

Bibliothèque numérique

medic@

**Desrivières. - De l'accouchement
prématuré artificiel**

1857.

***Paris : Typographie et
lithographie Lacour***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1857x02x14](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1857x02x14)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR

L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE

(ACCOUCHEMENT)

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL,

présenté et soutenu le 29 avril 1857.

PAR LE D^r DESRIVIÈRES.

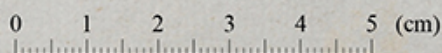


PARIS

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE LACOUR

RUE SOUFFLOT, 18.

1857



JURY

	MM.
<i>Président.</i>	BÉRARD.
	BÉGIN.
	DUBOIS.
	DENONVILLIERS.
<i>Juges.</i>	GUÉNEAU DE MUSSY.
	MICHEL LÉVY.
	ROSTAN.
	VELPEAU.
<i>Secrétaire.</i>	AMETTE.

Compétiteurs :

M. BLOY. | M. DESRIVIÈRES.

A mon vieux camarade de lutte et de travail

MONSIEUR LE DOCTEUR

ALPHONSE DÉROSEAU,

Qui, au fond de sa province, croit, bien certainement, que je l'ai oublié.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

On a vu, dans le chapitre précédent, que l'on peut, dans certains cas, provoquer l'accouchement artificiel, et que, dans d'autres, on ne peut le provoquer qu'après l'expiration du terme de la grossesse.

Il faut donc, dans les deux cas, se rendre compte de l'état de la femme, et de l'état du fœtus, avant de se décider à provoquer l'accouchement artificiel. Si la femme est saine, et si le fœtus est viable, on peut, dans certains cas, provoquer l'accouchement artificiel, et, dans d'autres, on ne peut le provoquer qu'après l'expiration du terme de la grossesse.

Si la femme est malade, ou si le fœtus est non viable, on ne peut pas provoquer l'accouchement artificiel, et il faut attendre que la femme soit guérie, ou que le fœtus soit viable, avant de se décider à provoquer l'accouchement artificiel.

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

On doit chercher à imiter, autant que possible, la nature, ou, pour parler clairement, il s'agit d'exciter l'agent naturel de l'accouchement à entrer en action, pour lui abandonner ensuite l'ouvrage aussitôt qu'il est bien commencé.

STOLZ.

« De toutes les opérations obstétricales, c'est sans contredit celle qui a été le plus vivement et le plus longuement discutée, dit M. Cazeaux. » Dès lors avoir cette question à traiter, surtout après tout ce que les maîtres de l'art en ont dit et écrit, c'est moins de ma part des aperçus nouveaux à signaler, qu'une sorte de résumé aussi succinct et complet que possible, à faire des nombreux travaux que nous possédons, et qui, soit dit en passant, finissent par se répéter les uns les autres.

Nous diviserons notre sujet en :

Définition, moralité ;

Historique,

Indications,

Contre-indications,

Procédés opératoires,

Appréciations comparatives,

Suites et résultats de l'opération.

DÉFINITION, MORALITÉ DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Toute définition étant contestée et contestable, celle que je vais donner de l'accouchement prématuré artificiel, ne saurait échapper à la critique ; mais comme il convient d'en donner une, je proposerai la suivante :

L'accouchement prématuré artificiel est l'accouchement provoqué avant le terme ordinaire de la grossesse, mais à une époque où l'enfant est viable, dans le but de lui faire franchir le plus souvent à son propre bénéfice et à celui de la mère, un bassin trop étroit ; ou de les faire échapper l'un et l'autre à tel danger de mort des plus probables, résultant d'une indication pathologique.

L'accouchement prématuré artificiel ne saurait donc être confondu avec l'avortement.

« Dans l'avortement, dit M. Velpeau, on se propose de détruire l'œuf pour conserver la mère, tandis que dans l'accouchement prématuré, on cherche à obtenir le fœtus vivant sans compromettre la vie de la femme. »

Quant à l'accouchement forcé, il diffère de l'accouchement prématuré artificiel en ce que (dit Ritgen) l'art, dans cette circonstance, agit presque seul, et tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts, tandis que dans l'accouchement prématuré, la nature fait presque tout, l'art ne lui communiquant qu'une impulsion légère. »

Toutefois, disons-le, l'accouchement forcé, sauf le mode opératoire qui le constitue, qui cependant a sa nécessité d'être employé dans telle ou telle circonstance donnée, de même qu'il

doit être rejeté dans telle ou telle autre, ne pourrait-il pas être, à la rigueur, accepté comme une sorte d'accouchement prématuré, si on y a recours avant le terme de la grossesse, et si, l'enfant étant viable, on se propose de le sauvegarder ainsi que la mère?

En tous cas, confondus ou distingués, l'accouchement prématuré et l'accouchement forcé ont chacun leurs indications d'emploi plus ou moins précises.

Mais si dans certaines métrorrhagies, éclampsies et insertions du placenta sur le col utérin, etc., on n'a j'amaïs hésité à proposer l'accouchement forcé comme indiqué et moral, de quel étonnement ne doit-on pas être pris quant au nombre des raisons employées pour combattre l'accouchement prématuré, qui se propose surtout et toujours de sauver la mère et l'enfant, on trouve presque jusque dans ces derniers temps, le reproche d'immoralité?

Sue se gardera bien de faire connaître les détails du procédé employé par Antoine Petit, qui avait non-seulement conseillé, mais mis l'accouchement prématuré (sous le nom d'accouchement forcé) en usage, *parce que avant tout il faudrait que les casuistes et les théologiens eussent décidé, s'il était permis d'accélérer par l'art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe.* (Sue, *Essais h. cr. et litt. sur les acc.*, t. 1.)

Baudelocque : *C'est un crime dans le cas de rétrécissement du bassin, parce que l'opération césarienne est là pour en triompher* (Traité d'acc.). Capuron : *Cette opération est pleine de dangers pour la mère et pour l'enfant, sans parler de l'attentat commis envers les lois divines et humaines* (Cours théor. et prof. d'acc.).

Gardien, M^{me} Lachapelle et Boivin la regardent comme un crime. Elèves de Beaudelocque, ils en ont les opinions.

Mahon la rejette comme criminelle (Méd. lég.)

Dugès la juge d'abord une manœuvre condamnable.

Il est vrai que cette opération blâmée, rejetée par les uns,

était en même temps accueillie et louée par les autres, programme de la destinée qui s'applique trop souvent, dans ce monde, aussi bien aux gens qu'aux choses.

En 1756, les praticiens les plus honorés de Londres se réunissent et décident, après une longue délibération et comparative-ment aux résultats le plus souvent fâcheux, qu'ils obtiennent des autres procédés : que cette opération est une chose avantageuse et approuvée par la morale.

MM. Dézeimeris, Stolz, Velpeau, Paul Dubois, Beck, Devergie, Simonart, Lacour, *y voient une opération raisonnablement indiquée dans certains cas et pouvant constituer une ressource précieuse.*

Pour trancher cette question de moralité, ne suffisait-il pas du bon sens, du sens commun, appliqués à l'appréciation des principes de l'art, dans cette circonstance comme dans toute autre; et malgré les objections de difficultés, de dangers, d'incertitude soulevées contre cette opération, ne pouvait-on pas, avec M. Bégin, en établir quelques-unes des conditions en disant :

1° Qu'on doit s'assurer qu'il n'existe pas d'autre moyen de guérir le sujet; 2° que l'opération aura pour effet ou la destruction complète du mal ou un tel soulagement et une prolongation assez considérable de la vie du malade; que ces avantages compensent les douleurs et les dangers attachés à l'exécution du procédé opératoire; 3° que l'opération elle-même est possible, etc. » (*Nouv. élém. de ch. méd. opérat.*)

Du reste les chiffres n'ont-ils pas depuis parlé assez éloquemment pour entraîner toutes les convictions en faveur de l'accouchement prématuré artificiel ?

M. Wilde (Berlin, 1833,) constate que sur 170 cas d'accouchement prématuré, 161 mères ont été conservées; les 9 qui ont

succombé étaient dangereusement malades avant l'opération. Des 120 enfants amenés vivants, 77 ont survécu.

M. Schippeau (1831). A sa connaissance sur 90 accouchements prématurés; 7 femmes sont mortes, 55 enfants ont survécu, 17 sont morts nés, etc.

M. Kilian, sur 161 opérations, 46 enfants sont morts-nés; mais 115 ont vécu et 73 ont survécu; 8 des accouchées sont mortes, mais 5 au moins ont succombé à des maladies indépendantes de l'opération.

D'après M. Stolz, sur 160 accouchements prématurés, il y eu a 133 enfants vivants. M. Hamilton a pratiqué dix fois cette opération sur la même femme.

M. Velpeau, sur 47 enfants, 26 sont morts-nés; 5 sont nés vivants mais non viables, 16 ont survécu. — Sur 27 enfants, Hamilton en a conservé 23; — Ferrario, 5 sur 6; — Klüge, 9 sur 12; — Burckard, 35 sur 52; — Marschall, 4 sur 4; — Sur ces 144 cas, 88 enfants ont survécu et 3 femmes seulement sont mortes. L'une d'elles à la suite d'hydrothorax, etc.

Terme moyen. *La mortalité chez les femmes ne s'élève guère au-delà d'un vingtième et on peut dire avec quelque certitude, que la moitié au moins de tous les enfants, nés par l'accouchement provoqué, a été sauvée; un quart à peu près a succombé par faiblesse.* En résumé, il est avéré aujourd'hui que les femmes, soumises à l'accouchement prématuré provoqué, courent à peine de danger tant médiate qu'immédiate. Sans doute, le pronostic est moins heureux pour les enfants; mais qui ne sait que dans les opérations qui devraient plus tard remplacer cette pratique, les enfants sont aussi très exposés; la céphalotomie les sacrifie nécessairement; la symphyéotomie amène fréquemment un enfant mort, et enfin quand on se décide à pratiquer l'opération césarienne, très sou-

vent déjà la longueur du travail a porté atteinte aux jours du fœtus sans compter combien plus terribles sont les suites pour la mère. (Simonart.)

Des cas seuls dans le genre de celui cité par Fodéré (*Journal de la Société des sciences, arts et agric. du Bas-Rhin*, 1828) ne suffiraient-ils pas pour établir la moralité de l'accouchement prématuré artificiel ?

« M^{me} R. était enceinte pour la neuvième fois ; les trois premières fois elle n'avait pu être accouchée qu'au moyen de la perforation du crâne et des crochets. Se trouvant en Hollande lorsqu'elle était enceinte pour la quatrième fois, elle fut fortement effrayée au septième mois par un incendie qui se déclara dans le voisinage de son habitation. Aussitôt elle fut prise par les douleurs de l'enfantement ; l'accoucheur qui fut appelé, après avoir appris ce qui s'était passé les trois premières fois, saisit cette occasion pour rompre les membranes et hâter l'accouchement. L'enfant se présentait par les pieds ; il fut extrait vivant (en 1828 il avait atteint sa dix-huitième année). Cette dame devint enceinte une cinquième, sixième, septième et huitième fois. Au lieu de suivre le conseil que lui avait donné l'accoucheur hollandais, de se faire accoucher entre 7 et 8 mois de grossesse, elle attendit chaque fois le terme naturel et chaque fois on fut obligé d'avoir recours à la perforation du crâne. Dans la neuvième couche, malgré la céphalotomie et l'emploi des crochets, M^{me} R... mourut sans être délivrée ; l'ouverture du corps ne fut pas faite. »

Il y a trois ans environ, je fus appelé auprès de M^{me} G..., rue Neuve-des-Petits-Champs, pour l'assister dans sa couche. Bientôt j'appris qu'une première fois, étant accouchée entre sept et huit mois d'un enfant mort, on n'avait pu l'obtenir qu'à l'aide du forceps. Ayant aussitôt constaté l'étroitesse du bassin, qui n'offre guère que 8 centimètres 1/2 à 9 cent. au plus dans son

plus petit diamètre, et la présentation de l'enfant, qui était celle du sommet, je dus attendre plusieurs heures le résultat du travail; après quoi, pour éviter des efforts inutiles et compromettants, mon honorable confrère et ami, le docteur Vidal (de Poitiers) et moi, nous pratiquâmes la version pelvienne, qui ne nous dispensa cependant pas d'une application de forceps pour avoir la tête, retenue au détroit supérieur; mais l'enfant succomba dans toutes ces manœuvres. Consulté plus tard par cette même dame, à l'occasion d'une troisième grossesse, je proposai l'accouchement prématuré artificiel à sept mois, sept mois demi; mais, par des considérations qu'il ne m'a pas été donné de connaître, la femme et le mari, après avoir accepté, ont refusé et ont fait appeler un autre accoucheur, au terme de neuf mois. Depuis j'ai appris que la vie de cette dame avait été mise en grand danger et que son troisième enfant n'avait été extrait qu'entièrement mutilé.

Or, en présence de tels faits et de telles indications, quel est l'homme impartial et sans idées préconçues qui ne décidera pas que, dans de telles circonstances, la moralité est du côté de l'accouchement prématuré artificiel?

Au point de vue de la religion, cette opération est encore morale; car il a été écrit : *Tu ne tueras pas*; or, n'est-ce pas tuer que de ne pas sauver quand on peut? En morale, même principe : « Fais aux autres ce que tu voudrais que l'on te fit à toi-même »; or, au risque de sacrifier l'enfant, quel est le père, quel est le mari qui ne dira pas toujours : Sauvez la mère d'abord (Napoléon) et l'enfant ensuite; ou mieux : Tâchez de sauver les deux si faire se peut.

En justice, que dit la loi? Que quiconque cause un préjudice à autrui est tenu à la réparation. Elle punit ou au moins flétrit l'homme, le citoyen qui laisse périr, sans secours, la personne qu'il pouvait et dès lors qu'il devait tâcher de sauver.

Prétendre ensuite lier le médecin, qui ne peut mériter les titres d'homme utile et honorable qu'en se dévouant à ses semblables et en les faisant bénéficier des progrès de la science, par les articles du Code qui punissent l'avortement criminel et l'homicide volontaire ou même par imprudence ou négligence, n'est-ce pas fausser l'esprit de la loi et l'appliquer par trop judaïquement ?

Aussi terminerions-nous ce chapitre par le vœu formulé par M. Simonart :

« Espérons que pour éviter que l'idée seule de pénalité puisse encore se rattacher à l'accouchement prématuré et arrêter la main de l'homme de l'art, nos corps législatifs ne tarderont pas à consacrer *nominativement*, par une loi, une pratique que l'usage a depuis longtemps sanctionnée dans nos contrées limitrophes ; » si en France les juges, tout en se montrant soucieux conservateurs de la vie humaine, ne s'efforçaient pas d'interpréter la loi dans un sens aussi large qu'humanitaire.

HISTORIQUE.

Tracer l'histoire d'une idée, d'une découverte, d'une méthode dans telle ou telle science, exigerait le plus souvent, pour être aussi vrai que possible, que l'on fit l'exposé complet de toute cette science ; car, dans un tout bien ordonné tout se lie et est solidaire. Que l'on ne pense donc pas que telle découverte ou telle proposition qui se formulent à un jour donné ne l'eussent pas été, si tel homme ne se fût pas rencontré là tout juste pour la faire surgir. Il n'en est rien, à quelques rares exceptions près.

Une idée, une méthode, une découverte fait comme toute

chose en ce monde ; elle y arrive en son temps, c'est-à-dire que tout naturellement elle découle d'autres idées et d'autres découvertes. Aussi, voyez quand une nouvelle invention est signalée à la publicité, combien de gens de la meilleure foi et peut-être avec autant de droit les uns que les autres, en réclament la priorité. C'est que déjà cette invention, comme déduction rigoureuse des faits acquis, était dans presque tous les esprits ; et si tel ne l'eût pas proclamée aujourd'hui, tel autre l'eût fait demain. Il est dans les conditions humaines d'être forcément entraîné par la pensée et la logique à aller de l'avant.

Ces quelques réflexions pourraient peut-être suffire à elles seules à résumer l'historique ou mieux la filiation de l'accouchement prématuré artificiel. Toutefois entrons dans quelques détails.

« Si certaines femmes, dit M. Velpeau, assez malheureuses pour ne mettre au monde que des enfants morts par suite d'une angustie pelvienne, finissent par accoucher, sans secours, d'un fœtus vivant, cela tient ordinairement à ce que, pour cette fois, l'enfant vient avant le terme, ou s'est moins développé que de coutume ; l'accouchement prématuré artificiel n'est donc qu'une imitation de la nature. »

Ajoutons : L'accouchement prématuré nous est donc enseigné tout d'abord par cette même nature. Qu'importe maintenant le nom qu'on lui donnera, les cas dans lesquels on devra y avoir recours et les motifs pour lesquels on l'emploiera ? Ce sont d'autres questions. Il ne s'agit ici que de constater l'origine de ce procédé, qui consiste à avancer le terme d'une grossesse et à faire qu'en copiant la nature dans ses règles et ses écarts, on oblige l'utérus à entrer, quand nous le voulons, en contractions suffisantes pour chasser de sa cavité le produit de la conception.

Or, qui peut mettre en doute que l'avortement, que certes

je ne confondrai pas avec l'accouchement prématuré, n'ait été pratiqué à toutes les époques de la grossesse et dans tous les siècles par des mains plus ou moins bien exercées. Les manœuvres d'Aspasie, signalées par Aétius, en font foi. « Très anciennement déjà on a conseillé et pratiqué l'avortement dans les cas où le bassin était tellement étroit que le fœtus à terme ne pouvait naître par les voies ordinaires. » (M. Stoltz, *Mém. et obs. sur l'acc. prémat.*)

Eucharis Roeslin donne le conseil de provoquer l'accouchement quand on a la certitude de la mort du fœtus.

Or, de l'avortement spontané ou pathologique et de l'avortement provoqué à toutes les dates de la grossesse à l'accouchement forcé, et de ce dernier à l'accouchement prématuré artificiel, si je ne me trompe, il me semble qu'il n'y a qu'un pas, qu'une nuance, qu'un temps d'élection, que le choix d'un mode opératoire, qu'un but légitime et moral à saisir, qui devaient ressortir, à une heure donnée, de l'expérience et de la science des accoucheurs aux prises avec le programme rigoureux de la nécessité.

« Lorsque le bassin d'une femme grosse a si peu de capacité qu'on ne peut y faire passer la tête d'un fœtus à terme par les moyens ordinaires, tels que l'extraction par les pieds ou le forceps, l'art nous offre trois ressources différentes pour terminer l'accouchement. La première consiste à diminuer le volume du corps qui doit passer ; la seconde à élargir la voie naturelle ; la troisième à en pratiquer une artificielle. Chacun de ces moyens a des indications particulières, » etc. Stoltz.

Si nous voulons rattacher par ordre de date ces deux méthodes opératoires, accouchement forcé et accouchement prématuré, nous voyons Louise Bourgeois, en 1642, et Jacques Guillemeau, dans les cas d'hémorragies violentes, donner le conseil

de dilater le col de la matrice avec les doigts, d'y introduire la main toute entière, de rompre les membranes et de faire la version.

Puzos, en 1743, tout en pratiquant l'accouchement forcé, donne l'idée de l'accouchement prématuré artificiel ; car dans son procédé, qu'il a le tort de ne proposer que pour les cas d'hémorrhagies, son but est de mettre graduellement en jeu la contractilité des fibres utérines.

« Pour cet effet, dit-il, il faut introduire un ou plusieurs
« doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écartier par
« des degrés de force proportionnée à la résistance. Cet écartier
« ment gradué, interrompu de temps en temps par du repos,
« fait naître des douleurs; il met la matrice en action, et l'un et
« l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux
« de l'enfant; l'attention doit être pour lors d'ouvrir les mem-
« branes le plus tôt qu'on peut pour procurer l'écoulement des
« eaux. Enfin, la nature et l'art concourant ensemble pour avan-
« cer l'accouchement, il se fait pour l'ordinaire en assez peu de
« temps, et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la
« vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient infailliblement perdue
« par l'accouchement simplement naturel, et qu'ils auraient
« extrêmement risquée par l'accouchement forcé. » (Dézeimeris.)

Mais, c'est en Angleterre, au rapport de Denman, qui le tenait de Kelly, qu'on a pensé pour la première fois à la véritable installation dans la science, et surtout à la pratique de l'accouchement prématuré artificiel.

« De tout temps, on a remarqué que des enfants nés acci-
« dentellement au septième ou au huitième mois de la grossesse
« pouvaient continuer à vivre et se porter dans la suite aussi bien
« que ceux qui sont nés à terme. Ayant vu des femmes accoucher
« prématurément et d'enfants vivants, tandis que dans des accou-

« chements antérieurs, il avait fallu recourir à la perforation du
« crâne et à l'embryotomie ; ils ont imaginé de provoquer des
« contractions utérines à une époque plus ou moins avancée de
« la gestation, suivant le degré d'étroitesse du bassin. » (Stoltz.)

Ce fut en 1756, que les praticiens les plus célèbres de Londres se réunirent en délibération pour aviser, par tous les moyens possibles, d'échapper aux dangers de l'opération césarienne qui, pratiquée sur le Continent avec quelques succès, n'offrait en Angleterre que des résultats déplorables. Il s'agit pour eux, dans les cas d'étroitesse du bassin assez prononcée pour exclure la possibilité d'accoucher à terme d'un enfant vivant, de l'application d'un procédé analogue à celui de Puzos, mais qui se rapprochera encore plus de la nature.

On s'abstient de dilater le col utérin, et l'on se contente de faire écouler peu à peu le liquide amniotique, en perçant les membranes avec un instrument approprié à cet effet. La proposition de cette nouvelle méthode fut décidée par l'affirmative, et Macaulay n'hésita pas à la mettre en pratique le premier. Le résultat fut heureux. Kelly y eut également recours avec succès, et, entre autres, l'appliqua trois fois sur la même femme.

John Barlow, qui venait de publier dix-sept observations d'accouchement prématuré, ne craignit point de faire l'apologie de cette méthode, en réponse aux objections qu'on lui faisait ; aussi, en a-t-il été regardé par plusieurs comme l'inventeur.

