les fibres ont une direction différente, et qui, se rétractant chacun dans le sens de cette direction, empêchent la réunion exacte des bords de la plaie, qui reste béante ; la femme est exposée à des hémor-

ragies graves, parce qu'on coupe, pour l'ordinaire, quelques branches des vaisseaux épigastriques. La matrice étant oblique, éprouve, à raison de cette position, une espèce de torsion qui porte ses bords un peu en devant et en arrière, et ses faces à droite et à gauche; ce qui fait qu'au lieu d'ouvrir la matrice dans son milieu, l'incision porte sur un de ses bords, où l'on sait que se trouvent les troncs des vaisseaux qui arrosent cet organe, et quelquefois même sur la trompe et sur l'ovaire. Il résulte encore de ce défaut de rapport entre l'axe longitudinal de la matrice et l'incision que l'on pratique obliquement sur le côté, que les fibres de cet organe sont coupées en travers, ce qui donne lieu à leur rétraction, qui entretient la plaie béante, et permet aux lochies de tomber dans l'abdomen.

Les inconvéniens attachés à l'incision latérale et oblique de l'abdomen ont déterminé plusieurs praticiens modernes à faire la section à la ligne blanche : cette méthode leur paroît préférable, parce qu'il y a moins de parties à couper, et parce que la matrice se présentant à découvert à l'ouverture, on peut l'inciser de haut en bas, et dans la partie moyenne de son fond, ce qui doit donner plus d'espoir de guérison. En ouvrant la matrice dans sa partie inférieure, les lochies doivent nécessairement s'épancher dans l'abdomen, puisqu'on fait l'incision dans le lieu le plus déclive, qui est celui où s'amassent les fluides à mesure qu'ils s'échappent des vaisseaux de l'utérus : la plaie restant béante offre moins d'obstacle au passage des lochies que l'orifice de la matrice; on éviteroit peut-être en partie cet inconvénient, si, comme le recommande M. Baudelocque, on incisoit la matrice dans sa partie la plus élevée; la partie inférieure de la cavité de ce viscère serviroit comme de réservoir aux fluides, jusqu'à ce qu'ils puissent s'échapper par le col : en incisant la matrice près de son fond, on a bien plus d'espérance que son ouverture se trouvera vis-à-vis la plaie des enveloppes extérieures. Pour faire l'incision de l'utérus à cette hauteur, il est nécessaire de prolonger la plaie extérieure jusqu'à l'ombilic, et même au-dessus, pour découvrir le corps de cet organe, que l'on se propose d'ouvrir le plus haut possible.

Je conviens que, lorsqu'on incise la matrice dans sa partie la plus élevée, son ouverture correspond un peu plus longtemps à celle de l'abdomen; mais elle ne tarde pas à se cacher au-dessous des tégumens qui répondent à la partie supérieure du pubis, à moins que ses bords ne contractent des adhérences avec la plaie extérieure : bientôt après la délivrance, la matrice se contracte, et n'a plus assez de hauteur pour s'élever au niveau de l'ouverture extérieure. Aucune méthode ne peut procurer l'avantage que, pendant le traitement, la plaie de la matrice corresponde à celle de l'abdomen, à moins que les bords de l'une ne contractent des adhérences avec ceux de l'autre, puisqu'au bout de quelques jours, la matrice est tellement réduite dans l'ordre naturel, que l'on peut à peine la palper au-dessus du pubis.

Dans cette manière d'opérer, si la matrice est oblique, l'ouverture peut porter sur une de ses parties latérales, comme lorsqu'on opère sur l'un des côtés de l'abdomen, et les bords de l'incision n'ont pas plus de disposition à se rapprocher, puisque la réduction de la matrice se fait constamment de haut en bas : la coaptation des bords de la plaie faite aux tégumens est bien plus difficile à obtenir, parce que la ligne blanche est l'endroit sur lequel s'exerce principalement l'action des muscles larges de l'abdomen, qui, pendant leur contraction, tendent à en écarter les fibres.