Denman, Merriman, Marshall l'appliquèrent également, et obtinrent de tels résultats, que la plupart des praticiens anglais n'hésitèrent plus à l'adopter, se réservant toutefois de n'en user qu'avec prudence.

En Danemarck, Paul Scheel la regarda comme le seul moyen, dans beaucoup de cas, de sauver le plus sûrement à la fois la vie de l'enfant et de la mère.

En Hollande, Salomon de Leyde, Vrolik et Wellembert, se prononcèrent en sa faveur, et signalèrent des succès.

En Italie, Lovati et Fr. Ferrario ont aussi pratiqué cette opération à la clinique de Pavie, mais c'est surtout en Allemagne que la pratique de l'accouchement prématuré artificiel a élu domicile. Ant. Mai fut le premier qui en fit la proposition. Weidmann le suivit de près. Toutefois, Ch. Wendzel, qui ne connaissait pas les observations des médecins anglais, paraît le premier l'avoir mise en pratique. (1804.)

Le succès de l'opération n'empêcha cependant pas de nombreux adversaires de se soulever contre elle. Stein, Joerg, Osiander et plusieurs autres s'efforcèrent de prouver qu'elle ne pouvait qu'être funeste à la mère et à l'enfant ; mais quand on l'eut vu sauver l'un et l'autre, dans les cas nombreux observés par Krauss, Wenzel, Siebol, Kluge, Albert, et en particulier Fr. Reisinger, qui, plus que tout autre, a puissamment contribué à faire connaître par sa monographie les avantages que l'on peut tirer de ce nouveau moyen, la plupart d'entre eux en firent au moins leur profit, bien qu'ils ne se rétractassent pas. L'orgueil humain ne procède pas différemment !

La France seule, tandis que la pratique de l'accouchement prématuré artificiel faisait son chemin chez tous ses voisins, elle qui en avait eu la première idée, dans Puzos, repoussait et reniait pour ainsi dire, une des plus belles conquêtes de l'art obstétrical ; mais les choses se passent toujours ainsi en fait d'idées et de progrès dans notre pays de lumières et d'initiative. Nous ouvrons la marche, et cependant nous n'arrivons qu'après les autres.

En dehors de la réprobation publique, quelques hommes, toutefois, mirent l'accouchement prématuré artificiel en pratique.

Le Vacher de la Feutrerie y avait recours dans les cas où l'étroitesse du bassin devait mettre plus tard dans la nécessité de

pratiquer l'opération si chanceuse de la symphiséotomie (Dézeimeris).

Ant. Petit, au rapport de Sue, l'aurait même employée avec lui.

Tel était à peu près la situation qui lui était faite parmi nous, lorsque Baudeloque publia, en 1781, son beau *Traité des accouchements*, et y proscrivit cette méthode qu'il traitait de *crime*. Dès lors, tous ses disciples et admirateurs firent chorus, le maître avait parlé; et l'accouchement prématuré fut repoussé pour longtemps.

Lauverjat, néanmoins, s'en montre le partisan; mais que pouvait une seule voix contre toutes les autres? on allait même jusqu'à refuser le droit d'examen :

Plus tard, en 1813, 20 et 28, nous voyons Fodéré, seul qui, entraîné, convaincu par un sentiment tout d'humanité, se fait l'ardent défenseur de l'accouchement prématuré artificiel, (*Traité de méd. lég. Police méd. — Mémoires*), dans le cas d'étroitesse du bassin.

Après lui, et sous son inspiration, M. Stoltz, au courant de ce qui se passait en Allemagne, accepte cette doctrine, communique tous les matériaux de sa thèse à l'aide de clinique, M. G. Barckhardt, et descend lui même bientôt dans la lice.

En 1831, il pratique cette opération de la manière la plus heureuse.

La même année, M. Velpeau la pratiquait également sur M^{me} Tarlet, ou mieux la secondait.

Cinq ans après, M. Villeneuve de Marseille l'employait avec succès sur une fille rachitique.

Dès 1834, M. P. Dubois, dans sa thèse de concours, se prononçait pour cette méthode, et la pratiquait; entre autres en 1840, sur la naine Laprati, le succès fut complet. Ce qui lui valut les

attaques de M. Capuron, et des assertions qui n'étaient en rien fondées.

M. Nichet n'a cessé dans ses leçons d'enseigner la doctrine de l'accouchement prématuré, et de le mettre en pratique.

M. Bouchacourt nous a donné des détails sur les procédés de Kilian, Meißner et Schöeller, et pratique lui-même l'opération prématurée.

M. Cazeaux, dans son excellent *Traité des accouchements*, expose cette doctrine et n'hésite point à lui donner son adhésion pleine et entière.

M. Chailly, dans son ouvrage d'accouchements, déclare que cette opération est désormais acquise à l'art obstétrical.

En Belgique, cette France cadette, MM. Simonart et Van-Heuwel surtout, s'en montrent les zélés partisans. M. Van Heuwel l'a pratiquée en 1843 pour la première fois.

Désormais donc l'accouchement prématuré artificiel est entré dans le domaine de la science. Des livres, en plus, il est passé dans la pratique, malgré les anathèmes et les dernières protestations de Capuron, qui n'en resteront pas moins comme la parole d'un homme consciencieux !

Tel est l'état présent de la doctrine de l'accouchement prématuré artificiel. Il ne s'agira plus que d'en user avec convenance et légitimité, et surtout de se garer des excès.

QUELQUES OBJECTIONS.

Avant d'aborder les indications proprement dites de l'accouchement prématuré artificiel, disons encore un mot des quelques objections que ses adversaires, à défaut de mieux, n'ont

pas craint de soulever, sans parler des contre-indications dont nous traiterons plus tard.

1° L'immoralité de l'opération, et l'abus auquel elle peut donner lieu.

Nous ne reviendrons pas sur cette première partie sur laquelle nous nous sommes suffisamment étendu. En tout cas, nous dirions avec M. Silbert : « Singulier crime, singulier attentat que celui dont le but est de conserver deux êtres à la fois ! » Quant à l'abus que l'on peut faire d'une telle opération, nous dirons encore : à ce compte-là, quelle autre opération, quel agent thérapeutique ne devrait pas être frappé de la même réprobation ? Quelle est la chose la meilleure dont on ne peut pas ne point abuser ? « Mais d'ailleurs comment supposer que, dans une position toujours si grave à accepter, à endosser, le médecin se décidera à opérer sans le contrôle et l'assentiment d'un ou plusieurs de ses confrères » (Merrimann) ?

2° Difficultés des indications à être bien précisées.

Nous verrons tout à l'heure quelles sont ces indications. Quant aux difficultés, aux obscurités qui les entourent parfois, qui les accompagnent, il est bien certain qu'elles peuvent exister, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, soit même du côté des procédés à employer. Mais alors le praticien éclairé, consciencieux, en fera deux parts ; si ces difficultés sont trop grandes, il hésitera à opérer, il s'entourera de lumières, il ne se décidera pour un parti décisif que pressé par les circonstances ou un danger imminent, présent ou à venir ; mais si au contraire les indications sont aussi précises, aussi probables que possible, il sera en

droit d'opérer. Différemment qui pourrait faire de la médecine ou de la chirurgie même ordinaire, toute détermination héroïque devenant un crime?

L'opérateur est suffisamment fondé à agir quand il a la certitude pour lui, ou quand il a des probabilités équivalant à une certitude. Quant au procédé, il choisira, cela va sans dire, celui qui lui paraîtra le plus sûr et le plus inoffensif.

3^o Incertitude de l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération.

La science possède à l'heure qu'il est des données assez certaines pour fixer l'époque de la grossesse, et le plus souvent pour établir la mensuration du bassin, ou la constatation des autres difficultés.

Cependant lorsqu'il y aura des obscurités, telles que celles qui peuvent résulter de l'angustie de tel ou tel bassin, on s'entourera des commémoratifs, et l'on ne prendra une détermination qu'avec une extrême réserve, de façon à n'agir que lorsque toute grande incertitude aura disparu et de son esprit et de celui des confrères appelés, c'est bien évident.

4^o Dangers de l'opération, ses résultats, ses suites.

Ici la raison et les chiffres sont d'accord pour prouver que l'on peut déterminer le plus souvent en quelques jours, sans compromettre la vie de la mère et de l'enfant, l'assouplissement du col, la dilatation de l'orifice utérin, les douleurs de l'enfantement, obtenir les résultats les plus heureux et échapper aux suites les plus redoutées. Que demander de plus, surtout si l'on vient à

comparer cette opération avec celles auxquelles, à son défaut, il faudrait infailliblement avoir recours ?

Dans les cas où il y a indication de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, pas un dixième d'enfants n'aurait survécu s'ils étaient venus à terme ; et d'un autre côté, les opérations (opération césarienne, symphysectomie, embryotomie) auxquelles il eût fallu recourir pour obtenir ce triste résultat, auraient suffisamment exposé les mères pour en faire périr un grand nombre. Les statistiques ne sont-elles pas là pour le prouver ?

Relevé de M. Mély (1846).

235 opérations,	157 enfants ont vécu.
	78 ont succombé.
Sur 186 femmes opérées,	175 ont guéri,
	11 sont mortes.
Donc 1 enfant mort sur 3,	
1 femme morte sur 16 ou 17.	

Relevé de M. Stoltz (1838).

Sur 211 cas, la moitié des enfants a vécu ; 1 femme sur 15 à peu près a succombé.

Ces chiffres valent mieux que tous les raisonnements possibles, et sont les arguments les plus éloquents en faveur de l'accouchement prématuré, et encore y a-t-il tout à parier que le perfectionnement des procédés, et que la précision plus stricte des indications donneront de jour en jour des résultats encore plus satisfaisants.

5° *L'enfant, à une époque moins avancée de la grossesse, peut être mal placé.*

Mais à supposer qu'à terme l'enfant fût mieux placé, la mère et l'enfant en courraient-ils moins de risques? Et puis qui ne sait qu'en vérité le plus souvent l'enfant occupe alors la position qu'il occupera plus tard, et qu'en tous cas sa plus grande mobilité en rend au besoin le redressement plus facile.

Quant aux suites immédiates de l'accouchement prématuré, hémorrhagies, épuisement, rétention du placenta, elles sont, dit-on, plus fréquentes que dans l'accouchement à terme et constituent autant de dangers. On ne saurait nier qu'en effet on est exposé parfois à quelques-uns de ces inconvénients, mais il ne faudrait pas les exagérer; mais dans la situation dangereuse dans laquelle se trouvent placés et la mère et l'enfant, n'y a-t-il pas urgence à accepter quelques dangers, qui ne sont que peu fréquents et très incertains, de préférence à des opérations dont les résultats seront le plus souvent funestes?

Les observations recueillies prouvent que les suites de l'accouchement prématuré sont moins terribles qu'on le suppose. Toutefois elles peuvent exister, mais c'est au praticien à s'efforcer de s'en garer ou à y remédier.

Nous en dirons autant pour les suites éloignées de l'opération.

Les femmes seraient vouées à la mort par suite d'ulcères, de squirrhes, de cancers à la matrice? Mais bien des fois l'accouchement prématuré a été pratiqué à plusieurs reprises sur la même femme et des résultats aussi fâcheux n'ont pas été constatés.

Il n'y a même pas, jusqu'à la lactation, qui ne s'établisse presque toujours après l'opération d'une manière régulière et soutenue.

(Macaulay, James, Reicke, Bambotham, Stoltz, Silbert).

Indications.

Le point essentiel, dans l'accouchement prématuré artificiel, est d'en bien préciser les indications, et malheureusement, il n'est pas toujours facile de le faire d'une manière incontestable ou irréprochable. Toutefois, pour tâcher d'y arriver aussi sûrement que possible, voyons quelles seraient les ressources ordinaires offertes à l'accoucheur en dehors de l'accouchement prématuré, en présence d'une angustie du bassin assez exagérée pour que les contractions utérines soient insuffisantes à expulser un enfant à terme, vivant et de dimension ordinaire.

1° Bien établir la présentation de l'enfant, et les différents degrés, le genre, le siège et les causes de l'étroitesse, et pour tout cela le meilleur de tous les instruments de constatation et de mensuration est certainement le doigt, la main de l'homme exercé. Confirmer ensuite autant que possible son diagnostic par un pelvimètre approprié, et surtout tenir compte des commémoratifs, des précédents de la femme ; 2° remplir ensuite, en tenant compte de la présentation de l'enfant, les indications opératoires qui ressortent de cet examen et des différents degrés et de la nature des étroitesse du bassin, non pas qu'elles puissent toujours être établies d'une façon absolue, mais au moins relative.

Ainsi, lorsque le plus petit diamètre aura de 9 à 10 centimètres, attendre, compter encore sur l'énergie persistante des contractions utérines, sur le relâchement des tissus mous, sur la réductibilité possible de la tête, et enfin finir par la version ou le forceps.

De 8 à 9 centimètres, attendre, compter encore sur l'énergie des contractions, le relâchement des tissus, la réductibilité de la tête, et finir encore par la version aidée le plus souvent du forceps,

ou de suite terminer par le forceps seul, qui parfois doit céder la place au céphalotribe, ou après les diverses tentatives de version et de forceps, recourir à la symphyséotomie pour essayer de sauver un enfant dont la viabilité est fortement compromise par toutes ces tentatives.

De 7 à 8 centimètres, compter bien rarement sur la suffisance de la réductibilité et sur la version seule ou avec le forceps, compter peu sur diverses applications de forceps, n'avoir guère de ressources que dans la symphyséotomie conjointement avec la version ou le forceps; ou en finir par l'embryotomie.

De 6 à 7 centimètres, la symphyséotomie, conjointement avec la version ou le forceps, est à peine proposable; l'embryotomie constitue presque la seule ressource.

De 5 à 6 centimètres, l'embryotomie seule, du reste, difficilement exécutable. Au-dessous de 5 centimètres, l'opération césarienne est la seule ressource.

Or, dans ces diverses conditions, quelle part est faite à la mère et à l'enfant?

L'enfant, le plus souvent, est sacrifié en raison de la plus grande étroitesse, à moins qu'on ne pratique l'opération césarienne.

La mère, de son côté, dans de telles circonstances, tant que l'on a recours seulement au forceps, à la version, même à l'embryotomie, et à la rigueur, à la symphyséotomie, n'est que plus ou moins exposée; mais sitôt que l'on tente l'opération césarienne, sa vie est plus que compromise.

Dès lors, concluons et disons avec Reisinger et Stoltz : Le médecin consciencieux qui est pour adopter tel procédé ou telle manœuvre, qui, d'après toutes les probabilités doit compromettre la vie de la mère et de son fruit en même temps, peut-il ne pas s'efforcer de trouver une solution moins homicide ou plus heureuse : *occidit quisquis servare potest, nec servat* ?

Et si, en imitant la nature qui nous donne parfois l'exemple des accouchements prématurés, il peut arriver à agir de la même façon qu'elle, au plus grand bénéfice de la mère et de l'enfant, ne doit-il pas se hâter de le faire ? Et désormais, sous peine de culpabilité, d'homicide volontaire même, quand il sera appelé auprès d'une femme en état de gestation, ne sera-t-il pas tenu de prévoir les difficultés et les périls du travail à venir nécessairement par une cause quelconque, et de préférer l'accouchement prématuré artificiel ?

Mais de même que les manœuvres obstétricales ci-dessus indiquées, l'accouchement prématuré a aussi ses indications précises et approximatives. Quelles sont-elles ?

Etroitesses du bassin.

La première indication qui se présente et celle qui, de prime abord, a donné l'idée de recourir à l'accouchement prématuré, est l'*étroitesse du bassin*. Qu'il soit rétréci ou par étroitesse absolue ou par étroitesse relative, ou par obliquité avec ankylose, par rachitisme, ou par astéo-malacie, par le fait d'une exostose, d'un cal ou d'une tumeur quelconque du bassin, ou des parties molles irréductibles ou inopérables, qu'importe ? Bien ou mal configuré, si le bassin ne peut livrer passage à un enfant ordinaire à terme sans compromettre sa vie ou celle de la mère par les manœuvres qu'on est obligé d'employer, il peut y avoir indication de recourir à l'accouchement prématuré artificiel. — Il peut y avoir indication, car cet accouchement n'est lui-même possible et proposable que dans certaines limites d'étroitesse.

Voici ce que devraient bien comprendre ceux qui, adoptant un

procédé, un instrument, un remède quelconque prétendent tout en obtenir.

Mais pour bien fixer ces limites, il faut deux choses importantes : 1° se rendre bien compte de la configuration du bassin, de son étroitesse et des causes qui la déterminent; ce que le toucher et la pelvimétrie et l'expérience des faits précédents nous font connaître assez exactement; et 2° bien constater le rapport qui peut exister entre l'enfant à diverses époques de la grossesse et le bassin de la mère; tout le problème de l'accouchement à terme ou prématuré se réduisant toujours à la proposition de Deventer : Le bassin de la femme est un canal osseux que doit traverser une tige osseuse.

Ces deux conditions essentielles remplies, il s'agit de fixer l'époque où l'accouchement prématuré artificiel devra être utilement provoqué. Mais s'il est dans l'intérêt de la mère que l'accouchement ne soit pas provoqué trop tard, puisque des difficultés de passage de l'enfant en naîtraient, il est aussi dans l'intérêt de l'enfant que l'on n'opère pas trop tôt, sa viabilité devant en être d'autant moins assurée.

Or, pour agir avec une égale chance de succès dans l'intérêt presque en opposition, toutefois plus en apparence qu'en réalité, de la mère de l'enfant, il faut, tenant compte des dimensions du bassin de la mère et des diamètres de la tête de l'enfant, s'efforcer de choisir l'époque également favorable aux deux, de façon à ce que l'enfant puisse traverser le bassin de sa mère avec suffisamment de bonheur et pour elle et pour lui.

Mais si la plupart des accoucheurs admettent aujourd'hui l'indication de l'accouchement prématuré, tous ne sont pas également d'accord pour en fixer les limites en tant que dimensions et en tant qu'époque, de même qu'en fait de méthode opératoire.

Mais avant de vider ces questions, établissons que l'étroitesse

d'un bassin avec bonne ou mauvaise configuration, peut tout aussi bien se rencontrer au détroit supérieur, qu'au détroit inférieur et dans l'excavation pelvienne. Etablissons encore, ce qui ne saurait être contesté, qu'à terme l'enfant ne pouvant être extrait du sein de la mère que par l'opération césarienne, ou par la symphyséotomie ou par l'embryotomie, selon les indications, opérations des plus meurtrières, ou pour la mère ou pour l'enfant, l'accouchement prématuré artificiel, opération la plus souvent conservatrice de la mère et de l'enfant, doit leur être préférée. Mais dans quelles circonstances et conditions peut-elle et doit-elle être mise en pratique ? Telle est et telle sera toujours la difficulté ; car cette opération a, elle aussi, ses indications et ses exigences.

A l'heure qu'il est, la plupart des accoucheurs admettent comme limite extrême 8 centimètres et demi d'une part et 6 centimètres et demi de l'autre, pour le plus petit diamètre du bassin de la mère. (Pour mon compte je préfère 6 cent. $1/2$ et 9 cent. $1/2$, au bénéfice des enfants, qui différemment courent d'autant plus de risques qu'il sont plus viables.)

A cette mensuration maternelle opposons de suite celle de l'enfant dans les conditions ordinaires et moyennes de santé et de développement.

D'après M. Stoltz, il aurait :

De la 32^e à la 33^e semaine 7 centimètres (2 pouces 6 lignes).

34 — 35 — 8 — (2 — 11 —).

36 — 37 — 8 centim. $1/2$ (3 — 15 —).

Or, en comparant les chiffres de la mère et ceux de l'enfant, nous ne voyons pas qu'on puisse accepter une limite plus extrême, que 6 cent. $1/2$, lorsque pour l'accepter même il faut supposer que la tête de l'enfant encore largement membraneuse est susceptible d'une forte réduction.

Quant à l'autre limite de 8 centimètres et demi, elle est d'autant plus contestée, qu'en vérité elle n'est le plus souvent que probable.

Ainsi, le plus ordinairement avec un tel diamètre, l'enfant arrivé à terme, c'est-à-dire offrant lui-même un diamètre bi-pariétal de 9 centim. à 9 centim. et demi, ne pourra franchir le bassin maternel, et l'on sera forcé de recourir à des applications de forceps, ou à la version qui ne réussiront pas toujours, et alors restera l'embryotomie ou la symphyséotomie. Voici ce qui peut arriver; mais aussi il peut très bien se faire (toutefois ajoutons de suite que c'est le cas exceptionnel), que le bassin maternel dans de telles conditions puisse être parcouru par l'enfant sans beaucoup trop de dangers; soit; mais si de tels faits m'ont obligé à dire que cette limite de 8 centim. et demi était d'autant plus contestée, qu'en vérité, elle n'était que probable, il n'en est pas moins vrai que l'accouchement à terme, spontané, ou sans de trop grands efforts et sans dangers pour la mère et pour l'enfant, est peu possible et par conséquent peu probable avec 8 cent. $1/2$.

Est-ce que même parfois l'expérience ne vient pas prouver à l'accoucheur qu'avec un diamètre maternel de 9 cent. $1/2$ l'accouchement prématuré doit encore être provoqué? Telle femme ayant perdu de suite deux ou trois enfants par le fait de cette même étroitesse seule, ou par le fait du grand développement de chacun de ses enfants à chaque fois, est-ce qu'en vérité la raison et la morale ne disent pas alors que l'accouchement prématuré est indiqué et doit être mis en application. Ramsbotham, dans un cas pareil, n'hésita nullement à recourir à cette opération de l'accouchement prématuré.

Que si à de tels faits on objecte le cas de cet enfant de Solayrès, rapporté par Baudeloque, qui vint au monde spontanément, à terme, malgré le diamètre de 7 centimètres de la mère, que

pourra-t-on prouver ? Rien que je sache. De part et d'autre, au-dessus et ou-dessous de 8 centimètres et demi, il peut se rencontrer de rares exceptions, très-bien ; mais la règle, que dit-elle, et dès lors la raison ? C'est qu'en acceptant 8 c. $1/2$ ou mieux 9 c. $1/2$ comme limite, on est le plus souvent dans la vérité et cela doit suffire pour la conscience et la pratique ; sauf à modifier cette dernière avec telle ou telle femme, d'après les faits précédents qui lui sont personnels, et rien de plus.