Lauverjat, dans un ouvrage qui a pour titre : *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, Paris, 1788, a proposé une troisième méthode de pratiquer la gastro-hystéro-tomie : il ne s'en donne pas comme l'inventeur; il convient qu'elle a été pratiquée avec succès par plu-

sieurs personnes avant lui. Cette méthode consiste à faire sur l'un des côtés de l'abdomen, une incision transversale de cinq pouces de long : on la pratique de préférence sur le côté où la matrice s'est inclinée, parce qu'il est plus facile de parvenir à ce viscère ; on incise plus ou moins haut, selon l'élévation de l'utérus, entre le muscle sterno-pubien et la colonne vertébrale. Les partisans de cette méthode rangent parmi les avantages de l'incision transversale, la facilité qu'elle procure d'obtenir le rapprochement et la réunion des bords de la plaie, en faisant seulement coucher la malade sur le côté : les muscles font peu d'effort pour les écarter, parce que leur action se dirige dans un autre sens ; d'ailleurs, disent-ils, il y a peu de fibres divisées, et celles des muscles transverses sont plutôt écartées que coupées. Au contraire, lorsqu'on incise sur les côtés du ventre ou à la ligne blanche, les muscles divisés tendent à se retirer, ce qui force de recourir à quelques points de suture, pour maintenir en contact les lèvres de la plaie des tégumens ; or, l'on sait que cette suture, soit qu'elle soit à points séparés ou enchevillée, est douloureuse et irritante. L'incision transversale favorise aussi le rapprochement des bords de la plaie de l'utérus, puisque ce viscère se contracte de haut en bas : dans cette manière d'opérer, l'ouverture étant pratiquée vers la partie supérieure de l'organe, il reste au-dessous un espace assez considérable pour que les lochies puissent s'y amasser, jusqu'à ce qu'elles soient transmises au dehors par l'ouverture du col.

On a obtenu des succès par chacune de ces méthodes ; et quoique cette dernière soit celle à laquelle j'accorde la préférence, je conviens en même temps que les raisons sur lesquelles on se fonde pour établir la prééminence de l'une de ces méthodes sur l'autre, ne sont pas très-péremptoires. De quelque manière que l'on procède à l'ouverture de l'abdomen, et quel que soit le lieu où on la pratique, que l'on divise l'utérus dans son fond ou dans sa

partie inférieure, on ne peut pas préserver la femme de l'inflammation de la matrice et surtout de celle du péritoine, qui est la vraie cause des épanchemens puriformes qui se font dans l'abdomen, auxquels on doit attribuer tout le danger de l'opération césarienne : on ne peut le diminuer par aucun de ces procédés ; presque tous ceux qui ont traité de la gastro-hystéro-tomie, et qui ont cherché à décider quelle est la méthode opératoire qui mérite la préférence, semblent admettre que les épanchemens que l'on trouve dans l'abdomen des femmes qui succombent sont fournis par les lochies qui passent de l'utérus dans cette cavité à travers l'incision qui reste béante ; or, cette opinion me paroît peu fondée. Il n'y a point d'écoulement des lochies tant que l'inflammation de la matrice et du péritonie subsistent. Cette suppression violente des lochies, que l'on ne peut pas prévenir, doit plutôt être rangée parmi les causes de la mort de la femme que leur épanchement dans le bas-ventre. Il est peut-être plus indifférent qu'on l'a pensé jusqu'à présent que l'on incise l'utérus dans son fond ou dans la partie la plus basse, en long ou en travers ; la seule chose indispensable est peut-être d'éviter d'ouvrir les troncs des vaisseaux qui se trouvent sur les côtés.

La malade située, comme je l'ai indiqué, et retenue par des aides, une autre personne est chargée d'assujétir l'abdomen, en appuyant le plat de ses mains sur les côtés de l'utérus : on incise ensuite les tégumens, les muscles et le péritoine dans l'endroit de l'abdomen que l'on a jugé le plus convenable. La première incision doit être faite avec assez de précaution pour ne pas inciser le péritoine ; dès qu'on l'a découvert, on doit y faire une ouverture suffisante pour introduire dans l'abdomen le doigt index de la main gauche, qui sert à soulever cette enveloppe, et à écarter du trajet de l'instrument auquel il sert de conducteur, les organes qu'il faut ménager ; quel que soit le procédé auquel on ait accordé la préférence,

il est important de donner à l'incision extérieure un peu plus d'étendue qu'on ne le fait ordinairement ; il seroit aussi plus avantageux de prolonger cette première incision du côté de l'ombilic, que vers la symphyse du pubis : quand on a cette attention, on découvre davantage le haut de l'utérus; ce qui permet de l'ouvrir plus près de son fond.

Les enveloppes du bas-ventre étant ouvertes dans une étendue convenable, on recommande à l'aide dont l'une des mains étoit placée au-dessus de l'ombilic, pour fixer la matrice, d'exercer une pression un peu plus forte, pour rapprocher davantage le fond de ce viscère du niveau de l'angle supérieur de la plaie, afin de l'ouvrir plus près de son fond. Plusieurs auteurs regardent l'incision de la matrice dans sa partie supérieure, comme la plus convenable pour prévenir l'épanchement des lochies dans l'abdomen. On ouvre ensuite l'utérus dans sa partie antérieure et dans une direction analogue à celle de la plaie extérieure ; on se sert du bistouri convexe, jusqu'à ce qu'on aperçoive les membranes, que l'on divise avec beaucoup de précautions, pour ne pas blesser l'enfant ; on introduit l'index de la main gauche à travers la petite ouverture que l'on a pratiquée, il sert à diriger le bistouri boutonné que l'on emploie pour terminer la section, qui se fait alors de dedans en dehors ; on prolonge l'incision de préférence vers l'angle supérieur de la plaie des tégumens ; il suffit de donner à l'ouverture une étendue de six pouces environ.

Si le placenta se présente avant les membranes, je crois que l'on doit préférer de le décoller pour rompre la poche à sa circonférence, plutôt que de le diviser avec le bistouri ; on procède ensuite à l'extraction de l'enfant, dont on va saisir les pieds, s'ils correspondoient au fond de la matrice. Si la tête se présente à l'ouverture, elle est souvent expulsée par les seuls efforts de ce viscère, qui tend à se resserrer ; ou bien il suffit, pour l'extraire, d'insinuer l'index de chaque main au-dessous des angles de la mâchoire inférieure. Il seroit

seroit inutile de tracer des règles pour cette partie de l'opération, ainsi que pour la délivrance. Il faut enlever avec soin les caillots qui auroient pu se former dans la cavité de l'utérus. M. Baudelocque recommande de passer le doigt à travers l'orifice, pour l'entr'ouvrir.

Si l'incision a été faite dans le milieu de la paroi antérieure, l'hémorragie est peu abondante et cesse bientôt, si la matrice se contracte ; les opérations qui ont été suivies d'hémorragie utérine modérée, ont été compliquées de moins d'accidens ; mais elle peut devenir assez abondante pour inspirer de l'inquiétude, quand on a incisé sur les côtés de l'utérus, ou lorsque ce viscère reste mou et sans action ; ce qui arrive lorsqu'on attend pour opérer, que la femme soit épuisée : dans ce cas, les auteurs ont recommandé de laver les lèvres de la plaie avec de l'eau froide unie au vinaigre. Il arrive quelquefois que l'hémorragie ne se déclare que plusieurs heures et même plusieurs jours après l'opération, comme on l'observe à la suite des couches. Si on ne réussit pas à ranimer l'action de cet organe en l'irritant extérieurement, on doit injecter par la plaie de l'eau froide, pure, ou mêlée avec le vinaigre, comme on le pratique pour les pertes par inertie qui surviennent après l'accouchement, avec cette seule différence, qu'on injecte le liquide par l'orifice.

Lorsque l'opération est achevée, il seroit utile de faire dans la matrice des injections anodines par l'orifice, pour faire cesser le spasme dont est atteint cet organe; avant de panser la plaie, on doit procurer l'issue du sang et des eaux qui seroient épanchés dans l'abdomen ; si la situation que l'on fait prendre à la femme ne suffit pas, on peut recourir aux injections d'eau tiède pour nettoyer la surface des viscères.