Quand il s'agira de primipare, on ne saurait trop apporter de réserve (dit Merrimann), attendu qu'il n'est pas toujours donné de prévoir exactement comment les choses pourront se passer. Aussi certains médecins veulent-ils qu'on ne se décide à opérer l'accouchement prématuré artificiel qu'après la perte de deux enfants au moins. Mais évidemment c'est une crainte exagérée, ou une réserve par trop scrupuleuse et qui ne peut être que probablement funeste à la mère et à l'enfant.

M. Nichet a publié tout récemment le succès qu'il a obtenu sur une rachitique enceinte pour la première fois.

« Pour mon compte, dit M. Cazeaux, j'avoue qu'à l'exemple de MM. Stoltz et Velpeau, je n'hésiterais pas à provoquer les contractions utérines chez une primipare, si j'avais bien constaté le degré du rétrécissement du bassin, et je l'ai déjà fait. L'oblitération du col qui reste fermé, comme on sait, jusqu'à une époque voisine du terme, est sans doute une difficulté de plus à vaincre dans une première grossesse, mais qui n'est pas insurmontable. »

En tous cas on pourrait admettre, jusqu'à preuve du contraire, chez une primipare, 8 centimètres au lieu de 8 centimètres et demi, comme la limite extrême. (Et pourquoi pas 9 c. ?)

Tel est l'avis de MM. Stoltz, Velpeau, Cazeaux.

Quant aux grossesses gémellaires bien constatées, on devrait en général retarder quelque peu l'époque de l'accouchement pro-

voqué, les enfants étant ordinairement plus petits et par là même leur ossification moins avancée. « D'ailleurs, le plus souvent la nature avise elle-même à les expulser par un accouchement avant terme. » (M. Stoltz).

Dans quelques cas où il serait également donné, par le toucher abdominal ou vaginal, de constater sûrement que le fœtus est peu développé, on pourrait retarder l'accouchement encore, au bénéfice de la viabilité de l'enfant, comme dans le cas précédent.

Si l'on avait affaire à une mauvaise présentation de l'enfant, il n'y aurait point contre-indication, mais seulement prescription de s'efforcer, par des manipulations extérieures, de changer en bien les rapports de l'enfant; sauf, si l'on ne pouvait y réussir, à provoquer le travail quand même, et ensuite à agir vis-à-vis de l'enfant comme dans les accouchements à terme quand il y a mauvaise présentation.

Cela posé, disons que l'enfant n'étant viable qu'à la trente-unième semaine, ce n'est qu'à cette époque que l'accouchement prématuré doit être pratiqué.

A cette époque le diamètre bi-pariétal de l'enfant qui a 7 centimètres et qui se trouve le plus souvent en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la mère, qui devra avoir au moins 6 centimètres et demi, ou mieux 7 centimètres et pas plus de 8 cent. $\frac{1}{2}$, (ou mieux 9 c. $\frac{1}{2}$) car au-dessus de 8 cent. $\frac{1}{2}$ (disons 9 c. $\frac{1}{2}$) l'enfant pourrait aller à terme, rend l'accouchement prématuré très praticable. Au-dessous de 6 c. $\frac{1}{2}$, chez la mère, le fœtus ne pourrait passer qu'autant qu'il n'aurait pas sept mois, et par conséquent il ne serait pas viable, bien que la loi française, dans un autre ordre d'idées, l'ait déclaré viable de six à dix mois.

Or le but de l'opération qui se propose de sauver la mère et l'enfant serait complètement manqué.

D'un autre côté, sachant que plus l'enfant approche du terme de la grossesse et plus il est viable, on doit s'efforcer, en tenant toujours compte de l'étendue des diamètres de la mère et de l'enfant, de ne provoquer l'accouchement que le plus tard possible ; se souvenant qu'agir avant la viabilité de l'enfant, c'est provoquer un avortement, qu'agir trop tôt, même l'enfant étant viable, c'est l'exposer ; et qu'agir trop tard, c'est s'ôter le bénéfice de l'opération.

Le difficile de ces diverses indications à remplir, c'est de bien préciser le genre et l'étendue de l'étroitesse du bassin de la mère. Or à cet effet on ne saurait trop s'exercer à pratiquer la pelvimétrie et à porter un diagnostic sûr.

De l'appréciation seule des dimensions des diamètres de la mère et de l'enfant, ressort le choix de l'époque à laquelle l'accouchement prématuré doit être provoqué. « Toutefois (dit M. Stoltz), si quelques erreurs de calcul et de méprise peuvent arriver, elles sont loin d'être insurmontables.

Il convient, en tous cas, de se souvenir que les dimensions de l'enfant, à moins qu'un toucher exceptionnel puisse faire constater le contraire, ou qu'il s'agisse d'une grossesse gémellaire, où les enfants sont supposés être en général plus petits, doivent toujours être supposées normales, et, quant aux dimensions des bassins rétrécis « l'expérience a prouvé que *les indications les plus claires et les plus précises* sont fournies par le rétrécissement du détroit supérieur des bassins rachitiques, ou arrêtés dans leur développement. »

« Quant aux autres bassins et aux autres diamètres viciés, comme il est plus difficile de s'en assurer et d'en calculer l'importance, il convient d'apporter encore plus de soin et de minutieuse attention dans leur appréciation. » (M. Stoltz).

Nous ne saurions non plus mieux terminer ce chapitre que

par ces paroles de M. Dubois, qui sont autant de préceptes qui méritent toute notre attention : « Qu'on ne s'y trompe pas, l'opération césarienne ne saurait être remplacée par l'accouchement prématuré artificiel ; chacune de ces opérations, comme la symphyséotomie, comme l'embryotomie, a ses indications spéciales. »

Si, à l'appui de ces différentes assertions, je devais rapporter ici bon nombre d'observations, je n'aurais que l'embarras du choix ; attendu que c'est assurément avec les conditions d'étroitesse du bassin que plus des trois quarts des accouchements prématurés sont provoqués.

En présence des avantages de l'accouchement prématuré, tout naturellement les esprits logiques ont dû se demander s'il n'y avait pas, s'il ne pourrait pas y avoir d'autres indications à remplir ? Quand un moyen thérapeutique se présente à nous, il est bien naturel de chercher à en étendre les applications, car, en dernier résumé, la médecine spéculative ne serait rien si elle n'arrivait pas à des applications. Eh bien donc ! on a encore proposé l'emploi de l'accouchement prématuré dans les étroitesse du bassin par les tumeurs abdominales, pour l'étroitesse abdominale et encore pour d'autres cas pathologiques que nous allons successivement exposer et discuter.

Mais disons une fois pour toutes qu'en fait d'indications à remplir, il faut les distinguer et les diviser en deux ordres de faits. Ou il s'agit d'obstacles palpables, d'angusties directes ou indirectes et toutes mécaniques, ou il s'agit d'affections purement morbides et non mécaniques proprement dites. Or, dans le premier cas, malgré les déceptions qui parfois peuvent attendre le praticien, il est suffisamment fondé et il doit être largement autorisé à faire ce que son art lui prescrit ; car enfin si des faits matériels mécaniques, palpables, ne suffisent pas pour établir la nécessité de l'accou-

chement prématuré, dans quelles autres circonstances le praticien sera-t-il plus fondé à opérer ?

Que si au contraire il s'agit d'accepter ou de pratiquer l'accouchement prématuré dans les autres cas pathologiques, l'accoucheur y doit être également autorisé en principe, mais non toujours en pratique, attendu qu'ici les probabilités sont moins nombreuses, attendu que pour beaucoup de praticiens peu exercés, ce serait peut-être ouvrir la porte à mille abus.

Mais examinons les divers cas qui doivent nous occuper.

Tumeurs abdominales.

En parlant de l'angustie du bassin nous avons dit que lorsqu'elle était causée par des tumeurs irréductibles ou inopérables, l'indication était la même que lorsque le bassin était rétréci par sa propre déformation. Il est bien évident qu'ici l'obstacle étant le même, l'indication doit être la même ; mais, quand il s'agit de tumeurs mobiles soit du bassin, soit fixes ou mobiles de l'abdomen, l'indication doit être subordonnée à la nature et aux dimensions de la tumeur, à la gêne qu'elle peut apporter au développement de l'utérus, à l'inflammation qui peut résulter de la compression de cette tumeur, et dès lors aux accidents graves qui peuvent s'ensuivre.

En parlant de ces diverses tumeurs, M. Ashwell propose l'accouchement prématuré comme le plus sûr moyen de prévenir les dangers soit pendant l'accouchement, soit après. On ne saurait, en pareil cas, donner une affirmation pour toutes les circonstances ; contentons-nous de dire que l'indication positive doit résulter de la précision du diagnostic et de l'imminence des dangers, exactement comme dans les angusties du bassin ; mais qu'on

ne peut à l'avance donner une affirmation positive pour toutes les tumeurs abdominales. C'est au praticien à porter un bon diagnostic et à s'entourer de conseils éclairés avant d'agir et pour agir.

Étroitesse de la cavité abdominale.

Ici nous répéterons ce que nous avons déjà dit en parlant de l'angustie du bassin, qu'elle soit directe ou indirecte, qu'importe? par là même qu'elle existe, les indications sont les mêmes. Donc, si la cavité abdominale est diminuée par elle-même, par la petitesse, par la conformation particulière de l'individu, n'est-ce pas la même chose que lorsque la cavité abdominale est rétrécie par une tumeur assez volumineuse? Donc, l'indication doit être la même.

Bien mieux, n'est-il pas possible que, dans telle circonstance, la même tumeur ne gêne presque en rien la grossesse, tandis que si nous supposons la cavité abdominale si peu spacieuse qu'elle ne saurait suffire au développement normal de l'utérus, et qu'il en résulte une difficulté constante et un empêchement mathématique à l'accomplissement des grandes fonctions, nous serons forcés d'établir que l'indication de l'accouchement prématuré doit être formelle.

M. Depaul cite un cas d'asphyxie chez une femme rachitique, par étroitesse abdominale. Toutefois disons-le, en général on ne saurait mettre trop de prudence à se décider pour l'affirmative dans des cas pareils, attendu que si, à première vue, l'étroitesse de la cavité abdominale paraît constante, il n'en arrive pas moins le plus souvent que l'élasticité des parties molles de l'abdomen permet à l'utérus de se développer en dehors des parois du

ventre, et quand celles-ci résistent trop, leur résistance sur l'utérus le pousse à se concentrer et à expulser le produit de la conception.

Il y a trois ans je fus appelé en consultation par mon confrère M. Hassan, auprès d'une dame de la rue des Francs-Bourgeois, au Marais, laquelle était de fort petite taille, rachitique, bossue, phthisique et enceinte de cinq mois et mangeant à peine. Les accidents de toux, de suffocation et de marasme étaient tels que mon confrère se demandait si ce n'était pas le cas de provoquer l'avortement. En voyant cette pauvre femme dans un tel état, le premier sentiment que l'on éprouvait était en vérité celui d'une pitié indicible ; aussi était-on plein de sollicitude pour chercher à la soulager.

Toutefois, en présence d'une détermination aussi grave, je fus d'avis d'attendre, tout en proposant de nourrir la patiente et de chercher à la calmer et à la soutenir par quelques potions, sauf à se décider plus tard. Eh bien, de jour en jour, de semaine en semaine, la malade a gagné le terme de neuf mois, et M. Hassan m'a appris plus tard qu'elle était accouchée tout naturellement d'un enfant bien portant, et qu'elle-même, malgré sa pitoyable santé habituelle, n'en paraissait pas trop fatiguée.

De tels faits ne doivent pas jeter dans une confiance illimitée, mais rendre prudents et expectants parfois.

Cas pathologiques qui peuvent réclamer l'accouchement prématuré artificiel chez la mère et chez le fœtus.

Avec MM. Ferniot, Lacour, Cazeaux, Silbert, nous diviserons les maladies qui peuvent nécessiter la provocation de l'accouchement prématuré en trois sortes ; notre division sera :

Maladies propres à la grossesse ;
Maladies intercurrentes aiguës ;
Maladies coexistantes.

Maladies propres à la grossesse.

« Ceux qui ont étudié les affections si diverses de la matrice savent combien les maladies de cet organe réveillent de nombreuses sympathies. Dès lors il est facile de prévoir que la grossesse qui modifie à la fois la forme, le volume, la structure même de l'utérus (et ajoutons ses actes physiologiques), ne pourra parcourir ses diverses périodes sans influencer profondément toutes les fonctions de l'économie. » (Cazeaux.)

Or, dans quelques circonstances et chez certaines femmes, il se produit un changement salulaire dans toute la santé, non-seulement pour le temps de la grossesse, mais encore pour l'avenir ; toutefois, dans le plus grand nombre des cas, il survient des symptômes très fatigants et parfois des accidents fort graves. Leur époque est excessivement variable, ainsi que leur durée. Leur influence est plus ou moins préjudiciable à la mère et à l'enfant. De là, pour quelques praticiens, l'indication de l'accouchement prématuré artificiel, fondée sur quelque raisonnement semblable : « Si la grossesse, bien que le bassin et les autres organes soient dans des proportions et des rapports convenables, détermine des accidents pathologiques tels, que l'état de la mère arrive à inspirer des craintes très sérieuses, à faire craindre un danger imminent, n'est-il pas rationnel et urgent de faire cesser la grossesse pour mettre fin à cette situation ; et comme d'un autre côté la vie de l'enfant doit également être sauvegardée, n'est-ce pas le cas d'avoir recours à l'accouchement prématuré artificiel ? »

Sans doute, si à un tel argument on pouvait toujours répondre par un diagnostic sûr et un pronostic incontestable, il est évident qu'il n'y aurait qu'une réponse à faire : *oui*. Mais il s'agit « ici d'appréciations délicates, demandant le tact médical le plus exercé et dépendant presque entièrement du génie de l'accoucheur. » (Silbert.)

Or, comment répondre autrement que par l'hésitation et en restreignant autant que possible les indications de l'accouchement prématuré artificiel, d'autant que l'observation de tous les jours prouve que si la grossesse détermine les symptômes les plus alarmants dans un temps donné, ils peuvent tout à coup cesser et par conséquent donner tort à l'accoucheur qui eût tenté de prendre un parti trop précipité. Cependant, à côté de ces faits, il en est d'aussi malheureux qu'incontestables, et qui ne sauraient justifier en rien la temporisation du médecin.

En 185..., M^{me} M..., âgée de dix-huit à vingt ans, femme d'un de nos plus habiles ingénieurs en chef des chemins de fer, fut prise, à l'occasion d'une première grossesse, de vomissements si incoercibles et si complets que, malgré toutes les consultations et médications des principaux médecins et accoucheurs de Paris, l'inanition et les accidents les plus graves qui s'en suivirent, déterminèrent la mort vers le cinquième mois. Peu de temps après le mari lui-même a succombé pendant le choléra, mais plus peut-être par suite du chagrin violent qu'il avait éprouvé que par le fait de l'épidémie : ce qui a fait le malheur de deux respectables familles. (M. Robouam.)

Or, dans de telles situations, je le demande, est-ce que le praticien, consciencieux et éclairé n'aurait pas eu la ressource de l'accouchement prématuré si la grossesse eût eu atteint le septième mois? Donc, il y a des circonstances dans la vie du médecin où il y aurait culpabilité de sa part à ne pas agir au risque même de se tromper, quand il y a une somme de probabilités

suffisante pour le faire. « L'accouchement prématuré artificiel est donc d'autant mieux indiqué, et entrepris avec d'autant plus de chances de succès, que les états morbides contre lesquels il est employé, sont plus intimement liés à la grossesse. » (Silbert.)

Les affections propres à la grossesse résultent de diverses causes : ou du grand développement de l'utérus et des compressions, des refoulements qu'il exerce, des perturbations qu'il occasionne dans les principales fonctions; des modifications qu'il subit dans sa texture et sa vitalité, et dans celle des parties voisines, de l'insertion du placenta sur le col, et surtout des sympathies ou retentissements nombreux qui existent entre la matrice pendant la grossesse et tous les autres organes.

De là les vomissements parfois rebelles à toute médication; l'hydropisie de l'amnios, l'ascite, l'anasarque, qui peuvent être portées jusqu'à déterminer un état de suffocation imminente; les métrorrhagies, les éclampsies, les déplacements irréductibles de la matrice, etc., qui peuvent revêtir les caractères les plus graves et menacer les jours de la mère et de l'enfant.

Or, en présence de telles affections ou autres de la même gravité, quels conseils donner, comment apprécier la situation présente ou à venir? Evidemment c'est à l'homme de l'art à s'inspirer des faits qui sont devant lui. Certainement s'il y a danger de mort pour la mère ou pour l'enfant, ce danger ne pût-il être apprécié que par une forte présomption, l'accouchement prématuré est indiqué; car si, de peur de faire fausse route, il fallait toujours renvoyer au lendemain pour se décider, il pourrait bien advenir ce qui arriva à Désormeaux.

Il rapporte (*Dictionnaire de Médecine*) qu'il a assisté à l'accouchement d'une jeune dame dont la taille était contrefaite; la respiration était tellement difficile que, pendant les deux derniers mois de la grossesse, elle fut obligée de garder constamment

une situation verticale : elle se reposait et dormait en se mettant à genoux sur des coussins, et s'appuyant les coudes sur d'autres coussins très élevés ; la moindre inclinaison du corps en arrière produisait une menace de suffocation ; la respiration était fort incomplète, la face tuméfiée, les lèvres bleuâtres. Cette dame fut obligée de rester debout pendant tout le travail de l'enfantement, qui fut long, pénible, et qui ne put être terminé que par l'excération de l'enfant. Elle mourut trois jours après l'accouchement et sans fièvre ; elle sembla s'éteindre par une asphyxie lente. A l'ouverture du cadavre on trouva les poumons refoulés à la partie supérieure du thorax, compactes, d'un rouge brunâtre et ne crépitant que dans une petite portion.

Or, comme le fait observer M. Favre, si on eût provoqué l'accouchement à sept mois et demi, on eût presque eu la certitude de sauver la mère et l'enfant.

Une femme enceinte, de Fuldi, vomit pendant trente semaines de grossesse, tout ce qu'elle ingérait dans l'estomac ; les moyens les mieux indiqués échouèrent. L'accouchement prématuré provoqué lui sauva la vie ainsi qu'à son enfant. (Schneider.)

Après ce fait citons-en un autre. En 1836, M. Stoltz donna des soins à une dame qui fut dans un état très alarmant pendant plusieurs semaines, par la dimension énorme de la matrice renfermant des jumeaux. Vomissements, dyspnée, palpitations de cœur, auxquels se joignirent des lipothymies effrayantes ; tels étaient ces symptômes. Après une défaillance, les eaux de l'amnios s'écoulèrent tout à coup et les accidents se dissipèrent à mesure que le travail avança. (F. Ferniot, thèse.)

Deux choses ressortent de cette observation : 1° que la nature nous donne parfois elle-même l'exemple de l'accouchement prématuré ; et 2° que lorsqu'il y a une grossesse gémellaire, il vaut

mieux compter sur elle que sur nous, à moins des raisons les plus pressantes d'agir.

Dans les cas d'hémorrhagies graves, il peut aussi se rencontrer des indications d'accouchement prématuré, et le plus souvent forcé, lorsque les accidents se sont montrés d'une façon menaçante et ont résisté aux moyens rationnels fournis par la thérapeutique.

A en juger par ce qui passe encore dans la nature, on peut conclure que l'éclampsie est un des cas graves qui réclame parfois aussi l'emploi de l'accouchement prématuré. Souvent on a vu la déplétion de l'utérus mettre fin aux accidents les plus terribles. Mais si, jusqu'ici, la plupart des chirurgiens avaient été d'avis de recourir à l'accouchement prématuré, à l'heure qu'il est cette doctrine compte beaucoup d'opposants; les uns regardant l'accouchement prématuré comme insuffisant en ce sens, qu'à moins d'avoir recours à l'accouchement forcé, il demande trop de temps pour s'accomplir, et par conséquent arrivera trop tard pour remédier aux accidents éclamptiques; et les autres le repoussant « comme trop dangereux par la surexcitation du système nerveux qui résulte des manœuvres exercées sur l'utérus, et qui peut augmenter l'intensité des accès » (Silbert.) Or, que serait-ce de l'accouchement forcé ? C'est l'opinion de M. Dubois : « Je suis disposé à croire que l'éclampsie serait moins mortelle si tous les accoucheurs étaient bien convaincus que l'intervention hâtive de l'art, au lieu d'être utile, est au contraire funeste. »

Deux points dominant donc toute cette question : L'utilité le plus souvent constatée de débarrasser l'utérus, bien que les accès aient souvent persisté après, ou ne se soient montrés qu'après l'accouchement, et le danger de violenter l'utérus, ce qui ne ferait que le surexciter. Aussi plusieurs médecins se sont-ils décidés pour l'expectation. Mais, leur répond-on : les moyens d'opé-

rer sont aujourd'hui plus doux, et dès-lors vos craintes ne sont plus fondées; soit, mais vous ne ferez pas que, même avec ces moyens, la déplétion de l'utérus ne se fasse attendre longtemps. Cependant, s'il est bien démontré qu'on doit agir dans cette circonstance avec une prudence extrême, il n'en est pas moins vrai que, non-seulement la mère, mais aussi l'enfant, courant de grands dangers, il convient parfois de recourir à l'accouchement provoqué.

Sur neuf observations dues à MM. Lovati, Villeneuve, Steinbrenner, etc., on trouve un cas de mort pour neuf femmes et deux enfants vivants avec l'accouchement provoqué, tandis que les statistiques de l'éclampsie nous prouvent qu'au moins le quart et près de la moitié des femmes succombent. Mauriceau cite dix-neuf cas de mort sur quarante-deux femmes; encore tous ces cas d'éclampsie ne se rapportent-ils pas seulement à la période qui a précédé ou accompagné le travail. « La mortalité est bien plus effrayante quand on ne compte que les cas d'éclampsie survenus pendant la grossesse. » (Steinbrenner.)

« Quant aux enfants, lorsque les attaques ont été intenses et répétées, on peut considérer la conservation de la vie comme l'exception; la plupart des enfants naissent morts. » MM. Du Bois, etc., etc.)

Maladies intercurrentes aiguës.

En dehors des conditions, pour ainsi dire physiologiques et pathologiques de la grossesse, la femme enceinte est susceptible de contracter, comme toute autre, des affections intercurrentes aiguës, lesquelles peuvent, non-seulement recevoir une influence fâcheuse de la grossesse, mais encore devenir d'autant plus graves,

plus menaçantes que la grossesse peut être, dans certains cas, une contre-indication à la médication appropriée, sans compter les dangers courus par l'enfant. Une maladie aiguë de la poitrine, un épanchement considérable de la plèvre, l'apoplexie, une péritonite aiguë, l'épilepsie, etc., et autres cas dont le médecin doit rester juge, peuvent parfois réclamer l'accouchement prématuré.

« Nous sommes convaincu que pendant, ou à la suite d'états pathologiques graves, on peut et on doit débarrasser l'utérus quand cela paraîtra nécessaire. » (Dubois; leçons orales.)

« Si la grossesse est souvent la cause de l'apparition ou de l'aggravation de certaines maladies, la parturition possède parfois le pouvoir d'apporter, même dès son début, de telles modifications dans l'économie, qu'il en résulte la cessation ou la suspension de certaines autres maladies. » (M. Villeneuve; rapport à l'Académie de médecine, juillet 1850.)

Mais, disons-le, les indications à remplir en pareil cas, sont si délicates, si entourées de témérités et de périls, qu'en vérité tout en établissant le principe de l'indication *parfois* de l'accouchement provoqué, on ne saurait cependant trop apporter de prudence et d'hésitation à le mettre en pratique. Du reste, ce n'est pas seulement dans l'intérêt de la mère qu'il faut se décider; la vie de l'enfant, qui peut aussi être fortement compromise par l'état de la mère, doit également être prise en grande considération, l'accouchement prématuré devant se proposer tout d'abord, autant que possible, le salut de la mère et de l'enfant.

Dans le choléra, quelques praticiens ont proposé l'accouchement provoqué, comme moyen thérapeutique pouvant sauver la mère et l'enfant; mais, dans le cas où tout semblerait prouver que la mère est perdue, ne devrait-on pas encore se hâter d'assurer au moins le salut de l'enfant?

Mais toutes ces questions, encore une fois, ne peuvent être que bien difficilement résolues, et encore seulement par l'homme de l'art assistant la malade et suivant pas à pas la maladie et ses péripéties. En tous cas, à l'appui de ces théories, citons trois observations qui prouveront plus que tous les raisonnements possibles ne sauraient le faire. Nous les empruntons à l'excellent travail de M. Silbert, et elles nous paraissent si pleines d'intérêt que nous ne croyons pas devoir en retrancher une seule.

Accouchement prématuré, artificiel, provoqué par M. Meisner, de Leipsick.

« La femme A..., déjà accouchée plusieurs fois avec facilité, était de nouveau enceinte, et ne comptait plus que quatre semaines pour aller jusqu'à terme, lorsque le 23 mai 1833, chargée d'un lourd fardeau, elle tomba à la renverse sur son escalier et se fit de fortes blessures au sacrum. Il survint immédiatement une néphrite, caractérisée par de violentes douleurs dans les lombes, et par une hématurie ; à la suite d'une saignée, d'une émulsion huileuse, d'une infusion de graine de lin et du repos, il ne parut plus de sang dans les urines, mais les douleurs dans la région rénale devinrent plus intenses. (Emulsions huileuses, sinapismes.)

« Le 25, symptômes de péritonite. (Seize sangsues, sinapismes, 0,025 grammes de calomel toutes les trois heures, frictions d'onguent mercuriel dans la région lombaire, d'où la douleur s'irradiait en tous sens vers le bas-ventre. »

« Le 26, abdomen extrêmement sensible, respiration anxieuse, vomissement de toute espèce de boissons. (Nouvelle saignée sans soulagement.) »

« Le 27, même état. (Sangsues, sinapismes; sans amélioration.) »

« Le 28, M. Meisner fit la ponction de l'œuf d'après sa méthode; déjà cinq à six heures après le travail commença avec de violentes douleurs, et fut terminé en peu d'heures par la naissance d'une fille bien portante; bientôt après la malade se trouva soulagée, mais elle se plaignit de tranchées extraordinaires qui lui coupèrent même la respiration; pour les calmer, et dans la vue de favoriser la transpiration puerpérale, on administra des poudres composées, à parties égales, d'ipécacuanha et d'opium, 0,009 grammes toutes les deux heures. »

« Le 29, amélioration sensible sous tous les rapports; pouls moins fréquent et moins dur; lochies et transpiration abondantes; bas-ventre à peine sensible au toucher. »

« Le 31, plus de sensibilité au bas-ventre; la mère, dans un état très satisfaisant, nourrit son enfant, mais elle éprouve une légère salivation par l'effet du mercure; bientôt guérison complète; l'enfant continue à se bien porter et à prendre le sein de la mère. Il est évident que les contractions suivirent de si près la ponction, dans ce cas, à cause de l'irritation du péritoine et des reins. » (*Gazette méd. de Paris*, 1841; Silbert.)

Observations de M. Bouchacourt.

« Constance Goyet, âgée de vingt-sept ans, de bonne constitution, entra à la Charité de Lyon, enceinte de sept mois. Huit jours après elle se plaignit de dyspnée, surtout à la région du cœur, et d'un œdème douloureux à la jambe gauche. »

« En peu de temps, l'œdème gagna les deux jambes, les cuisses

et l'abdomen, ainsi que la face et les membres supérieurs, matité du poumon gauche. Les diurétiques, la mauve, les mouchetures n'apportent aucune amélioration. »

« Le 7 janvier 1849, on constate que les deux cavités pleurales et le péricarde sont envahis par l'épanchement. La malade ne peut respirer qu'assise, et même avec une difficulté extrême. (Deux larges vésicatoires sur la poitrine.) »

« Le 9, un mois avant l'époque où, au dire de la malade, elle devait accoucher, un érysipèle menace de s'établir à la face. La suffocation est imminente. Malgré les difficultés du toucher, on constate une présentation du vertex à travers les parois utérines amincies; le col est un peu effacé. Le même jour, à trois heures du soir, M. Bouchacourt, après avoir reconnu les dimensions anormales du bassin, fait pénétrer dans le col, à une profondeur de 2 à 3 centimètres, un morceau d'éponge préparée qui est laissé en place. »

« A neuf heures du soir, quelques douleurs de reins se déclarent.

« Le 10, à sept heures du matin, les eaux sont expulsées, et trois quarts d'heure après environ, l'accouchement était terminé; la délivrance se fit presque immédiatement. L'enfant, quoique bien constitué, fut, suivant l'usage de la maison, et parce qu'il parut un peu faible, allaité seulement au biberon, et mourut au bout de treize jours. L'accouchée passa dès le lendemain, une nuit bien meilleure que depuis longtemps; tout alla de mieux en mieux. Quelques sangsues à la vulve, de légers laxatifs furent les seuls remèdes employés.

« Dès le 21, l'anasarque et les divers épanchements avaient presque complètement disparu, lorsque la malade se plaignit de nouveau d'un œdème douloureux à la jambe et au pied droit. Grâce aux diurétiques, aux opiacés, associés au quinquina, ce nouvel ac-

cident n'eut pas de suite ; la guérison fut complète. Six semaines après, les règles reparurent, et depuis lors cette femme s'est toujours bien portée ; M. Bouchacourt a pu s'en assurer encore au mois de mars. » (Silbert.)

Observations de M. Villeneuve. (Archives méd. du Midi, 1848.)

« Une femme, âgée d'environ vingt-cinq ans, se trouvait, au cinquième mois de sa grossesse, dans un état si alarmant qu'elle semblait devoir expirer dans quelques instants : Sueurs froides, pouls insensible, oppression considérable, face livide, ne pouvant proférer aucune parole, tout en ayant la conscience de ce qu'on lui dit. Nous procédons au toucher, qui nous permet à peine d'arriver à l'orifice fortement dirigé en arrière. Celui-ci permet à peine l'introduction du doigt ; il n'y a aucune contraction utérine. Nous ne voyons d'autre salut pour cette femme que dans un accouchement prompt. Son médecin, le docteur Chaudoin, entre heureusement à l'instant même. Nous lui communiquons notre pensée, à laquelle il adhère, et, au moyen d'une plume d'oie, dont nous taillons l'extrémité en biseau, nous parvenons avec quelque difficulté à rompre les membranes ; l'eau s'écoule, des contractions s'établissent au bout d'un quart d'heure, la face s'anime, le pouls semble se relever un peu. »

« Nous cédon, comme malgré nous, au désir manifesté d'une saignée que pratique le médecin, pendant que nous explorons d'une main le pouls de la malade. Elle supporte assez bien cette évacuation sanguine, qui est peu abondante. Nous administrons aussitôt après 1 gramme de seigle ergoté, et nous confions dans cet état la malade aux soins de la sage-femme. Nous revenons une

heure après, elle recevait les sacrements. Comme elle était toujours froide, nous lui prescrivîmes une potion excitante ; il était alors neuf heures du matin. Nous retournâmes à quatre heures du soir, on venait de faire baptiser l'enfant, qui était né à midi. Les suites de couches se sont bien passées, et dans ce moment la mère et l'enfant sont dans un état satisfaisant. »

Après avoir lu de telles observations, disons qu'il n'est pas douteux que les maladies intercurrentes aiguës peuvent parfois exiger la provocation de l'accouchement prématuré ; mais ajoutons qu'il est impossible de fixer à l'avance d'une manière absolue les circonstances dans lesquels on devra l'opérer. En tous cas, *ne pas nuire et être fondé à essayer de sauver la mère et l'enfant*, telle doit être la règle de conduite à tenir.

MALADIES COEXISTANTES POUVANT RÉCLAMER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Indépendamment des affections que nous venons plutôt de signaler que d'étudier, et qui sont propres à la grossesse, ou qui parfois se déclarent pendant le temps de la gestation, il en est d'autres qui peuvent lui être antérieures, persister avec elle, et s'aggraver, ou en influencer la marche et faire craindre que la femme ne puisse arriver à terme et par conséquent que la vie de la mère et de l'enfant ne soit compromise. Or, dans de telles conditions, l'accoucheur n'a-t-il pas encore à se demander si l'accouchement prématuré artificiel ne serait pas indiqué ? Sans doute il peut l'être, mais comment décider les cas dans lesquels on devra le pratiquer. Ici, comme dans une partie des affections précédentes, tout est incertitude et doit être hésitation.

Ainsi hémoptysie, hématomèse habituelles, phthisie, anévrysme, asthme, hernie étranglée, épuisement, syncopes répétées, ulcérations, gangrènes, etc., peuvent offrir force indications d'accouchement prématuré à provoquer. Mais encore une fois qui peut être juge de l'opportunité de l'opération, si ce n'est le médecin, s'inspirant des accidents dont il est le témoin ?

Admettons en principe que l'accouchement provoqué est et doit être un agent thérapeutique à la disposition du praticien, soit ; mais pour cet agent comme pour beaucoup d'autres ne cherchons pas trop à fixer quand et comment on devra y recourir.

« Du reste l'influence réciproque des maladies sur la grossesse et de celle-ci sur les maladies n'a été niée par personne. » (M. Lacour.)

Tout naturellement la grossesse fait naître dans l'économie un trouble, une fièvre, une énergie qui ne peut que hâter le travail destructeur qui se fait sur tel ou tel organe, et peut, tout en entraînant la mort de l'enfant, déterminer dans un temps assez court, la mort de la malheureuse mère.

« Les femmes qui succombent, pendant la grossesse, aux progrès d'un état pathologique grave, accouchent avant de mourir d'enfants morts. Il est évident que l'expulsion du produit de la conception doit alors être considéré comme un effort tardif de la nature, qui devient sans doute plus nuisible qu'utile, en exigeant un développement de forces qui épuise les malades, tandis que si la déplétion de la matrice était arrivée plus tôt, elle aurait fait l'effet d'une crise salutaire, diminué l'excitation générale, le trouble de l'économie et facilité la résolution du mal. » (Stoltz.)

Dans l'impossibilité de poser d'autres règles que celles du salut de la mère et de l'enfant, ou au moins de l'un des deux si l'autre

ne peut être sauvé, citons quelques observations relatives aux indications que nous venons de signaler.

Observation. — Simmons, de Londres, rapporte l'histoire d'une dame qui, par suite de plusieurs incommodités et de l'impossibilité de se nourrir, aurait été infailliblement exposée à périr, lorsque, après avoir employé tous les moyens pour la soulager, il se décida à provoquer un travail prématuré au septième mois de la grossesse.

Le 24 mars 1813, vers huit heures du soir, il rompit les membranes et vingt-deux heures après, la femme commença à être en travail.

Le même soir à dix heures, elle accoucha d'un enfant qui vécut. Avec sa délivrance tous les symptômes qui l'avaient fatiguée durant la grossesse, diminuèrent graduellement. » (Fodéré, *Dict. des sc. méd.* t. 44.)

Observation. — « Une jeune fille de 17 ans, d'un tempéramment nerveux, d'une constitution grêle et délicate, avait conservé une santé assez bonne qu'elle devait aux habitudes régulières et au régime qu'elle avait toujours suivi, lorsqu'elle devint enceinte pour la première fois. Ce nouvel état vint apporter une perturbation profonde dans sa constitution, déjà si débile ; elle devint triste, inquiète et fatiguée par des vomissements continuels dont la violence la contraignit de demander les conseils d'un médecin, mais en lui cachant soigneusement qu'elle pouvait être grosse. Ce dernier mit en usage successivement et inutilement la saignée répétée, les révulsifs, les résolutifs, les sédatifs. »

« La grossesse était arrivée à son septième mois, quand cette jeune fille entra à la clinique d'accouchement, vers le milieu d'octobre 1830 ; son état était vraiment digne de pitié : réduite presque au marasme, elle était tourmentée par une faim continuelle qu'elle ne pouvait satisfaire, l'estomac rejetant tous les aliments aus-

sitôt après leur ingestion. Cet organe n'avait pas conservé davantage les médicaments qu'on avait administrés. »

« Vers la fin d'octobre, les accidents augmentèrent d'intensité, les vomissements furent accompagnés de crampes d'estomac et de convulsions générales. — Au bout de quelques jours, celles-ci prirent le caractère que Sauvages assigne à l'éclampsie puerpérale. Il est difficile de peindre l'état d'anéantissement qui succédait à chacun de ces accès. Quels moyens pouvait-on opposer à des accidents aussi graves? La saignée qui, dans la plupart des cas analogues à celui-ci, a été considérée comme le remède le plus efficace, ne pouvait plus être pratiquée, attendu les défaillances continuelles de la malade. Les antispasmodiques, sous quelque forme qu'on voulût les administrer, ou tout autre médicament, étaient sans action, puisqu'ils étaient rejetés par le vomissement aussitôt après avoir été pris. On ne pouvait recourir qu'aux révulsifs, et le professeur Lovati employa, préférablement aux autres moyens de cette espèce, et pendant l'intervalle des accès, l'immersion des pieds et des mains dans de l'eau très chaude, en même temps que des ablutions froides sur la tête ; mais il n'en résulta aucun effet sensible, (le vésicatoire avait été appliqué à l'épigastre). »

« D'après ce qui précède, chacun peut juger de l'extrême gravité de cette maladie : l'éclampsie puerpérale, déjà si dangereuse par elle-même, menaçait d'autant plus inévitablement les jours de la malade, que cette dernière, naturellement faible et débile, était réduite à un état de marasme avancé, qui donnait tout lieu de craindre que la mort ne survint dans un des accès convulsifs qui se succédaient sans relâche. Dans cette conjoncture, quoique le meilleurs praticiens pensent que l'accouchement dont le travail est accompagné d'éclampsie soit bien souvent mortel, on devait désirer cependant qu'il eut lieu, car c'était l'unique chance de salut qui restait encore. Mais au milieu des contractions muscu-

lares et des secousses convulsives générales qui agitaient le corps de la malade, on n'avait pas observé la moindre apparence d'un commencement de travail, l'utérus semblait être seul soustrait à l'influence de l'irritation cérébro-spinale. »

« Une réunion de circonstances aussi graves décida le professeur Lovati à pratiquer artificiellement l'accouchement. Sans doute on pouvait craindre que ce développement des douleurs utérines n'aggravât momentanément les accidents qui menaçaient les jours de la malade, d'autant plus que le travail de l'accouchement influe toujours notablement sur la circulation et le système nerveux de la femme, mais on pouvait aussi espérer un résultat heureux, car l'expérience a prouvé que les convulsions générales qui accompagnent la grossesse se sont dissipées très souvent par l'accouchement. Enfin, en n'employant pas ce moyen, qui désormais était le seul qui offrit quelque ressource, on n'avait plus d'autre perspective que celle de voir succomber la mère et l'enfant, par les progrès d'une maladie que rien n'avait pu combattre efficacement. »

« Le 13 novembre, à une heure après midi, les membranes furent percées avec une sonde à dard, et les eaux s'écoulèrent assez abondamment. On avait espéré, en opérant de la sorte, hâter la sortie de l'enfant ; mais il n'en fut pas ainsi ; les douleurs ne commencèrent à se manifester que sur les six heures de l'après-midi du jour suivant, 14 novembre ; dans cet intervalle de vingt-neuf heures, il n'y eut qu'un seul accès d'éclampsie ; pendant les douleurs du travail, on observa, de temps en temps, quelques mouvements convulsifs, mais qui n'augmentèrent pas d'intensité, et la jeune malade accoucha heureusement, au bout de deux heures, d'un enfant de huit mois plein de vie et de santé. »

Avec l'accouchement, disparurent comme par enchantement les convulsions générales et les vomissements qui n'avaient pas cessé d'exister depuis si longtemps. Dès ce moment, les forces de

la malade revinrent assez promptement sous l'influence d'un régime convenable, et elle sortit de l'hôpital dans l'état de santé le plus parfait. (Lavoti.)

Observation.

« Une femme, déjà accouchée sept fois, avait eu dans toutes ses grossesses, un goître qui devenait, vers la fin de la gestation d'un volume énorme, et occasionnait de grandes difficultés de respiration et des accès de suffocation. On fut chaque fois obligé de la saigner à différentes reprises, mais cette médication l'affaiblissait, au point qu'elle était obligée de garder le lit tout le neuvième mois. Enceinte de son huitième enfant, on se conduisit comme dans les autres grossesses; la difficulté de respirer devint plus grande que jamais. »

« Au commencement, on saigna toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours, enfin, tous les cinq ou six jours. Sans cette précaution, la face devenait violette, et une attaque d'apoplexie devenait imminente. Par suite de ce traitement, la malade devint tellement infiltrée, qu'on ne pouvait plus trouver de veines. Vers le commencement du neuvième mois, d'Outrepont fut appelé en consultation, et proposa de provoquer l'accouchement : on s'y refusa. Le lendemain, l'état de la malade s'aggrava considérablement; mais au milieu des angoisses, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, et elle fut délivrée; l'enfant était vivant. » (Simontart.)

Cette observation est d'autant plus intéressante, que la nature elle-même s'est chargée d'opérer l'accouchement prématuré.

Observation. — « Revel (Louise), âgée de trente-sept ans, mar-

chande des quatre saisons, fut apportée à l'hôpital St-Antoine, le 16 octobre dernier, (salle Ste-Thérèse, n° 15), en proie à des accidents d'apoplexie pulmonaire des plus graves. Enceinte de huit mois, elle avait été prise, vingt-quatre heures auparavant, au milieu d'une santé parfaite, d'une oppression très forte et d'une toux fatigante, suivis de quelques crachats sanglants. »

« A son entrée à l'hôpital, la face était cyanosée, les lèvres bleuâtres, la respiration haute et fréquente, et la dyspnée si intense que la malade se tenait assise sur son lit, et renversait fortement la tête en arrière à chaque inspiration; expectoration très abondante, consistant en un liquide rouge, spumeux, ressemblant à du sang mêlé d'une grande quantité d'eau et couvert d'écume, sans caillots; on entendait à distance des râles muqueux et une sorte de gargouillement ayant son siège dans la trachée; pas de matité appréciable, et même sonorité exagérée le long des gouttières vertébrales; gros râle sous-crépitant mêlé de râle sibilant prolongé, couvrant les deux temps de la respiration dans toute l'étendue de la poitrine, excepté à la partie latérale du poumon gauche, où les ronchus sont moins nombreux; bruits du cœur masqués par la sibilance; pouls à 128°, petit, à peine sensible, irrégulier; extrémités froides et cyanosées; impossibilité d'ausculter le souffle placentaire et les bruits du cœur du fœtus, dont les mouvements avaient cessé de se faire sentir depuis vingt-quatre heures (saignée de 350 gram.; deux heures après 30 ventouses sèches, dont 15 vésicantes appliquées sur les parois thoraciques, et julep avec 0, 75 de sulfate de cuivre). »

« La saignée avait amené un soulagement très marqué immédiatement; mais les râles persistaient encore le lendemain dans la poitrine, et les crachats, bien que moins abondants, étaient encore teints de sang. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine. Une deuxième saignée du bras fut même pratiquée le 19, pour ne

finir avec l'expectoration sanglante; quelques jours après, en effet, la malade semblait débarrassée de tous ses accidents. »

« On apprit alors que cette femme, assez maigre et d'une constitution médiocrement forte, était sujette à s'enrhumer les hivers, et toussait depuis longtemps; sept fois enceinte dans l'espace de neuf années, tous ses enfants étaient morts très jeunes. La malade offrait du reste quelques signes de tuberculisation : diminution de sonorité et expiration prolongée, mêlées de râles sibilants, avec un peu de retentissement de la voix au sommet du poumon gauche; quelques signes de tuberculisation, mais moins prononcés au sommet droit. »

« On pouvait croire que la malade allait marcher régulièrement vers la terminaison de sa grossesse, lorsque le 22 octobre elle fut prise, pour la deuxième fois, d'oppression et de crachement de sang. Une saignée de 350 grammes fut sans résultat, et le lendemain la malade était assise sur son lit, les jambes pendantes et œdématisées, la face amaigrie et jaunâtre, les pommettes plaquées de rouge, les pupilles très dilatées, le pouls faible, 120 pulsations, la respiration haute et pénible, 48 inspirations par minute; expectoration sanglante, spumeuse, abondante; les mouvements du fœtus ne sont plus perçus depuis vingt-quatre heures; impossibilité d'examiner la malade, et surtout de rechercher les battements du cœur et de l'enfant. »

« Tout en cherchant à combattre ces graves accidents pulmonaires par un vésicatoire volant sur le dos, et par un julep avec l'acide gallique, M. Aran ne crut pas pouvoir abandonner la grossesse à elle-même, et introduisant la sonde utérine dans la cavité de la matrice, il chercha à décoller les membranes; mais le soir arriva sans qu'aucune douleur puerpérale se fut manifestée, le col, toujours mou, ne s'était pas dilaté, rien n'annonçait qu'il y eut un commencement de travail; des injections d'eau tiède furent faites

pendant dix minutes dans la cavité utérine, au moyen d'une sonde introduite dans le col. Deux heures après le travail commençait, et il se termina au bout de trois heures par l'expulsion d'un enfant vivant. »

« Les suites de cette opération furent des plus simples : le lendemain, 24 octobre, l'expectoration était déjà moins abondante, les crachats toujours sanglants, mais plus consistants, le pouls toujours fréquent, mais la respiration bien moins précipitée, 24 inspirations par minute, et les râles moins abondants. »

« A partir du 25, les crachats cessèrent d'être sanglants, les râles disparurent peu à peu, et le 30, la malade allait tout à fait bien, ainsi que son enfant qu'elle nourrissait. Elle est sortie quelques jours après de l'hôpital en très bon état. (*Bulletin général de thérapeutique méd. et chir.*, 15 avril 1857.) »

INDICATIONS RÉSULTANT DE L'ÉTAT DU FŒTUS.