La plaie de la matrice n'exige aucun pansement ; les applications des substances dites vulnéraires, conseillées par *Rousset* et *Ruleau*, sont inutiles. La gastroraphie, à laquelle on a eu recours dès les premiers temps pour procurer la réunion des parties extérieures n'est pas nécessaire, elle augmente la douleur et

l'irritation ; on a souvent été obligé de détruire la suture quand on l'a faite après la gastro-hystéro-tomie, parce que les fils coupoient les bords de la plaie. Dailleurs, le rapprochement trop exact et la réunion trop prompte des lèvres de la plaie, s'oppose à la sortie du sang et des épanchemens fournis par la matrice; aussi voit-on que la plupart de ceux qui l'ont employée, ont reconnu la nécessité de conserver un écoulement au bas de la plaie, qu'ils entretenoient en y plaçant une bandelette effilée ; on se borne à recouvrir la plaie avec un large plumaceau et des compresses, que l'on assure par un bandage simplement contentif.

Des auteurs ont pensé que l'opération césarienne auroit plus de succès, si on pouvoit déterminer les lochies à couler par la voie naturelle, en tenant le col constamment ouvert. La clôture de l'orifice s'oppose à ce qu'on puisse faire des injections adoucissantes et anodines, qui paroissent très-propres à diminuer l'éréthisme de l'utérus, et à déterminer les vidanges à suivre leur cours naturel. M. Tarbés, de Toulouse, qui a reconnu les difficultés qu'oppose quelquefois la clôture du col, pour se ménager la facilité de faire ces injections dans tous les temps du traitement, conseille d'introduire dans le col de la matrice, immédiatement après l'opération, une sonde de gomme élastique, assez longue pour se fixer au dehors. Cette idée s'étoit déjà présentée à *Rousset*, et d'après lui à *Ruleau*, qui ont écrit les premiers sur l'opération césarienne : je crois, avec M. Baudelocque, que cette canule serviroit plutôt à augmenter le spasme et l'irritation de la matrice, qu'à les diminuer. Le calibre de cet instrument ne pourroit pas être assez considérable pour permettre l'issue des caillots, qui sont quelquefois très-gros. Pour tenir le col ouvert, M. Baudelocque conseille d'employer une bandelette effilée, que l'on passe à travers l'orifice ; ou bien comme l'a recommandé Guenin, chirurgien à Crépy, de porter de temps en temps le doigt à travers la plaie, dans le col de la matrice, pour le déboucher.

« En admettant la nécessité de ces injections, il paroîtroit » plus sage à M. Baudelocque de les faire par la plaie de la » matrice, qui est plus libre que l'orifice dans les premiers » temps de l'opération, qui d'ailleurs est déjeté, de manière » qu'il est difficile d'y atteindre et d'y conduire le syphon de » la seringue. »

La plaie doit être pansée plusieurs fois dans les vingt-quatre premières heures, pour s'opposer aux épanchemens qui pourroient se faire, et que l'appareil retient entre les lèvres de la plaie de la matrice et des tégumens. Lauverjat conseille de conserver les adhérences que la matrice peut contracter avec les bords de la plaie, parce qu'elles font l'office de tampon, et empêchent la formation des hernies. Je pense, au contraire, que ces adhérences sont plutôt pernicieuses qu'utiles, et qu'il faut les détruire toutes les fois qu'elles se forment. L'attention qu'a eue M. *Bacqua*, de Nantes, de détruire chaque jour les adhérences que contractoient les intestins, et qui se seroient opposées à l'issue des fluides épanchés, me paroît une précaution importante ; et si tous ceux qui ont pratiqué cette opération y avoient eu recours, on auroit sans doute sauvé beaucoup plus de femmes par la gastro-hystéro-tomie. Ces adhérences s'opposent à ce qu'on puisse faire, au besoin, des injections pour entraîner les matières putrides ; elles empêchent la réunion des bords de la plaie ; elles sont par la suite très-préjudiciables à l'opérée ; une chute, une secousse violente, le poids seul de la matrice suffisent pour produire des tiraillemens douloureux, des tranchées utérines, des hémorragies, si ces adhérences viennent à se détruire ; ce qui est inévitable si la femme devient grosse par la suite.

On doit employer un traitement antiphlogistique, comme à la suite de toutes les grandes opérations ; on saigne la femme si elle est robuste ; on doit l'engager à nourrir son enfant, si des accidens ne s'y opposent pas ; la femme doit s'astreindre par la suite à porter un bandage, pour prévenir les hernies consécutives.

De la rupture de la matrice.