Toute question peut être envisagée sous plusieurs faces.

L'accouchement prématuré doit être provoqué dans certaines conditions anormales fournies par la mère; mais, si lorsque la mère offre l'étroitesse du bassin, on avisait, pour déranger l'ordre de la nature, au moyen de diminuer pour ainsi dire le fœtus, de façon que venant à terme, il ne présentât pas le développement de son âge, ne serait-ce pas, tout en évitant l'accouchement prématuré, arriver au même résultat ?

Après cette question, on s'en est posé une *seconde* : La mère étant dans des données de dimensions normales, ne peut-il pas se faire que le fœtus arrive à des proportions exagérées, et que l'accoucheur soit tenu de provoquer l'accouchement pour éviter les difficultés, ou mieux les impossibilités de passage ?

3^e Question. — Ne peut-il pas arriver que l'enfant, bien que n'étant pas plus volumineux par lui-même, offre des tumeurs, des monstruosités qui, par le fait, exagèrent ses dimensions?

4^e Question. — Si l'accouchement est tardif, l'enfant ne sera-t-il pas plus fort qu'il ne le serait à neuf mois, et alors n'y a-t-il pas indication de provoquer l'accouchement à terme?

5^e Question. — Si des enfants qui vivraient au huitième mois, par exemple, venaient toujours à succomber avant l'accomplissement du neuvième, n'y aurait-il pas pour les autres grossesses de la même femme à provoquer l'accouchement prématuré?

6^e Question. — Si l'on avait la certitude que l'enfant est mort, n'y aurait-il pas avantage à provoquer l'accouchement, pour faire échapper la mère aux dangers, à la putréfaction de son fruit?

7^e Question. — Sachant que les garçons sont plus pesants et plus forts que les petites filles en général; comme pesanteur, 250 grammes, comme longueur, 1 centimètre et demi en plus environ (Johnson, hôpital d'Édimbourg), l'accouchement prématuré n'a-t-il pas son indication pour tenir compte des différences? etc., etc.

Voici bien des questions demandant des réponses, mais il est plus facile de poser les unes que de fournir les autres. Toutefois, passons-les rapidement en revue.

1^{re} Question. — Amoindrir l'enfant pour qu'il puisse plus facilement traverser à terme le bassin rétréci de la mère.

Comprenant que le fœtus tire tous ses matériaux de nutrition de celle-ci, on a pensé qu'en la soumettant à un régime débilitant, à la saignée et aux purgatifs, on arriverait à la faire maigrir, et que l'enfant n'y trouvant plus qu'une nourriture incomplète, ne se développerait pas aussi fortement.

M. Moreau a eu recours à ces différents moyens et prétend avoir eu à s'en louer.

M. Depaul a tout récemment publié deux observations qui tendent à prouver l'efficacité de cette méthode. Mais, disons-le, pour quelques faits peut-être exceptionnels et des résultats plus que très incertains à obtenir, car qui ne sait que parfois la femme la plus chétive, la plus débilitée, met souvent au monde un enfant des plus forts et des mieux portants ?

Peut-on consentir à imposer à une misérable mère, quelque soit son désir de maternité, les angoisses prolongées de la faim, et pis que cela, mille chances de détériorer à tout jamais sa santé par l'abus de la diète, des évacuants et des saignées ? Toutefois, si cette méthode est nuisible pour la mère, elle offre peut-être plus de chances pour l'enfant, puisque dans l'accouchement prématuré, d'après M. Stoltz, on en perdrait la moitié ; tandis que par cet autre procédé, sur dix cas rappelés par M. Cazeaux, on n'en aurait perdu que deux, et encore le mode de présentation devait-il y être pour beaucoup.

« Dans l'état actuel de la science, dit M. Cazeaux, je pense que de nouveaux faits sont nécessaires pour admettre le régime diététique et les saignées. » M. Depaul s'est particulièrement occupé de régler les prescriptions de cette méthode.

« *Nourriture.* — Les potages en font la base.

Des légumes une fois par jour ;

De la viande une fois par semaine et en très petite quantité ;

Une demi-livre de pain dans les vingt-quatre heures, y compris celui des potages.

Une première saignée à 3 mois ;

Une seconde — à 6 mois ;

Une troisième — à 8 mois ;

Une dernière — à 8 mois et demi.

Chaque saignée de 400 grammes.

C'est vers trois ou quatre mois qu'il faut commencer.

Il peut être bon de diminuer progressivement la quantité des aliments.

Il faut s'abstenir, du moins en grande partie, des viandes noires et fortement réparatrices.

Quant à la saignée, on se guidera sur la constitution et la circulation.

Elle sera d'autant plus utile, qu'elle sera pratiquée dans les derniers mois. »

2^e question. — Si l'enfant acquiert un excès de volume, pratiquer l'accouchement prématuré.

S'il s'agit d'un premier enfant, comment le savoir ? S'il s'agit d'un second, on peut le soupçonner ; mais avec si peu de certitude, comment se décider à agir ? S'il s'agissait d'un troisième accouchement, lorsque la femme n'aurait déjà pu être délivrée que difficilement et très laborieusement dans les deux premiers accouchements, on pourrait être fondé à remplir l'indication d'un accouchement prématuré. « MM. Récamier, Désormeaux, Belin, Chailly, Massé, se sont montrés de cet avis dans des circonstances identiques où le bassin en plus offrait une légère diminution. » (M. Silbert.)

3^e question. — L'enfant, sans être plus volumineux par lui-même, peut l'être par le fait de tumeurs, de monstruosité, etc.

C'est possible, et si on le savait, l'indication de l'accouchement prématuré pourrait être donnée ; mais comment le savoir ?

4^e question. — Si l'accouchement est tardif, l'enfant sera plus développé.

De tels comptes sont très difficiles à régler ; aussi le mieux est-il de s'abstenir.

5^e question. — Si les enfants meurent dans le sein de la mère sans être tout à fait à terme.

Quelques femmes offrent ce triste privilège d'amener à terme,

dans des couches successives, des enfants morts quelques jours auparavant. Denman et plusieurs autres pensent qu'en provoquant l'accouchement avant l'époque à laquelle aurait succombé le fœtus dans les grossesses précédentes, on aurait chance d'amener un enfant vivant. A cela M. Dubois répond « que, malgré la terminaison fatale des grossesses précédentes, on peut toujours espérer une fin heureuse pour celle que l'on est chargé de diriger, et qu'il est par conséquent impossible d'établir sur ce point une règle invariable. » Notre réponse sera aussi celle de notre savant maître; mais toutefois nous dirons que, dans la pratique, il faut souvent incliner du côté des fortes présomptions.

6^e question. — Si l'enfant était mort dans la matrice, n'y aurait-il pas à craindre les inconvénients de sa décomposition?

Il n'est pas toujours facile d'affirmer que l'enfant est bien réellement mort. En tous cas, quand on le sait, les accidents de la putréfaction, si redoutés par Mai et Fodéré, ne sont rien moins que menaçants, si les membranes de l'œuf ne sont pas rompues; si au contraire elles le sont, l'air extérieur pénétrant dans l'utérus peut y déterminer des accidents de résorption des plus compromettants pour la santé et la vie de la femme.

Il en serait également de même si, bien que les membranes ne fussent pas rompues, le séjour du fœtus dans l'utérus se prolongeait par trop. Dès lors quand il y a chances d'accidents graves, l'indication est d'intervenir par l'accouchement provoqué.

M. Malgaigne en a agi de même dans une observation consignée dans le *Journal de Chirurgie*, 1843.

7^e question. — Les garçons sont plus forts que les filles.

Jusqu'ici je ne pense pas qu'on ait eu un moyen quelconque de s'assurer d'une façon infaillible de quel sexe était l'enfant qui est encore enfermé dans la matrice. Il n'y a donc rien à faire.

En un mot, la plupart de ces causes pourraient bien indiquer

rationnellement la provocation de l'accouchement, mais comment connaître avec certitude les indications que peut offrir l'enfant dans le sein de la mère ? Les précédents des autres grossesses, dans quelques-uns de ces cas, établissent bien parfois une grande probabilité, dont il faut savoir se contenter; mais c'est à peu près tout.

CONTRE-INDICATIONS.

Si l'accouchement prématuré a ses indications comme toute autre opération, il compte aussi, ce que nous appellerons ses contre-indications. En traitant des premières, nous avons tout naturellement parlé de quelques-unes des secondes; aussi nous n'y reviendrons pas. Mais, disons un mot de quelques autres que la plupart des auteurs ont signalées.

1^o *Absence de données à peu près précises au moins, sur le degré d'étroitesse et sur l'époque de la gestation.* — En effet, comment se décider à pratiquer cette opération grave d'elle-même, sans des raisons suffisantes pour le faire ? Cependant, un danger pressant, ou une maladie aiguë intercurrente pourraient autoriser à chercher quand même à sauvegarder la vie de la mère et de l'enfant; mais alors, l'indication viendrait plutôt de ces derniers motifs que des premiers.

2^o *Non-viabilité de l'enfant.* — Il n'est pas toujours facile d'affirmer la viabilité ou la non viabilité de l'enfant; mais du moment que nous supposerons que cette dernière peut être constatée, ou du moins fortement soupçonnée, le but en général de l'accouchement prématuré étant de sauver la mère et l'enfant, se trouve manqué de moitié, et dès lors il n'a plus de motif d'être pratiqué; à moins toutefois que, de son côté, la vie de la mère ne soit

gravement compromise, si on ne le pratique pas. — (Affection suraigüe aggravée par la grossesse; résorption purulente à craindre, ou commencée en cas de mort et de décomposition du fœtus, etc., etc.)

3° *Etat maladif de l'enfant.* — Mise en présence de l'indication d'étroitesse du bassin ou des vices de conformation du fœtus lui-même augmentant son volume, cette contre-indication nous paraît trop incertaine pour arrêter l'accoucheur. La proposition contraire nous semble bien mieux fondée; provoquer l'accouchement prématuré quand dans les couches précédentes l'enfant est toujours venu mort ou même non viable à terme.

4° *Rigidité et vice congénital ou acquis des parties molles au-dessus des ressources de l'art.* — Si nous supposons l'accouchement prématuré inexécutable dans l'intérêt de la mère et de l'enfant par le fait de ces causes, il est évident qu'il est inutile de le tenter. Mais qui ne sait que le plus souvent on triomphe de ces obstacles qui sont une indication toute naturelle de provoquer l'accouchement, par cela même que le fœtus sera plus petit et que l'accouchement prématuré se peut préparer lentement. Et puis comment ne pas le préférer à l'opération césarienne, à la symphyséotomie ou à l'embryotomie, qui malheureusement doit toujours arriver assez à temps. (M. Stolz.)

5° *Affaiblissement trop grand de la mère après une maladie qui finit à peine.* — M. Villeneuve pense que le sphacèle de l'utérus pourrait même être alors la conséquence d'un travail trop pénible. Il est bien difficile de formuler une conduite quelconque à tenir dans de telles conditions, surtout si l'on vient à songer que la vie de la mère et de l'enfant serait compromise plus tard, en ne pratiquant pas l'accouchement prématuré. Quels conseils donner? sinon avec M. Silbert, que la contre-indication doit-être le plus souvent l'exception, et l'indication, au contraire, la règle.

6° *Maladie aiguë intercurrente de la mère au moment où l'opération doit être pratiquée.* — J. Merrimam et Sielbold n'hésitent pas à regarder une maladie aiguë survenant au moment d'opérer comme une contre-indication suffisante : l'état de maladie et l'opération devant s'aggraver l'une par l'autre. Il ne pourrait y avoir qu'une exception, ce serait si on avait à pratiquer l'accouchement prématuré précisément pour faire cesser les accidents pathologiques eux-mêmes.

7° *Bassin vicié, plus large d'un côté que de l'autre.* — Si, en ramenant l'occiput de l'enfant du côté le plus large, l'accouchement à terme est possible, il est évident que l'accouchement prématuré est contre-indiqué; sinon, c'est un cas d'étroitesse tout comme un autre, et par conséquent ayant ses indications d'opérer.

8° *Présentations vicieuses de l'enfant qui sont d'autant plus fréquentes que la grossesse est moins avancée.* — Il n'est pas toujours très facile de les constater. Mais en tous cas, les inconvénients de l'indication à remplir ne sauraient être comparés à ceux de la contre-indication. L'accoucheur aura toujours d'ailleurs la ressource du redressement ou de la version de l'enfant pour changer une mauvaise position en une bonne.

9° *La grossesse chez une primipare.* — Nous en avons déjà parlé et nous répéterons ici, en disant : que si les indications sont incertaines, il faut s'abstenir; mais que si, au contraire, les indications sont très précises, il n'y a point à hésiter. Que l'on n'objecte pas l'étroitesse de l'orifice utérin, car on finit par en triompher, et ce n'est vraiment pas là un obstacle sérieux. (M. Velpeau.)

MM. Villeneuve et Chailly ont pratiqué avec succès l'opération de l'accouchement prématuré chez des primipares. « Sur 34 accouchements prématurés, cités dans le *Journal général de médecine*, d'après des observations publiées en Allemagne et en Hol-

lande, 19 cas se rapportent à des femmes primipares. Les étrangers n'admettent donc pas cette contre-indication. » (Silbert.)

10° *La grossesse double.* — On ne la reconnaît pas toujours. Mais si on est assez heureux pour la constater, il convient au moins de retarder le moment de l'accouchement prématuré, parce que les enfants sont ordinairement d'un volume moindre que si la grossesse était simple; et qu'en plus, dit M. Stoltz, il est rare que la nature elle-même ne procède pas avant terme à l'expulsion des deux enfants.

Quoi qu'il en soit, il ne saurait y avoir une contre-indication absolue d'autant que la raison de petitesse n'existe pas toujours. Il m'est arrivé, il y a quelques années, d'être appelé en aide par une sage-femme pour délivrer une concierge de la rue Neuve-Bréda, qui venait d'accoucher de deux enfants, dont le premier était vivant, et dont le second avait succombé ayant dû être extrait pendant une attaque d'éclampsie de la mère. Or, cette femme était à terme et *les deux enfants étaient aussi forts, aussi développés que possible*, les délivres des deux enfants étaient soudés entre eux, mais sans communication de circulation toutefois.

11° *Le nanisme.* — La pratique de M. P. Dubois offre des exemples d'accouchements provoqués chez des naines et couronnés de succès, qui prouvent suffisamment qu'il n'y a pas là une véritable contre-indication. On en peut juger par l'observation suivante :

• Femme de 23 ans, haute de 3 pieds 2 pouces, enceinte pour la première fois en 1838; rien de particulier dans la grossesse, sinon un ventre fort volumineux. Le 5 avril, le travail était commencé depuis deux jours, la malade en proie à des accès convulsifs, la tête placée fort bas dans le bassin et paraissant engagée dans l'excavation. L'accouchement au forceps amena à la vulve un enfant mort; ici se présenta un obstacle sérieux; il fallut faire l^a

craniatomie. Dans une grossesse suivante, comme la femme regrettait vivement de n'avoir pu mettre au monde un enfant vivant, l'intention de M. Dubois avait été de déterminer l'expulsion du fœtus avant son entier développement; mais quelques considérations le faisaient encore hésiter : dans l'autre grossesse, le ventre était beaucoup plus développé; cette fois, il semblait que l'abdomen contenait une plus grande quantité de liquides, le fœtus était extrêmement mobile; tout annonçait qu'il avait un très petit volume. Plus tard, le ventre prit un volume considérable, les investigations, pour reconnaître le volume et la position du fœtus, devinrent plus difficiles. Après de mûres réflexions, M. Dubois se détermina à provoquer l'accouchement, le 12 février, la femme était alors au terme d'un peu plus de 8 mois. Un bain fut donné. Le lendemain matin, on introduisit dans le col, à travers le spéculum, un morceau d'éponge préparée et une éponge ordinaire dans le vagin; on maintint par un bandage en T. Très peu de temps après les douleurs se déclarèrent, mais comme elles étaient peu prononcées, on donna quarante grains de seigle ergoté, en paquets de 5 grains, toutes les dix minutes. Les douleurs devinrent plus vives, continues. A une heure et demie, les éponges furent retirées; le travail continua; l'orifice recevait deux doigts; sa portion inférieure restait longue et très résistante. Le fœtus présenta l'extrémité pelvienne, au lieu de la tête comme on avait cru. La nuit, les douleurs se suspendirent entièrement. Le seigle ergoté, donné par la bouche, fut rejeté par le vomissement; un lavement, contenant trente grains de cette substance, fut administré. Les douleurs se réveillèrent et l'orifice utérin fut franchi par les fesses et les pieds réunis. A sept heures du matin, le siège était descendu assez pour qu'on pût le saisir avec les doigts en forme de crochet. L'enfant fut extrait et commença bientôt à respirer et à pousser des cris qui annonçaient sa viabilité. — Il pèse trois livres, douze onces,

DES.

9

est long de 15 pouces, sa tête est plus volumineuse que ne le comportent les autres parties du corps. Quant à la mère, délivrée peu d'instants après, elle s'est trouvée aussitôt dans un état extrêmement satisfaisant, et aujourd'hui, 4 mars, elle et son enfant ont quitté la Clinique. »

12° Assistance d'un confrère.

De telles opérations mettent suffisamment la responsabilité du médecin en jeu pour qu'il veuille s'entourer de l'appui d'un ou de plusieurs confrères. De plus, comme elles tirent en grande partie leur moralité de la conviction où sont des hommes honorables, qu'elles doivent être pratiquées dans le but louable de sauver la mère et l'enfant, un accoucheur, à moins d'une nécessité pressante, ce qui peut arriver, ou de l'absence d'un confrère compétent, doit demander l'avis et l'aide de quelques praticiens éclairés et n'agir qu'avec leur assentiment. Dans le doute, il vaudrait mieux s'abstenir.

Du reste, nous terminerons ce chapitre des contre-indications par une réflexion que nous avons déjà faite en d'autres termes ; c'est qu'il est bien difficile de se faire à l'avance une théorie affirmative ou négative sur des faits qui ne s'offriront le plus souvent à nous qu'avec des incertitudes ou des conditions imprévues et qui dès lors auront leurs indications et leur contre-indications du moment. Le tact et l'expérience de l'homme de l'art le servent alors souvent mieux que toutes les règles qu'on peut lui prescrire.

DE L'OPÉRATION.

ÉPOQUE A LAQUELLE ON DOIT PRATIQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Pour déterminer l'époque à laquelle on devra provoquer l'accouchement prématuré, il faut au préalable, se rendre bien compte de la cause qui le nécessite. Or, c'est à l'occasion d'une étroitesse du bassin, ou d'une affection grave de la mère, ou d'une indication fournie par l'enfant lui-même, etc.

La première pensée de l'accoucheur doit être avant tout d'assurer le plus possible la vie de la mère et de l'enfant, et par conséquent de choisir l'époque où les intérêts des deux êtres confiés à sa sollicitude, seront le plus sauvegardés. Dès lors quand il s'agira d'indications venant de l'enfant, comme le diagnostic en est fort incertain, c'est surtout d'après les accouchements précédents que le médecin devra se guider sur le choix de l'époque.

S'il s'agit d'affections graves de la mère, c'est d'après l'appréciation des accidents et du danger, que l'époque doit être fixée. S'il s'agit de l'étroitesse du bassin, l'époque ressortira tout naturellement, logiquement, des degrés de cette étroitesse. Dans tous les cas, l'accoucheur doit toujours se préoccuper des dimensions du bassin de la mère et de celles connues ou présumées de l'enfant.

M. Le Ray (*Gazette méd. de Paris*, 1847), a essayé de formuler une loi physiologique, qui, si elle était vraie, pourrait être prise en considération pour l'époque à choisir ou à préférer.

Il attribue l'accouchement à la cause qui fait que tous les mois,

à peu près à la même époque, les vaisseaux utérins s'engorgent de sang, et que l'utérus se contracte à chaque fois pour l'expulser. Dans 78 accouchements, il aurait constaté que la parturition correspondait d'une manière constante aux époques menstruelles, ou aux sept jours qui les suivent.

D'après cette constatation, on devrait autant que faire se pourrait, fixer la provocation de l'accouchement au temps où la nature est disposée à favoriser l'opération, c'est-à-dire aux époques menstruelles, les contractions étant plus susceptibles de se réveiller et d'effectuer l'expulsion sollicitée du fœtus.

Mais peut-on bien accepter comme très fondée cette loi de M. Le Ray, quand tout semble indiquer que pendant les neuf mois de la grossesse, l'utérus, tout en se distendant ou en se laissant distendre, se prépare et procède à des contractions le plus ordinairement sourdes et inaperçues, mais cependant successives et constantes, jusqu'à ce que sa demi-tolérance vaincue, mise à bout par un ensemble de faits qui ne sauraient être niés ou s'exclure, et en plus lui-même surexcité sympathiquement par le retour de l'évolution ovarique, il entre dans des contractions sinon nouvelles, du moins de plus en plus énergiques, sorte de révolte organique qui doit aboutir à le débarrasser de son contenu. Donc le moment opportun pour pratiquer l'accouchement prématuré est celui qui ressort des indications elles-mêmes et rien de plus, soit qu'il s'agisse d'une maladie de la mère, d'une exagération du volume de l'enfant ou d'une étroitesse du bassin de la mère, les contractions suffisamment provoquées ne devant pas faire défaut.

Mais quand il s'agira de cette même étroitesse du bassin, où se ront prises ces indications, si ce n'est dans les dimensions connues ou présumées du bassin de la mère et de la tête de l'enfant?

Donc pour s'en rendre bien compte, soit que l'on ait recours à un instrument quelconque de pelvimétrie ou que l'on se serve du

doigt, on ne saurait trop s'efforcer d'établir les rapports exacts qui existent entre le bassin vicié et la tête du fœtus à telle ou telle date de la grossesse. Mais pour bien apprécier les vices de conformation des bassins et les dimensions de la tête de l'enfant, il faut ne jamais oublier tout d'abord les proportions normales d'un bassin ordinaire et celles de la tête d'un enfant à terme ou non. A cet effet, nous en donnerons ici les tableaux.

Tête d'un fœtus moyen à terme.

TÊTE DU FŒTUS.	Diamètres longitudinaux.	Occipito-mentonnier.	0,135
		Occipito-frontal.	0,115
		Sous-occipito bregmatique.	0,095
	Diamètres transversaux.	Bi-pariétal.	0,09 à 0,095
		Bi-temporal.	0,08
	Diamètres verticaux.	Trachélo-bregmatique.	0,09
		Fronto-mentonnier.	0,08

(M. CAZEUX.)

Tête d'un fœtus dans les derniers mois de la grossesse.

De la 32^e à la 33^e semaine, 7 centimètres.

34^e 35^e 8

36^e 37^e 8 1/2.

(M. STOLTZ.)

Bassin *normal.*

	DIAMÈTRE ANTÉRO- POSTÉRIEUR.	Diamètre trans- verse.	DIAMÈTRE OBLIQUE.	DIAMÈTRE SACRO- COTYLOÏDIEN.
Diamètres du bassin.				
Détroit supérieur. . .	0,115	0,135	0,12	0,10 à 0,105
Détroit inférieur. . .	0,11 à 0,12	0,11	0,112 à 0,115	
Excavation.	0,12 à 0,13	0,12	0,12	

(M. CAZEAUX.)

Quant aux bassins anormaux, la mensuration seule peut en donner les dimensions et la configuration plus ou moins viciée. Toutefois, pour faciliter cet examen donnons encore le tableau suivant :

Bassin bien conformé.

1. De l'épine iliaque antérieure et inférieure d'un côté à celle du côté opposé. 21 cent. $\frac{1}{2}$
2. De l'épine iliaque antérieure et supérieure à celle du côté opposé. 24
3. Du milieu de la crête iliaque d'un côté au milieu de celle du côté opposé. 27
4. Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité de l'ischion. 19
5. Le détroit supérieur partage cette distance en deux parties égales, de sorte qu'en dessus et en dessous il y a. 9 $\frac{1}{2}$

6. De la partie antérieure et supérieure de la symphyse du pubis au sommet de la première apophyse épineuse du sacrum.	19	
Retranchez, pour l'épaisseur de la symphyse.	1	1/2
— pour l'épaisseur de la base du sacrum.	6	1/2
7. De la tubérosité sciatique d'un côté à l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé.	17	1/2
8. De l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure de l'autre côté.	21	
9. De l'apophyse épineuse de la dernière lombaire à l'épine antéro-supérieure de l'un et de l'autre côté.	17	1/2
10. Du grand trochanter d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé.	23	
11. Du milieu du bord intérieur de la symphyse du pubis à l'épine iliaque postéro-supérieure de l'un et de l'autre côté.	17	

(M. CAZEAUX.)

A la suite de ces tableaux, nous croyons, pour être complet, devoir ajouter celui de Ritgen, indiquant les diverses époques où il pense qu'il faut opérer l'accouchement prématuré, en regard des différents degrés d'angustie pelvienne :

Pour être plus exact nous le laissons avec ses propres dénominations (*Gazette des Hôpitaux*, 1840.)

Pour un bassin de 3 pouces,	—	agir à la 37 ^e semaine.
— 2 — 11 lignes,		36 ^e
— 2 — 10 —		35 ^e
— 2 — 9 —		31 ^e
— 2 — 8 —		30 ^e
— 2 — 7 —		29 ^e

De quelques précautions et moyens préparatoires.

Ainsi donc l'accoucheur, avant d'opérer, apportera tous ses soins à préciser l'époque de la grossesse, à s'assurer de la viabilité de l'enfant, à interroger les précédents de la femme, à constater son état de santé et surtout à apprécier les causes qui réclament de lui l'emploi de l'accouchement prématuré.

Ne voulant rien faire à la légère et qui puisse être blâmé, il s'entourera des lumières de ses confrères et aura soin de prévenir la famille des chances et des périls de l'opération. Il obtiendra le consentement de la mère après l'avoir convaincue de la nécessité où elle est de s'y soumettre et pour elle et pour son enfant. En un mot, il ne fera rien qu'avec la plus minutieuse attention et la plus grande prudence, agissant toujours au grand jour; et alors quel que soit le résultat, « jamais on ne pourra considérer cette opération comme un délit et encore moins comme un crime. » (M. Marc.)

On a ensuite recommandé : 1° de saigner la femme à une ou plusieurs reprises dans les derniers mois, selon sa force et son tempérament ;

2° De la soumettre à un régime diététique moindre à partir de la seconde moitié de la grossesse ;

3° De faire prendre souvent des bains et des fumigations émollientes comme propres à ramollir le col et à disposer à la dilatation des organes sexuels ;

4° A obliger la femme à se livrer à un exercice modéré ; et à se tenir le ventre libre par l'usage de légers purgatifs ;

5° A ne pas se livrer à un sommeil de plus de sept heures ;

6° Et enfin de pratiquer des frictions sur le col utérin avec une

pommade de belladone, pour relâcher les fibres du col et prévenir leur contraction spasmodique. (MM. Stoltz, Kluge, Simonart, Lacour, Silbert, etc.)

Quelques-uns de ces moyens, en délibitant la mère, rentrent dans la méthode qui se propose le moindre développement de l'enfant. En tous cas ces conseils sont d'une importance secondaire, mais on ne doit rien négliger de ce qui peut assurer le succès de l'opération.

Procédés opératoires.

Différents procédés ont été proposés pour déterminer l'accouchement prématuré artificiel. On peut, comme M. Stoltz, les diviser en deux classes : ceux qui ont pour effet premier d'agir sur l'organisation générale et d'exciter secondairement les contractions de l'utérus : nous les appellerons vitaux ou généraux ; et ceux qui agissent directement, mécaniquement, sur la matrice et la font entrer tout d'abord en contraction, que nous appellerons locaux, spéciaux. Nous verrons en plus qu'au lieu de s'exclure complètement, ces deux sortes de moyens peuvent se venir parfois réciproquement en aide.

Moyens généraux.

Les moyens généraux peuvent avoir une double action : assouplir et disposer les organes génitaux au passage de l'enfant, ou provoquer d'une manière éloignée ou prochaine les contractions utérines.

De tous temps et chez tous les peuples, plusieurs moyens ont été secrètement préconisés et employés pour provoquer l'avorte-

ment aux diverses époques de la grossesse et par conséquent dans certaines limites l'accouchement prématuré.

Voici ceux des agents qui ont été le plus signalés : borate de soude, émétique, ferrugineux, mercuriaux drastiques, seigle ergoté, sabine, rhue, safran, canelle, mélisse, scille, gayac, aloës, café, ellébore, matricaire, armoise, camomille, tanaisie, myrrhe, pulsatille, salsepareille, castoréum, odeurs fortes, excitants divers, saignées répétées, exercice actif, bains généraux, pédiluves, cantharides, etc.

Mais, disons de suite que la plupart de ces moyens, qui souvent ne manquent pas de déterminer des inflammations gastro-intestinales, des péritonites, etc., compromettent plus ou moins la santé de la mère, sans qu'on puisse compter sur l'efficacité de leur action abortive. Aussi n'y a-t-on guère recours, si ce n'est à quelques-uns d'entre eux : soit comme moyens préparatoires, saignées, purgatifs, exercices, belladone, etc.; soit comme moyens adjuvants, seigle ergoté, canelle, castoréum, etc.

Cependant nul doute qu'il n'existe dans la nature de ces moyens dont l'action provocatrice serait suffisante et peut-être inoffensive pour provoquer l'accouchement prématuré.

M. de B..., riche propriétaire des environs de Bahia (Brésil), me disait, il n'y a pas fort longtemps, que sur son habitation, où il compte sept à huit cents nègres, les négresses avortaient continuellement et à volonté dans l'espace de 2 à 3 jours, par l'emploi de je ne sais quelle plante qu'elles connaissaient, et reprenaient leurs travaux comme si de rien n'était, lorsque sa belle-mère y mit bon ordre en menaçant ces mêmes négresses, dont elle inscrivait l'époque des règles, et par conséquent dont elle en pouvait constater l'absence; qu'à dater de ce moment elles *lui répondaient personnellement de leur ventre*. Cette surveillance et la crainte du châtiment ont détourné ces misérables de leurs pratiques précé-

dentes, et aujourd'hui, au lieu d'un ou deux enfants que l'habitation comptait à peine, il y en a toujours soixante-dix à quatre-vingts environ, à la santé et à la conservation desquels M. de B... apporte le plus grand soin.

Mauriceau rapporte le fait d'une jeune femme qui fut saignée quatre-vingts fois dans une grossesse et qui n'en accoucha pas moins heureusement. Une autre fut saignée dix fois au pied sans inconvénients.

La sabine, la rhue, si vantées, sont d'une action peu sûre et dangereuse. La sabine même a réterait les fausses couches, selon Sauter.

Le castoréum, ainsi que le borate de soude, jouissent d'une grande vogue dans le Nord et en Allemagne ; mais si elle est méritée, comment se fait-il que les praticiens de ces mêmes pays ne comptent guère que sur les moyens locaux ? La pulsatile a été aussi signalée comme un puissant moyen abortif ; ce serait à vérifier.

Quant au seigle ergoté dont l'action provocatrice des contractions utérines est affirmée par les uns et même niée par les autres, il est aujourd'hui regardé comme insuffisant pour provoquer l'accouchement prématuré. Agent de contractions des plus précieux, quoiqu'on en dise, lorsque le travail déjà commencé se ralentit, il est impropre à donner le signal des contractions. M. Dubois serait de cet avis. — Donc il sera employé comme moyen adjuvant et non comme moyen provocateur. Toutefois quelques accoucheurs anglais et hollandais prétendent en avoir obtenu de bons résultats ; au besoin ils en auraient porté l'administration jusqu'à des doses fort considérables sans accidents aucuns pour la mère et pour l'enfant.

Dans deux cas, M. Lehmann, professeur à Amsterdam, a essayé de ce moyen (1848) et n'a réussi qu'à déterminer de légères douleurs, de la diarrhée, du ténesme, de la dysurie et une légère di-

latacion du col. Il a dû recourir à une autre méthode pour en terminer (M. Silbert).

D'autres faits prouveraient que l'abus du seigle ergoté n'est pas moins nuisible à la mère qu'à l'enfant : contractions tétaniques de l'utérus, constriction permanente et narcolisme de l'enfant, obstacle apporté à la circulation de l'utérus et de l'enfant, etc. Aussi cette méthode est-elle aujourd'hui négligée et regardée même comme imprudente.

Le praticiens'en tiendra donc aux moyens préparatoires; saignées, bains, régime, opium, belladone, etc.; et ne comptera sur quelques-uns des moyens généraux que nous venons d'indiquer que comme sur des moyens auxiliaires; aussi devra-t-il avoir recours, au préalable, à un des procédés suivants.

MOYENS LOCAUX.

Divers moyens de cette espèce ont encore été proposés, mais les uns paraissant plus actifs ou plus inoffensifs que les autres, leur ont été préférés. Nous allons les indiquer successivement, sauf à en discuter ensuite les avantages et les inconvénients.

Voici ceux que l'on trouve dans les différents auteurs :

- 1° Frictions sur le fond et le col de l'utérus ;
- 2° Décollement du segment inférieur de l'œuf ;
- 3° Injections entre l'œuf et l'utérus ;
- 4° Perforation des membranes ;
- 5° Temponnement vaginal ;
- 6° Dilatation du col utérin ;
- 7° Douches vaginales ;
- 8° Electricité, galvanisme ;
- 9° Succion des mamelles, ventouses ;

- 10° Cautérisations du col de l'utérus ;
- 11° Fumigations d'acide carbonique.

1° Frictions sur le fond et le col de l'utérus.

Frictionner à diverses reprises la partie antérieure du ventre et le fond de l'utérus, et à l'aide d'un ou deux doigts portés en même temps dans le vagin, exciter, titiller le col utérin ; procédé conseillé par d'Outrepont et Ritgen, mais généralement abandonné aujourd'hui, après l'avoir été même par ses auteurs. « L'irritation qu'il produit est trop faible et de trop courte durée pour déterminer sûrement un vrai travail. » (Cazeaux).

2° Décollement du segment inférieur de l'œuf.

Ce procédé, dit Méthode d'Hamilton, consiste soit à l'aide de l'index dont on a raccourci l'ongle, soit avec une sonde-mousse ou toute autre tige courbe appropriée à pénétrer aussi loin que possible entre les pourtours de l'œuf et la paroi utérine, de façon à décoller les membranes dans l'espace de plusieurs centimètres de bas en haut. Il faut éviter de percer les membranes.

Ce procédé expose à des incertitudes, à la déchirure de l'amnios, et ne cause guère que des contractions passagères ; aussi est-on souvent obligé de s'y reprendre. Hamilton avoue lui-même avoir été obligé quelquefois de finir par recourir à la ponction.

Selon M. Stoltz, ce procédé réussirait plutôt par l'excitation et la dilatation forcée du col que par décollement même des membranes. Du reste, son emploi n'est pas toujours facile ni possible.

3° Injections entre l'œuf et l'utérus.

M. Cohen, de Hambourg, décrit lui-même son procédé qui tient du décollement, de la douche et de l'excitation du col, en ces termes : « Je pratique les injections de la manière suivante : Je me sers d'une petite seringue, ordinairement en étain, contenant 60 à 80 grammes d'eau de goudron, et dont la canule, longue de 20 à 22 centimètres, a de 3 à 5 millimètres de diamètre à son extrémité, et présente une courbure semblable à celle d'une sonde de femme. Je fais coucher la femme à plat sur le dos, le siège élevé ; puis, glissant deux doigts jusqu'à la lèvre postérieure, je m'en sers pour guider la canule que j'introduis entre la paroi antérieure de l'utérus et l'œuf, et je la fais pénétrer de 5 centimètres dans l'utérus. C'est alors seulement que je commence l'injection, que je pousse doucement et avec lenteur, ayant soin de relever un peu la seringue pour éviter que l'ouverture ne s'applique sur la paroi utérine, et de varier au besoin la direction de l'instrument toutes les fois qu'il y a quelque obstacle à la sortie du liquide. La seringue est retirée peu à peu ; dix minutes après, la femme peut se lever et marcher. Si, au bout de six heures, il n'y a pas de signe de travail, on renouvelle l'injection. »

Ce procédé aurait été couronné du plus complet succès entre les mains de son auteur ; aussi a-t-il pris pour épigraphe du travail dans lequel il l'expose : *Cito, tuto et jucunde*.

■ La femme sur laquelle il l'aurait employé la première fois, serait accouchée vingt-quatre heures après.

Depuis, plusieurs auteurs praticiens s'en sont servi et en ont obtenu d'excellents résultats. Toutefois, M. Faux, de l'hospice de

Doullens, publie une observation (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1847), où nous voyons, bien que l'accouchement ait eu lieu sept ou huit heures après, que du moment de l'injection à celui de la délivrance, la femme aurait éprouvé des douleurs très vives, des vomissements répétés, un frisson très intense, et aurait eu un pouls faible et fréquent, et présenté une grande altération de la face.

M. Potonnier remplace l'eau de goudron qui est légèrement acide, par une dissolution de 25 gouttes de résine de goudron dans 150 grammes d'eau, et n'a qu'à s'en louer. D'autres praticiens pensent qu'une injection d'eau froide tout simplement remplirait le même but.

« Le procédé de M. Cohen est, du reste, si inoffensif (si l'on en juge par les observations recueillies jusqu'à ce jour), qu'il est à désirer qu'on l'essaye encore. » (M. Cazeaux).

Observation. — Véronique Lemay, rachitique, se maria à vingt-six ans, le 5 juin 1845, M. Potonnier, appelé auprès de cette femme enceinte pour la première fois et à terme, reconnut au détroit supérieur un vice de conformation qui réduisait son diamètre antéro-postérieur à 2 pouces et demi ou 2 pouces trois quarts. Il lui fallut, pour terminer, écraser entre les cuillers du forceps la tête qui se présentait en première position du sommet.

Cette femme accoucha de nouveau au bout d'un an, et il fallut encore sacrifier l'enfant.

Enfin, devenue enceinte vers le 25 novembre 1846, elle vint consulter M. Potonnier qui, après avoir fait constater le rétrécissement du bassin par deux de ses confrères, donna rendez-vous à la malade pour le sixième mois révolu.

En effet, elle arriva le 25 mai 1847, se mettre à sa disposition, et voici comment il procéda, à l'imitation du docteur Cohen.

Il laissa tomber dans 150 grammes d'eau pure 25 gouttes de ré-

sinéone de goudron, qui contient une proportion assez sensible d'acide. Puis, ayant ajusté à la canule d'une seringue à injections ordinaires une algalie de femme, il versa dans le seringue 75 gramm. de ce liquide. Alors, la femme étant couchée sur le dos, il glissa avec l'index et le médius gauche l'algalie de manière à la faire pénétrer de 6 à 8 centimètres entre la partie antérieure de l'œuf et la paroi correspondante de l'utérus. Mais, par une cause qui ne fut pas reconnue, le liquide ne pénétra que très incomplètement. Il fallut donc retirer l'appareil, charger de nouveau la seringue et enfoncer l'algalie un peu plus en avant. Cette fois, et en poussant doucement le liquide, il entra en entier. La quantité introduite fut de 90 à 105 grammes. Il n'y eut pas de douleur.

Au moment de l'injection, 27 mai 1847, à neuf heures et demie du matin, le col paraissait être dans le même état que chez les femmes au terme de sept mois.

A dix heures, la malade ressentait de la pesanteur dans les reins. A dix heures et demie, c'était un engourdissement qui s'étendait jusque dans le bas-ventre. A onze heures, de véritables douleurs de reins existaient. On ne lui permit qu'alors de quitter la position prise pour faire les injections.

A midi, douleurs de reins et de bas-ventre revenant de demi-heure en demi-heure. Elles se rapprochent de plus en plus, au point qu'à deux heures elles se renouvellent toutes les dix minutes. A trois heures et demie, elles sont encore moins éloignées, et M. Potonnier s'assure que l'orifice est entièrement dilaté et les membranes bien tendues par les eaux.

A quatre heures et demie du soir, il rompit les eaux et reconnut une présentation des pieds en première position. Au bout de dix minutes, l'enfant n'avançant pas malgré la continuation des douleurs, il alla chercher les pieds et les amena au dehors, ainsi qu'une partie du tronc. Il dirigea alors la tête dans le sens du dia-

mètre transverse du détroit supérieur; mais comme il trouvait de la résistance, dans la crainte de compromettre la vie de l'enfant par des tractions mal calculées, il se décida à appliquer le forceps. La tête éprouva encore de la difficulté à franchir le détroit supérieur, mais ensuite elle sortit très aisément. C'était une fille qui était violacée et sans respiration; mais, au bout de cinq à six minutes de soins, elle revint à elle. La délivrance eut lieu au bout d'un quart-d'heure, et à cinq heures du soir, sept heures et demie après le commencement de la manœuvre, la femme fut replacée dans son lit dans l'état le plus satisfaisant, et son cœur bondissant de joie d'avoir près d'elle son enfant plein de vie.

Les suites des couches furent des plus heureuses; presque pas fièvre de lait.

L'enfant a maintenant deux ans et elle jouit toujours d'une santé parfaite.

(Extrait du *Journal de la Section de Médecine* de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Année 1851. — Observation due à l'obligeance de M. Guyomard.)

4° *Perforation des membranes.*

Percer les membranes pour évacuer le liquide amniotique et provoquer les contractions de l'utérus, qui détermineront l'accouchement prématuré, telle est la pensée de cette méthode la plus sûre et la plus rapide de toutes.

Souvent, à la suite de chûtes, d'émotions, d'exercices trop violents, d'efforts trop grands, etc., la nature nous donne l'exemple d'une telle perforation ou déchirure des membranes, qui bientôt est suivie de contractions et de l'expulsion de l'enfant. Aussi ce

procédé est-il le plus anciennement connu et pratiqué. Il est désigné dans la Science sous le nom de Méthode de Thompson et de Conquest.

Plusieurs modifications ayant été apportées à ce procédé soit du côté des instruments, soit du côté des précautions à prendre ou des indications à remplir, nous allons les signaler successivement :

La perforation des membranes a été faite par Macaulay, lorsque le premier il mit en pratique la décision qui avait été prise par les médecins de Londres. La plupart des accoucheurs qui depuis ont provoqué l'accouchement prématuré, ont ponctionné l'œuf, jusque dans ces derniers temps ou de nouvelles méthodes ont été proposées.

Macaulay, Thompson, Conquest et autres, voulant atteindre l'œuf sur le point qui se présente à l'orifice du col, se sont tour à tour servi d'une sonde à dard, d'un trocart, d'une algalie de femme, du doigt, d'un stylet, d'une plume d'oie taillée en biseau ou d'un instrument quelconque pointu incurvé, ou non, pouvant être porté jusque sur le segment des membranes, qui se présente à travers le col. Pour cela la femme est debout ou couchée ou sur le côté et tandis que la main droite de l'opérateur tient l'instrument, l'index de la main gauche lui sert de guide à travers le col utérin. L'opérateur doit s'efforcer de ne blesser ni l'utérus, ni l'enfant, mais d'atteindre seulement les membranes.

Voyons maintenant les modifications qui ont été depuis apportées à ce même procédé, dans le but de ne point blesser la mère ou l'enfant, d'assurer un écoulement moins rapide des eaux de l'amnios et par conséquent de préparer lentement, méthodiquement l'assouplissement du col, et de déterminer sa dilatation sous des contractions, qui auront à expulser l'enfant non moins sûrement, mais dans un temps souvent un peu plus long. En tous cas c'est au premier procédé que l'on a encore bien souvent recours,

lorsque l'état grave de la mère, ou un accident réclame qu'on provoque de suite des contractions, ou que l'on débarrasse l'utérus des eaux de l'amnios, ou du produit de la conception.

Il est plus facile et moins douloureux pour la mère que ceux dont nous allons parler ; mais il compromet beaucoup l'existence du fœtus. Il faut quelquefois 40 à 60 heures pour que l'utérus commence à se contracter ; et se contractant il mettra 30 à 40 heures pour triompher de la rigidité des fibres du col. Or, pendant tout ce temps, la vie de l'enfant peut être compromise par la constriction de l'utérus que rien ne sépare plus de lui, le cordon étant comprimé, la circulation placentaire peut cesser ; ce même cordon peut tomber, le placenta peut se décoller, de là autant de causes qui menacent d'être funestes à l'enfant.

Pour obvier à quelques-uns des inconvénients que nous venons de signaler, Mai, le premier, s'est servi d'une canule dans laquelle il glissait une aiguille.

Denzel a ensuite imaginé une canule courbe dans le sens de l'axe du bassin, renfermant un mandrin, terminé en trocart que l'on faisait saillir, en pressant sur le bout opposé.

Siebold a encore modifié cet instrument pour en faciliter l'introduction. Il a arrondi en façon de petite olive le bout de la canule qui doit être porté dans l'utérus. Il la porte renfermant un mandrin boutonné, jusque sur les membranes, puis retirant ce dernier mandrin, il le remplace par un second, lequel est terminé en trocart et pousse sur son extrémité opposée.

M. Stoltz se sert du même instrument, mais avec un bouton d'arrêt mis au mandrin de façon à ce que, après avoir été poussé, il s'arrête sur le pavillon de la sonde et ne pénètre pas au-delà de certaines limites.

Dans toutes les attitudes données à la femme, avec ces derniers instruments comme avec les premiers, qu'elle soit debout ou

couchée sur le dos, ou sur le côté comme en Angleterre, l'opération n'en est pas moins praticable ; mais, elle semble devoir être plus facile la femme étant debout parce que le segment de la matrice s'abaisse davantage. En tout cas, c'est à l'accoucheur à préférer l'attitude de la femme qui lui est le plus commode.

Les précautions de conduite de l'instrument sont toujours les mêmes. Il doit être enduit d'un corps gras ou onctueux. Le trocart enlevé, on laisse s'écouler une certaine quantité d'eau par la canule, puis on retire cette dernière.

Le repos est ce qui convient le mieux tout d'abord à la femme, puis elle peut bientôt se livrer à quelque exercice pour favoriser les contractions et en attendant le travail, qui lui-même aura ses indications.

Deux indications se présentent dans cette opération : 1° s'arrêter si la mère accuse une vive douleur, et aviser à ne plus faire fausse route ; 2° ne faire agir l'instrument que lorsqu'on sentira qu'il porte sur les membranes, et ne pas pousser le trocart trop avant de peur de blesser l'enfant.

D'autre part, Shalle, Muller, J. Clarke, etc., sont partisans de cette méthode, mais ce dernier veut que l'on évacue les eaux tout d'un coup pour terminer l'accouchement de suite et faire courir moins de danger à l'enfant. Kluge, pour remplir la même indication, adapte une seringue à la canule, ce qui lui permet de pomper une grande partie de l'eau de l'amnios.

D'autres accoucheurs, au contraire, Merrimann, Ritgers, Ferrario, Salomon, etc., veulent que l'on fasse écouler les eaux lentement pour les raisons que nous avons déjà indiquées. Mais M. Velpeau combat cette opinion. « Par une simple ponction, dit-il, le vide opéré dans l'utérus est si peu de chose qu'il n'en résulte aucune réaction. »

« La crainte de voir l'œuf se vider en entier n'est pas fondée ;

quelque large que soit l'ouverture des membranes, les eaux ne s'écouleront qu'en partie tant que les contractions resteront faibles, et dès que les contractions sont dans toute leur force, le fœtus n'a plus besoin d'être protégé par le liquide amniotique. »

Ne partageant pas ces idées, MM. Meissner de Leipzig et Villeneuve, de Marseille, ont inventé un instrument qui permet la ponction de l'œuf en un point élevé et qui par là même empêche l'écoulement trop rapide des eaux.

Instrument et procédé de Meissner.

Une canule et deux mandrins.

La canule en argent, longue de 32 centimètres $1/2$ et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, est courbée comme une portion de cercle de 40 centimètres de diamètre. Sur le côté convexe et à l'extrémité inférieure se trouve un anneau facilitant le maniement et indiquant la direction de l'instrument.

A cette canule s'adaptent successivement deux mandrins; le premier avec tête olivaire, et le second terminé en trocart, ne pouvant saillir que d'un centimètre environ quand il est poussé hors de la canule.

Meissner procède à l'opération de la manière suivante :

« La femme étant debout l'opérateur introduit la canule armée de son mandrin mousse, sur la face palmaire de l'index, de la main qui ne la tient pas, jusque à travers l'orifice supérieur du col, la convexité de l'instrument étant dirigée du côté du sacrum; puis bientôt il la fait glisser en arrière de l'œuf, ce qui s'exécute facilement, et la pousse environ à la hauteur de 27 centimètres au-dessus du col. Après s'être assuré, à l'aide du mandrin mousse,

que l'extrémité de la sonde repose sur les membranes en un point où se trouve une certaine fluctuation, n'appuie sur aucune partie du fœtus et qu'elle ne porte pas sur le placenta, auquel cas il faudrait ou la retirer un peu, ou la diriger de côté; on retire le mandrin mousse que l'on remplace par le trois-quarts avec lequel on perfore les membranes. On le retire ensuite, on laisse écouler par la canule une cuillerée de liquide, après quoi on la retire elle-même. »

« On peut, après cette perforation, permettre à la femme de marcher ou de s'asseoir. Le liquide s'écoule goutte à goutte, lubrifie et prépare les voies. Au bout de 24 ou 48 heures, les douleurs se déclarent, la dilatation s'opère promptement sous les contractions qui deviennent de plus en plus énergiques, et l'accouchement est terminé en 36 ou 48 heures. Si la marche du travail n'est pas régulière, M. Meissner intervient comme dans l'accouchement ordinaire. »

« M. Meissner compterait quatorze observations, dans chacune desquelles la mère et l'enfant auraient été sauvés. Un pareil résultat, comparé à ceux obtenus par les autres procédés, mérite de fixer l'attention. » (M. Cazeaux.)

La rencontre du placenta, que l'on peut blesser, est un des inconvénients de ce procédé.

M. Kivisch, de Wurtzbourg, le 8 mai 1846, ne parvint à pousser la canule qu'à la hauteur de 13 centimètres. Ayant pratiqué la ponction, il ne s'écoula qu'un peu de sang et de sérosité; il avait blessé le placenta, et comme il craignit son décollement, il pratiqua la ponction directe pour terminer au plus vite l'accouchement.

On reproche aussi à ce procédé de ne réveiller parfois que des douleurs très faibles, (ce qui obligea Reicke à revenir trois fois à la

ponction directe, le 3, le 9 et le 17 août 1823) (M. Velpeau), et dans des mains inhabiles d'exposer à atteindre l'enfant.

Perce-membrane de M. Villeneuve de Marseille. — « Il a la forme d'une sonde d'homme ordinaire, et est composé de deux parties : l'une, extérieure et longue de 30 centimètres, est une canule en argent, tronquée à son extrémité; l'autre, intérieure, est un stylet ou mandrin en acier, long de 38 centimètres, simple dans la plus grande partie de son étendue, qui se divise à son extrémité en deux branches élastiques qui se tiennent écartées l'une de l'autre. Une de ces branches présente un crochet et l'autre deux; ces crochets, dirigés horizontalement, s'engrènent parfaitement ensemble par le rapprochement des deux branches, à la façon des pinces de Museux. L'extrémité externe du mandrin est vissée à un anneau. » (M. Silbert.)

L'introduction de cet instrument se fait de la même manière que celle de la canule de Meissner, sauf qu'il ne faut que pousser sur le stylet dont les branches, armées de crochets, s'écartent pour saisir les membranes en deux points. Après quoi, on fait rentrer dans la canule ce même stylet dont les pinces entraînent les membranes, qui se déchirent sous cette traction; et l'opération est faite.

L'instrument de M. Villeneuve l'emporterait sur celui de M. Meissner, en ce qu'il n'expose pas à percer une fontanelle si les membranes reposent immédiatement sur l'enfant; en ce que la fluctuation n'a pas besoin d'être constatée d'une façon aussi rigoureuse, etc.

Quoi qu'il en soit de tous ces procédés plus ou moins ingénieux, plus ou moins directs, comme on leur reproche d'évacuer le liquide amniotique, ce qui peut cependant avoir ses avantages et ses indications dans certains cas, on s'est efforcé, pour tâcher d'imiter encore plus la nature par un travail presque normal, de

chercher d'autres procédés, et qui de plus n'exposassent pas aux lésions que celui-ci peut déterminer.

5° *Tamponnement vaginal.*

En 1776 Leroux de Dijon a proposé le tamponnement dans les cas d'hémorrhagies graves.

Mais plusieurs praticiens le rejettent, même dans ce cas, comme difficile à bien appliquer, douloureux et susceptible de provoquer des contractions et par suite l'avortement.

Or, c'est précisément en vertu de l'irritation qu'il provoque que l'on a proposé de s'en servir pour déterminer l'accouchement prématuré.

M. Schœller s'en serait servi avec succès, en présence de M. Nœgelé, en 1842. D'autres accoucheurs n'auraient point eu également à s'en louer. Ce procédé entre leurs mains aurait été insuffisant. Le plus ordinairement ils ont dû compter sur le concours du seigle ergoté.

M. Etstinger lui reproche : 1° enduit d'un corps gras, de ne produire aucun effet ; et 2° employé à sec, d'irriter par trop le vagin et d'y déterminer une vive inflammation.

Voici le procédé de M. Schœller décrit par M. Stoltz, (*Gaz. méd.* de Strasbourg, janvier 1843), et qui se trouve dans M. Cazeaux. « Vider le rectum et la vessie, introduire dans le fond du vagin un tampon composé de plusieurs boules de charpie trempée dans l'huile, ou cératée, et dont la première doit être garnie d'un ruban pour en faciliter l'extraction. On pourrait aussi se servir d'éponge préparée, mais il faudrait la maintenir en place par une éponge simple, ne pas remplir tout le vagin, on gênerait l'excrétion de

l'urine et des matières fécales. Enfin il est avantageux de commencer le soir, lorsque la femme est couchée, parce qu'elle se tient plus tranquille pendant les premiers temps de l'action du tampon. »

« L'effet de ce moyen se révèle bientôt par des douleurs dans le ventre et aux reins, et par une certaine tension de la matrice. Comme moyen accessoire, on peut faire des frictions répétées sur le fond de l'utérus. Comme les mucosités vaginales ne tardent pas à souiller le tampon et à répandre une mauvaise odeur, il est bon de le renouveler au moins une fois par jour, et deux fois même si la sensibilité des parties le permet. Avant d'en introduire un nouveau, on fait quelques injections dans le vagin. Lorsque le tampon a éveillé la contractilité de l'utérus, et que l'orifice s'entrouvre on peut le retirer. »

« Si le travail n'est pas définitif, si les douleurs faiblissent et se ralentissent, il faut réappliquer le tampon et faire avaler à la femme 50 cent. de seigle ergoté de 1/2 heures en 1/2 heure. On peut aussi ranimer les douleurs en dilatant l'orifice avec l'indicateur. On doit surtout se garder de rompre les membranes avant que la dilatation soit presque complète. »

Malgré les succès de M. Shøeller et de quelques autres, ce procédé ne semble pas appelé à jouir d'une grande vogue, d'autant que le tampon ne paraît agir efficacement que dans les cas où déjà un trouble existe du côté de l'utérus.

On a aussi proposé comme tampon l'emploi d'une vessie gonflée dans le vagin.

6° Dilatation du col utérin.

Voulant soustraire l'enfant aux dangers de la ponction et le faire

bénéficier de la présence des eaux, plusieurs accoucheurs avaient cherché à exciter l'utérus en dilatant progressivement le col par la présence d'un corps étranger.

Divers moyens ont été proposés pour atteindre ce but. L'instrument à trois branches de M. Busch, lequel introduit dans le col l'excite et le dilate forcément. L'auteur aurait publié plusieurs observations à l'appui de son procédé ; cependant il n'est pas employé : Il en est de même du *sphéno-siphon* de M. Schnackenberg, espèce de canule en forme de coin avec laquelle on dilaterait le col, tandis qu'on pousserait des injections dans le vagin, etc. La dilation du col à l'aide de l'éponge préparée appartient à M. Sielbold, mais ce procédé a été perfectionné par M. Kluge ; aussi porte-t-il son nom.

On se propose de dilater le col utérin progressivement et doucement, de décoller un peu les membranes, et surtout d'exciter l'utérus à se contracter. On se sert pour cela d'un cône d'éponge préparée que l'on introduit dans le col, et qu'on y maintient par le tamponnement vaginal ou à l'aide de quelque appareil approprié, jusqu'à ce que les douleurs se déclarent franchement.

MANIÈRE D'OPÉRER :

« On y dispose la femme par des bains tièdes et des injections vaginales émollientes et narcotiques, plusieurs jours à l'avance.

Immédiatement avant l'opération, on vide la vessie et le rectum, après quoi on assure de nouveau son diagnostic.

« Ensuite, ayant fait placer la femme comme pour une application de forceps, l'opérateur constate la situation du col, qu'il ramène au besoin avec le doigt sur la ligne médiane ou qu'il embrasse avec un spéculum pleij (M. Dubois) ; lequel pourra servir

de conducteur pour introduire l'éponge ; mais le doigt est suffisant. »

« Un cône d'éponge préparée de 5 cent. de longueur et de 1 cent. $1/2$ de diamètre à sa base, et fixé par un cordonnet de 27 cent. de longueur, est saisi par cette base avec une pince suffisamment longue ; alors on le dirige vers l'orifice du col, dans lequel on le pousse lentement pour l'engager complètement dans sa cavité, puis on l'y fixe pendant 5 à 6 minutes. Après quoi, ayant retiré et la pince et le speculum, on place dans le fond du vagin une éponge ou des tampons destinés à retenir l'éponge introduite dans le col. On soutient le tout avec un bandage approprié, et l'on place la femme sur son lit.

« Bientôt l'éponge, en s'échauffant et en s'imbibant, se gonfle et dilate le col et l'excite. Le corps de l'utérus réagit à son tour, et le travail s'établit après 5 à 6 heures. Si, après 24 heures, les douleurs ne s'étaient pas régulièrement établies, si la dilatation n'était pas suffisante, on recommencerait l'opération, en introduisant cette fois une éponge plus forte que la première. Il est rare que cette seconde opération ne suffise pas ; cependant, s'il le fallait, on recourrait à une troisième, à une quatrième, etc. Les frictions sur l'abdomen, les titillations sur le col, les excitants généraux, le seigle ergoté sont d'excellents adjuvants. » (M. Cazeaux.)

Ce procédé a été généralement adopté jusqu'à ce jour. Il a l'avantage de ne point exposer à blesser la femme et de ne point rompre la poche des eaux. Toutefois, il compte moins d'heureux résultats que le procédé de Meissner.

Au lieu d'un tampon, M. Cazeaux se sert de tout un petit appareil avec ceinture hypogastrique, lequel maintient très bien l'éponge en place, et ne gêne en rien les fonctions de la vessie et du rectum.

Cette méthode de Kluge a souvent été employée par MM. Stoltz,

Villeneuve, Paul Dubois, Chailly-Honoré, etc., qui ont eu également à s'en louer. Au moins, avec ce procédé, si le travail se déclare et marche avec lenteur, la poche des eaux n'étant pas rompue, l'enfant n'en souffre-t-il point. De plus, on peut reconnaître à temps une mauvaise présentation ou position et la changer. Quelques praticiens lui reprochent cette même lenteur, et en plus de provoquer parfois l'inflammation de la matrice et du péritoine. M. Vaust, sur cinq cas, a eu deux fois des accidents, et trois fois ce procédé seul ne lui a pas suffi.

Pour remédier aux irritations provoquées par l'éponge et remplir cependant les mêmes indications, quelques accoucheurs ont adopté de préférence la bougie de Zuidhoek, que l'on porte dans le col et que l'on retire presque aussitôt, etc. Elle excite bien plus faiblement l'utérus. L'accoucheur hollandais, lui, s'en sert comme simple instrument de décollement et d'excitation, qu'il porte entre l'œuf et l'utérus à la façon de la canule de Meissner.

Observation.

Une femme âgée de 30 ans, primipare, chloro-anémique, fut atteinte, vers le septième mois de sa grossesse, d'œdème des pieds, qui s'étendit bientôt à tout le corps; en même temps, elle devint nerveuse, impressionnable.

Le 9 décembre, au matin, elle parut en proie à une sorte de délire : vision troublée, regard fixe, pouls petit et serré. Vers midi, elle fut saisie de convulsions très violentes. M. Thiry ordonna 16 sangsues au tempes, le musc et la quinine. M. Cazier, appelé peu de temps après, constata un accès éclamptique des plus intenses et des mieux caractérisés.

Il y avait perte complète de connaissance. Lorsqu'on appliquait la main sur le ventre, l'utérus ne paraissait point contracté; mais il suffisait de lui imprimer quelques mouvements de pression pour éveiller ses contractions, pendant lesquelles la malade s'agitait violemment et jetait des cris.

Dans l'après-midi, nulle amélioration; on insista sur l'emploi des mêmes moyens. (Six autres sangsues; deux larges vésicatoires aux jambes.)

Le 10, les convulsions ont continué presque sans interruption toute la nuit et persistent encore. Le col est ouvert et mou; il se laisse un peu dilater. L'auscultation fait encore entendre les bruits du cœur de l'enfant.

La provocation de l'accouchement paraissant être le seul moyen de mettre fin à ces symptômes alarmants, on introduit dans le col un cylindre d'éponge préparée à la ficelle, de la grosseur du doigt. Pendant cette opération, l'agitation de la malade devint extrême; mais aussitôt après elle se calma, les contractions des membres diminuèrent, et, pour la première fois, elle prononça quelques mots. (Continuation du musc et du quinquina.)

Le soir, convulsions moins intenses. Le col est un peu plus dilaté que le matin, et l'on sent de temps en temps la tension des membranes, par le liquide amniotique, pendant les contractions de la matrice. L'enfant est encore vivant.

Le 11, ces convulsions n'ont duré que jusqu'à 3 heures du matin; la malade est dans un assoupissement comateux.

Le soir, les contractions de l'utérus sont devenues plus fortes. Le col, n'ayant que la dilatation d'une pièce de 2 francs, il n'est pas encore possible de terminer l'accouchement. On introduit un cylindre d'éponge plus volumineux que le premier.

Le 12, à six heures du matin, la malade ayant été extrêmement agitée toute la nuit, et le col ayant la largeur d'une pièce de 5 fr

presque effacé et très dilatable, la poche des eaux s'y engageant pendant les contractions de la matrice, M. Cazier se décida à terminer l'accouchement. Il rompit donc les membranes, constata une présentation du siège, accrocha avec deux doigts le pli de l'aine droite, et amena un enfant assez volumineux, paraissant âgé d'environ sept mois et demi.

Après l'accouchement et la délivrance, les cris de la malade s'apaisèrent; pendant la nuit, elle dormit deux heures.

Le 13, l'assoupissement a diminué; la malade ne répond pas encore aux questions, mais elle ne se plaint plus; l'œdème sous-cutané a beaucoup diminué. (Purgation saline.)

Le 14, elle répond aux questions, n'éprouve plus qu'un accablement général, se souvient à peine de ce qui s'est passé.

Les lochies coulèrent abondamment, et, au bout de quelques jours, la guérison était complète.

(V. *Gaz. méd. de Paris*, 20 août 1853, page 536. — Obs. due à l'obligeance de M. Guyomard.)

DOUCHES VAGINALES.

Ce procédé, aussi facile qu'inoffensif en général, a de plus le mérite de la nouveauté. Il consiste à porter dans le col ou sur le col utérin des douches d'eau tiède de 30° à 40° Réaumur environ, trois ou quatre fois par jour pendant dix minutes chaque fois, avec un irrigateur ou un tube quelconque armé d'une canule. On emploie pour chaque douche de 6 à 8 litres d'eau.

L'opérateur fait placer la femme sur le bord du lit, lui fait écarter les jambes, les pieds étant appuyés sur des chaises. Alors il introduit la canule jusque sur le col, ou dans le col, en la dirigeant

sur l'index de la main gauche, après quoi il fait marcher la douche, qu'il réitérera jusqu'à ce que la dilatation du col soit en bon train, et que les contractions utérines soient suffisamment énergiques.

Une fois le travail bien établi, il pourra abandonner le reste à la nature.

« M. Kiwisch van Botterau, de Wurtzbourg, qui le premier a préconisé les douches, en 1846, a publié dix cas dans lesquels on a employé de 4 à 18 douches, et où le travail a duré de 1 à 7 jours. Il y a eu cinq succès complets, 4 métrô-péritonites dont 2 amenèrent la mort, et un cas de mort par hernie étranglée. Mais il régnait une épidémie de fièvre puerpérales. »

« M. Bourgeois d'Amiens s'est servi de ce procédé dans un cas d'éclampsie, le 27 mai 1853. Le travail a commencé après 4 heures, l'enfant est venu mort. »

« M. le docteur Aubrnais a communiqué une observation (1854,) dans laquelle l'accouchement a été pratiqué avec succès pour la mère et l'enfant. »

« M. Bouchacourt s'est aussi servi des douches et en a obtenu de bons résultats.

M. P. Dubois a eu recours 5 fois à ce moyen à la Clinique, une fois dans un travail prolongé par inertie de la matrice et 4 fois pour provoquer l'accouchement dans des cas de rétrécissement du bassin, et il n'en est pas résulté le moindre accident. Dans un cas 3 douches ont suffi, dans un autre il a fallu aller jusqu'à neuf; mais dans ce dernier cas, la lenteur tenait à une légère déviation de l'utérus et les douches ne portaient pas sur le col; M. Dubois fit changer la direction du jet, et aussitôt les contractions commencèrent. Le point essentiel est donc que la douche frappe directement sur le col utérin. »

« Le 28 novembre 1854 à quatre heures du soir, M. Villeneuve, ur une femme de la Clinique de Marseille, fit commencer les pre-

mières douches pendant dix minutes ; elles furent répétées le lendemain matin à 9 heures ; le 30, l'accouchement eut lieu. La mère et l'enfant furent sauvés. » (M. Silbert.)

Si je n'avais craint de rendre ce travail trop long, j'aurais pu citer plusieurs observations *in extenso* à l'appui de ce procédé.

8° *Électricité, galvanisme.*

Ces deux moyens, le premier employé par Koeniger, Jacobi et Scheiber, et le second par Darrington et Simpson, n'ont produit que quelques douleurs pour tout résultat. J'ai cependant rencontré des gens qui s'en promettent merveille. Nous verrons.

9° *Succion des mamelles, ventouses.*

Ce procédé, proposé par M. le professeur Scanzoni, est fondé sur le consensus que tout le monde sait exister entre les nerfs des seins et ceux de l'utérus, — et en plus sur ce que parfois on a pu voir que la lactation déterminait des douleurs utérines et des hémorrhagies. Son auteur s'est donc demandé si la succion des mamelles ne provoquerait pas l'accouchement prématuré, et ses prévisions se sont réalisées dans le fait suivant :

Observation. — Une fille, âgée de 24 ans, entra à la Clinique d'accouchement de Würzburg, ayant un rétrécissement de bassin qui obligea d'avoir recours à la perforation du crâne et à la céphalotripsie. Cette opération fut suivie d'une légère métrite qui guérit facilement.

On recommanda à cette fille, dans le cas d'une seconde grossesse, de se présenter de bonne heure à la Clinique, afin qu'on pût

aviser aux moyens de la soustraire au danger d'une opération toujours grave.

Cette fille, étant devenue enceinte pour la deuxième fois, suivit le conseil qu'on lui avait donné, et l'on décida que l'on essaierait l'accouchement prématuré à l'aide de l'excitation des glandes mammaires. A cet effet, l'auteur se procura deux appareils à succion composés d'une vessie en caoutchouc munie d'un tube de verre évasé en entonnoir; l'air étant expulsé par la compression de la vessie, l'appareil agit comme une ventouse.

Le 25 février, vers la trente-deuxième semaine de la grossesse, l'instrument fut appliqué pendant deux heures le matin, et autant de temps le soir.

Le 26 et le 27, l'appareil fut appliqué trois fois par jour.

Dès la troisième application, on remarqua un raccourcissement de la portion vaginale de l'utérus et une légère dilatation de l'orifice, sans que la femme ait éprouvé aucune douleur.

Celles-ci se montrèrent le 27, après la sixième application et augmentèrent dans la nuit; le col était entièrement effacé et la poche des eaux commençait à faire saillie.

Après la rupture de cette dernière, on procéda à l'extraction par les pieds et l'on amena un fœtus de quatre livres et demie (poids de Nuremberg) qui ne tarda pas à donner des signes de vie par des cris assez forts.

La mère se rétablit promptement et put quitter l'hôpital le neuvième jour. L'enfant tomba malade le cinquième jour et mourut trois jours après.

« Cette observation est très remarquable par l'extrême facilité avec laquelle s'établit le travail de l'accouchement; elle donne l'espoir fondé que le moyen conseillé par M. Scanzoni pourra remplacer les procédés mécaniques employés jusqu'à ce jour pour pro-

voquer l'accouchement prématuré artificiel, procédés que l'auteur examine successivement. »

« M. Scanzoni donne, à la fin de son travail, la relation d'un second accouchement provoqué de la même manière vers la fin du septième mois, et avec le même succès. »

« L'application des ventouses sur les seins, pendant le travail même de l'accouchement, parut activer ce travail d'une manière sensible. »

(V. *Gaz. méd. de Paris*, 12 mai 1855, p. 278. — Obs. due à l'obligeance de M. Guyomard).

10° *Cautérisations du col.*

Parfois, on a pu constater que des cautérisations faites à contre-temps sur le col utérin, ont pu déterminer l'avortement, aussi, les praticiens s'abstiennent-ils d'en faire pendant tout le temps de la grossesse; or, jusqu'à quel point des cautérisations faites avec la pierre infernale, inoffensives d'elles-mêmes, ne pourraient-elles pas être employées pour provoquer l'accouchement prématuré? C'est un moyen que je signale, sans y attacher d'autre importance.

11° *Fumigations d'acide carbonique.*

C'est encore une nouvelle méthode proposée par M. Scanzoni, et que l'exposition du fait suivant expliquera suffisamment, je pense. C'est à l'expérience à établir si l'on devra y avoir recours de préférence aux autres moyens déjà connus.

Il y aurait peut-être une objection bien peu importante du reste à lui faire, c'est que cet agent et l'appareil approprié au dégagement de l'acide carbonique, tout faciles qu'ils sont à se pro-

curer, ne sont pas toujours à la disposition de tel ou tel accoucheur.

On obtient le dégagement de l'acide carbonique en versant de l'acide sulfurique sur du carbonate de chaux; il ne s'agit plus que de s'emparer de l'acide carbonique et de le diriger dans le vagin.

Observation.

La première application eut lieu le 2 février à 8 heures du soir, pendant 20 minutes, sans aucun résultat. — Le 3, application le matin, à 8 heures, pendant 25 minutes et le soir, à 8 heures, pendant 30 minutes. Durant l'injection d'acide, la femme éprouvait dans le vagin une sensation désagréable de picotement, et dans le courant de la journée des élancements dans la région ombilicale. Le col de la matrice, qu'on avait trouvé long de 5 à 6 lignes assez résistant, à orifice exactement fermé, paraissait ramolli le soir. — Le 4, deux applications de 30 minutes. Dans la journée, le doigt pénétrait dans le col et atteignait le segment inférieur de l'œuf, renfermant la tête. Dans la nuit il survint des douleurs lombaires assez vives, s'irradiant vers les aines, et vers le matin des contractions utérines, sensibles à la main, qui disparurent plus tard. — Le 5, nouvelle application le matin. L'orifice s'était dilaté dans le diamètre d'une pièce de un franc; il était mou, extensible; la sécrétion vaginale était augmentée. Vers midi, contractions utérines douloureuses, allant en augmentant. L'écoulement des eaux se rompit à 6 heures 1/2 du soir, et l'enfant vint au monde une demi-heure après. Il était vivant et pesait 3 livres 6 onces, poids de Bavière. Une légère métrorrhagie survenue un quart d'heure après, nécessita l'extraction du placenta. Les couches furent normales.

(Due à l'obligeance de M. Guyomard.)

Union médicale, 1856.

APPRECIATION COMPARATIVE.

Placé entre ces différents procédés, auquel d'entre eux le chirurgien devra-t-il donner la préférence ? Tout d'abord que se propose-t-il ; sauver la mère et l'enfant autant qu'il dépend de lui et de son art. Dès lors que devra-t-il prendre en considération ?

La nécessité où il est d'agir de suite ou non ;

Les conditions physiologiques et pathologiques de la mère et de l'enfant.

L'appréciation des divers procédés en tant que sûrs, faciles et inoffensifs, ou non. Toutes considérations sans lesquelles il est impossible de prendre une décision fondée et consciencieuse. Dire après cela que le procédé choisi n'aura pas ses dangers, ses inconvénients, son imprévu, c'est demander à l'art plus qu'il ne peut donner. L'accouchement prématuré est et sera toujours par lui-même une opération grave et compromettante pour la mère et l'enfant, et je dirai même pour l'opérateur ; car il est si facile, malgré toutes les précautions, de porter un diagnostic faux, de se déterminer pour un procédé insuffisant, dangereux dans telle ou telle circonstance donnée, et sur telle ou telle femme ; et puis ceux qui vous regardent faire sont si disposés à vous donner toujours tort. Donc, l'accoucheur ne se déterminera pour tel ou tel procédé qu'après le mûr examen de toutes les considérations que nous venons d'indiquer et que nous n'avons pas la prétention de discuter de tous points dans cette rapide appréciation.

A en croire les auteurs de chaque procédé, le sien est préférable aux autres ; le sentiment de la paternité est si naturel, et puis on est plus habile à manier un instrument que l'on a fait et que

l'on aime, mais en doit-il être ainsi pour celui qui n'a qu'à choisir et qui délibère?

Etablissons de suite une division toute naturelle qui sera vraie jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent prouver le contraire. Souvent la vérité des théories en médecine n'est qu'à cette condition. Vérité aujourd'hui, naïveté demain. Qui nous donnera une base plus solide? Et cependant le médecin est bien forcé de se décider et d'agir en présence de la nécessité du mal, de la douleur et des dangers. Aussi la probabilité, l'observation, l'expérience, son inspiration sont-elles ses guides le plus souvent, et après cela comment trop blâmer l'homme de conscience et de savoir, qui s'est décidé pour telle ou telle méthode?

Dans tous ces procédés d'accouchements provoqués, que doit encore se proposer l'accoucheur, d'imiter la nature dans ses actes physiologiques, ou tout en les imitant, de les brusquer parfois pour obliger l'organisme à faire, à heure fixe, ce qu'il y aurait inconvénient, danger à attendre de lui plus tard.

L'accoucheur, autant qu'il dépend de lui, doit encore se préoccuper de la douleur que détermine tel procédé plutôt que tel autre, et de la rapidité dans le résultat à obtenir de l'un plus grande qu'avec l'autre. Toutes considérations qui doivent être prises par lui, en tant que leur efficacité et leur sûreté sont les mêmes.

Voyons maintenant, à ne guère tenir compte que des procédés en eux-mêmes, auquel d'entre eux il devra donner la préférence.

Les moyens généraux, nous l'avons dit, sont trop incertains; quelques-uns d'entre eux ne peuvent être employés que comme préparatoires ou adjuvants.

Quant aux moyens locaux : les frictions, les manipulations, les simples décollements même des membranes sont trop douteux pour que l'on s'en serve autrement que comme de moyens auxiliaires. L'électricité, le galvanisme, n'ont encore donné que des

résultats insuffisants. Ils pourraient cependant avoir leurs indications dans une atonie complète de l'utérus; toutefois à titre d'auxiliaires encore seulement.

Comme douleurs et incertitude, le tamponnement devra être éloigné, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'hémorrhagie, après avoir eu recours toutefois à la ponction directe.

S'il s'agit d'un accident grave qui nécessite un accouchement sûr et rapide (hémorrhagies, éclampsies, etc.), tous les praticiens se prononcent pour la rupture directe des membranes; la perforation, selon le procédé de MM. Meissner et de Villeneuve, peut n'être pas suivie d'un résultat assuré et rapide.

A-t-on le temps devant soi, ne s'agit-il que de prévenir un danger futur, les autres méthodes sont là : de préférence les injections Cohen, en ce qu'elles ne vident pas la poche des eaux; mais avant elles, comme aussi sûres et inoffensives, et étant d'une application plus facile, les douches vaginales, les fumigations d'acide carbonique, la succion même des mamelles.

Quant aux cautérisations du col, ce procédé n'a pas encore fait ses preuves.

Or, s'il en est ainsi de tous ces procédés, ou rapides ou temporisateurs, mais en tous cas sûrs, et au besoin pouvant s'entre-aider, se compléter les uns les autres, quand aura-t-on recours au procédé Kluge, ou à la dilatation du col par l'éponge préparée?

Ce procédé était naguère fort employé, mais depuis celui des douches vaginales il court risque de l'être moins. Il est douloureux, irritant, incertain, ne provoque qu'indirectement les contractions, n'est pas toujours d'une application facile, et oblige parfois à recourir aux autres moyens pour en finir.

La bougie de Zuidhoek qui participe et du procédé de décollement et de celui de dilatation, aurait peut-être quelque motif de lui être préféré, d'autant qu'elle irrite moins le col utérin. Quant à

la dilatation forcée par la main ou par des instruments appropriés, elle ne peut avoir des avantages qu'en raison des indications pressées et toutes particulières qui la réclament nécessairement.

Pour nous résumer, nous dirons que dans un danger pressant nous aurions recours au procédé de Thompson, et dans un cas où rien ne presserait à l'emploi des douches vaginales, sauf à les appuyer par le seigle ergoté, ou à les compléter même par la ponction directe, s'il le fallait; la femme et l'enfant devant y moins souffrir et y être moins en danger.

SUITES ET RÉSULTATS DE L'OPÉRATION.

Deux indications se présentent, s'occuper de la mère et de l'enfant. La mère sera plus fatiguée que dans un accouchement ordinaire et à terme; des hémorrhagies, des inflammations pourront se déclarer. Aussi devra-t-elle être entourée de soins plus attentifs, soumise à une diète plus sévère et entourée des meilleures conditions possibles.

L'accouchement ordinaire à terme n'est qu'un fait physiologique qui ne réclame le plus souvent que des précautions d'hygiène, pour que tout se passe bien.

De l'air, de la propreté, une alimentation convenable, le calme de l'âme et faire que chaque fonction s'exécute en son temps : lochies, fièvre du lait, etc. Et tout se passe à la plus grande satisfaction et de l'accouchée et du médecin.

Les accidents, les fièvres puerpérales, les miliaires, etc., tiennent le plus souvent à ce qu'on enfreint ces conditions par l'encombrement, ou par des sueurs exagérées, ou par une diète absolue, ou par la malpropreté, ou par les troubles fonctionnels qui proviennent

et dont on ne s'est pas garé et qu'une fois arrivés, on combat corps à corps plutôt que de se souvenir que le point essentiel est de faire rentrer la malade dans l'ordre des phénomènes physiologiques et que l'on doit tout faire pour cela, et avant tout, puisque la santé de la femme en dépend. De combien d'autres malades et maladies n'en pourrait-on pas en dire autant ? Mais dans l'accouchement provoqué le fait est essentiellement pathologique, aussi réclame-t-il d'autant plus de soins, plus d'attention à ce que l'organisme ne se jette pas dans la mauvaise voie ou que les accidents soient combattus le plus vite et le plus énergiquement possible dès le début.

Il nous importe de voir la bonne route, la filière des faits normaux, et d'obliger la nature à y rentrer si elle s'en écarte, car l'art ne consiste pas toujours à l'imiter, il consiste aussi parfois à la contraindre.

Quant à l'enfant, il sera plus faible, moins apte à prendre le sein, plus impressionnable au froid et aura un certain temps à parcourir pour arriver à être dans de meilleures conditions. On devra donc le tenir plus chaudement, lui donner le sein d'une nourrice dont le lait abondant coule de lui-même, ou qu'elle puisse lui faire tomber facilement dans la bouche, ou à défaut de cela le lui faire donner à la cuiller.

Quant à des mélanges de lait de vache et d'eau sucrée, ou d'eau de gruau, il faut bien s'en servir à l'aide du biberon ou de la cuiller, quand on ne peut pas faire autrement, mais le lait de la nourrice est cent fois préférable. Le sommeil de l'enfant devra être suffisamment respecté, et les soins de propreté seront des plus rigoureux. Avec de telles précautions, on doit espérer de voir moins d'enfants succomber vers le quinzième ou le vingtième jour, comme cela n'arrive que trop souvent.

Et si par le fait, l'accouchement prématuré qui se propose de sauver la mère et l'enfant, ne faisait que compromettre d'autant

et à l'avance la vie de celui-ci, à quoi bon y recourir ? Là seraient l'immoralité et la barbarie.

Quant à la mère, le plus souvent, aussi, elle sera sauvée, si le moment de l'opération est bien choisi, si on l'y prépare, si on ne la soumet qu'aux manœuvres les plus appropriées et les plus inoffensives, et si, l'accouchement opéré, on surveille les accidents et qu'on l'entoure ainsi que son enfant des soins que réclame leur état si plein d'intérêt. C'est à ces titres seuls que l'accouchement artificiel sera une des plus belles conquêtes de l'art obstétrical.

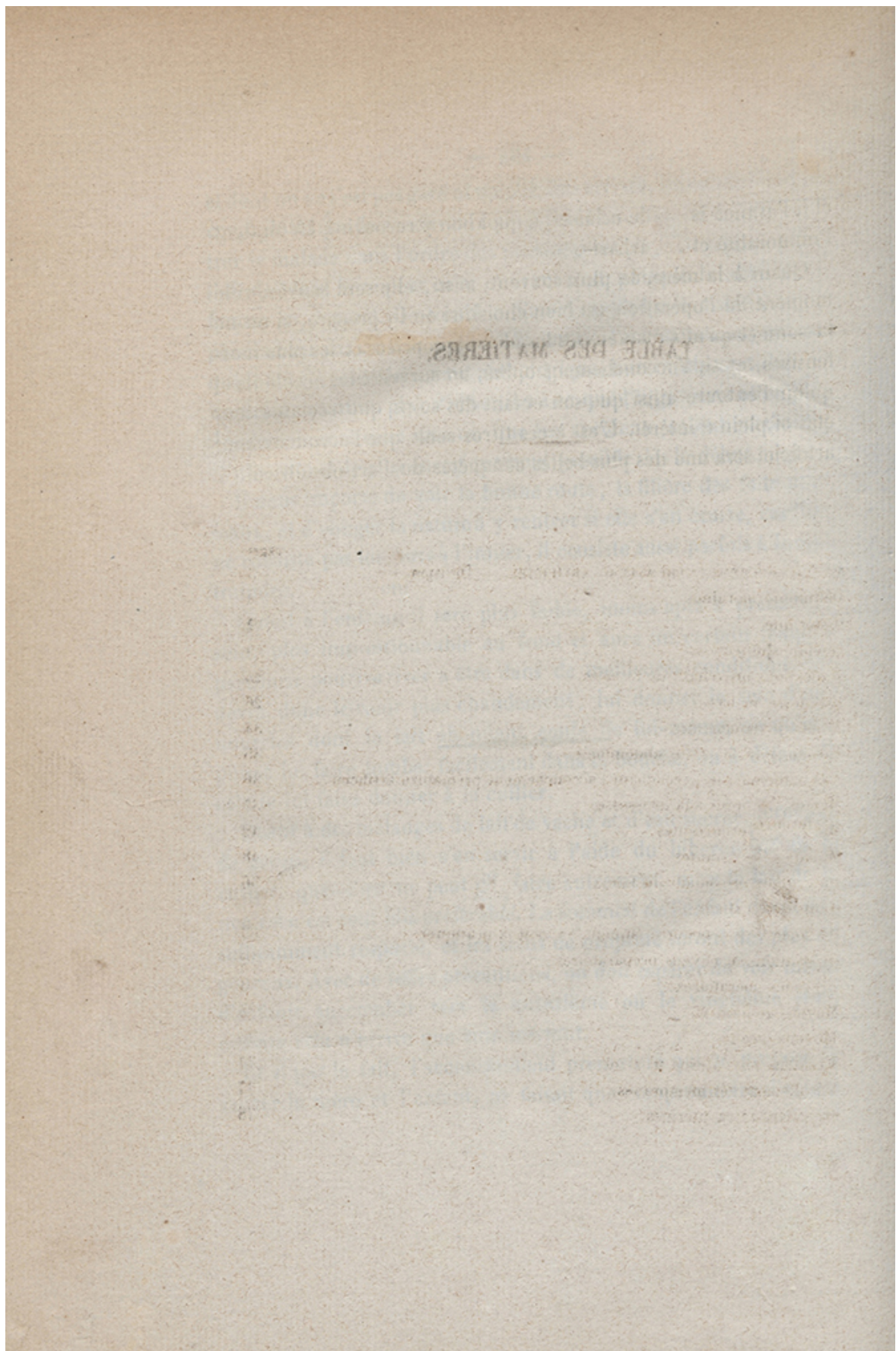


TABLE DES MATIERES.

	pages
DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL. — Division.	5
Définition, moralité.	6
Historique.	12
Quelques objections.	19
Indications provenant de la mère.	24
Étroitesse du bassin.	26
Tumeurs abdominales.	34
Étroitesse de la cavité abdominale.	35
Cas pathologiques, réclamant l'accouchement prématuré artificiel.	36
Maladies propres à la grossesse.	37
Maladies intercurrentes.	42
Maladies coexistantes.	48
Indications provenant du fœtus.	56
Contre-indications.	61
De l'opération, époque à laquelle on doit la pratiquer.	67
Précautions et moyens préparatoires.	72
Procédés opératoires.	73
Moyens généraux.	73
Moyens locaux.	76
Frictions sur l'utérus et le col.	77
Décollement des membranes.	77
Injectons intra-utérines.	78

Perforation des membranes.	81
Tamponnement vaginal.	88
Dilatation du col utérin.	89
Douches vaginales.	94
Électricité, galvanisme.	96
Succion des membranes.	96
Cautérisations du col.	98
Fumigations vaginales.	98
Appréciation comparative.	100
Suites et résultats de l'opération.	103