Je rapproche cet accident à raison de l'opération, qui devient quelquefois nécessaire pour extraire l'enfant, des cas où la gastro-hystéro-tomie devient indispensable.

Il est encore quelques cas où l'on est obligé d'inciser non pas la matrice, mais l'abdomen, par une opération semblable à celle connue sous le nom de césarienne, pour retirer de cette cavité l'enfant qui y est passé par une rupture qui s'est faite à la matrice pendant le travail, ou dans le cas de grossesse extra-utérine. La nécessité de la section des enveloppes du bas-ventre n'est pas aussi-bien démontrée dans le cas de grossesse extra-utérine, quoiqu'il y ait impossibilité absolue de l'accouchement par la voie naturelle, que lorsque l'enfant est passé, en entier, dans la cavité abdominale à l'occasion de la rupture de l'utérus, parce que le temps où l'on devroit la pratiquer n'est pas aussi-bien déterminé; d'ailleurs, comme je l'ai dit en traitant, *ex professo*, ce point de doctrine, il est des praticiens qui soutiennent que la femme court moins de danger en abandonnant le tout aux seuls efforts de la nature, qu'en cherchant à délivrer la femme par la gastro-tomie.

J'ai cru qu'il seroit plus naturel de traiter de la rupture de la matrice, qui est l'accident le plus fâcheux qui puisse survenir pendant le travail de l'enfantement, au moment où je parlerois de l'opération césarienne, parce que l'incision des enveloppes de l'abdomen, qui est quelquefois nécessaire pour pouvoir extraire l'enfant, a beaucoup d'analogie avec elle, et qu'elle est appelée, par plusieurs, opération césarienne abdominale, quoique l'on fasse simplement la gastro-tomie; d'ailleurs, le rétrécissement du bassin, qui exige l'opération césarienne, est assez souvent la cause de cette rupture.

Quoique les causes qui peuvent occasionner la rupture de l'utérus aient existé de tout temps, et qu'il soit incontestable que dès les temps les plus reculés, les femmes ont été victimes de cet accident, il faut cependant remonter jusqu'au quinzième siècle pour en trouver des observations dans les auteurs. Mais depuis Guillemeau, tous ceux qui ont écrit sur les accouchemens nous ont transmis des exemples de rupture de matrice, comme on peut s'en convaincre en consultant leurs ouvrages. Grégoire, dans l'Hist. de l'Acad. Roy. des Sciences (an. 1724), cite seize cas de rupture de l'utérus qui se sont présentés à lui pendant l'espace de trente ans de pratique. Le docteur Maxwel Garthsore, dans son Mémoire sur le fœtus extra-utérin et sur les ruptures de l'utérus, dit avoir été appelé dix fois pour secourir des femmes qui avoient éprouvé ce dernier accident: en traitant des indications curatives, j'aurai occasion d'en faire connoître plusieurs autres exemples.

D'après des faits de rupture de matrice aussi nombreux, ne doit-on pas être étonné de lire dans le N°. IX, première année du Journal d'Accouchement que publie M. Morlanne, de Metz, depuis quelques années, que la rupture de la matrice est l'accident le plus rare de tous ceux qui peuvent compliquer l'accouchement, pour ne rien dire de plus..... Il estime que l'on n'est point dans le cas d'ajouter foi à ces prétendues ruptures de matrice dans le travail de l'enfantement.... La rupture des parois de la matrice est tellement rare, que les faits qui la constatent peuvent bien être rangés avec les succès de l'opération césarienne.

Les accoucheurs Français sont les premiers qui ont appelé, au quinzième siècle, époque où l'on a commencé à se livrer aux recherches anatomiques, l'attention des gens de l'art sur la rupture de la matrice pendant l'accouchement. Il n'est pas surprenant que les médecins anciens n'aient pas connu cet accident, dont l'existence ne pouvoit bien se vérifier que par l'ouverture des cadavres, qui leur étoit interdite.

Les suites en sont fâcheuses pour l'enfant, qui ne peut survivre long-temps à cet accident s'il vient à passer dans le bas-ventre par la crevasse de la matrice, et surtout pour la mère, qui échappe rarement à la mort à cause de l'hémorragie considérable qui se fait dans la cavité de l'abdomen: