dont il faut éviter la compression ; on le fera glisser plus haut, pour l'appliquer sur les parties latérales du crâne ou sur l'occiput ; on imprimera ensuite à la tête tous les mouvements qu'elle doit subir dans le mécanisme de l'accouchement naturel.

Quand la face est dans l'excavation ou au détroit inférieur, le levier n'a aucun avantage sur le forceps ; son emploi serait même dangereux quand le menton regarde en avant, parce que, appliqué sous le pubis, il serait en rapport avec le menton ou avec le cou de l'enfant. On pourrait, il est vrai, l'employer dans les positions mento-iliaques postérieures, pour faire tourner la tête dans le bassin et ramener le menton en avant ; mais, à part ce cas particulier, on devra préférer le forceps.

De l'application du levier sur la tête, après la sortie du tronc. — Dans l'accouchement par le siége ou pendant une version, il arrive souvent que le fœtus succombe par l'arrêt de la tête au niveau du détroit supérieur ou dans l'excavation. Les manœuvres faites avec la main, quand elles sont bien dirigées, réussissent le plus souvent, mais le temps presse, et, en cas d'insuccès, il faut songer à appliquer le forceps ou le levier. Disons tout de suite que le forceps a l'inconvénient d'avoir deux branches, que leur application est rendue difficile par la présence du tronc ; le levier a, au contraire, l'avantage de ne se composer que d'une seule lame.

Le docteur Coppée s'est surtout déclaré partisan du levier dans ces circonstances : « C'est la pratique, dit-il, qui nous a appris les avantages de cette manière de faire. Dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, il nous est arrivé de voir mourir des enfants parce que la main ne parvenait pas à extraire assez rapidement la tête. En réfléchissant à ces cas, et en nous rappelant tous les services que nous a rendus le levier dans les différentes positions du sommet et de la face, l'idée nous est venue de nous servir également de cet instrument après la sortie du tronc, pour peu qu'il y eût d'obstacle au dégagement de la tête. Le succès a dépassé nos espérances. Tout le monde admettra que ce qu'il faut dans ces cas, c'est une manœuvre rapide. Si le bassin est bien conformé, essayez le procédé manuel décrit par les auteurs ; mais s'il ne réussit pas aussitôt, recourez au levier sans perdre un temps irréparable. Là où il faudrait tirer longtemps avec la main, le moindre effort du levier suffit pour extraire la tête, et dans les cas difficiles, à cause de l'angustie pelvienne, l'action de cet instrument est des plus efficaces. » (Coppée.) Cette pratique sera à coup sûr accueillie avec plaisir par les partisans de la version dans les rétrécissements du bassin.

Le manuel opératoire se fait ici d'après les règles générales ; la femme étant placée en travers sur son lit, le tronc du fœtus est abaissé vers le périnée, pendant qu'on fait glisser le levier derrière le pubis.

Que la tête soit au détroit supérieur ou dans l'excavation, la conduite est à peu près la même ; si l'occiput est dirigé transversalement ou en avant, c'est sur lui ou sur la région mastoïdienne qu'on applique le levier. Mais quand le front regarde l'arc antérieur du bassin, il faut craindre de blesser la face, c'est donc sur la tempe qu'on agira, et l'on aura d'autant moins de chance de blesser la face, qu'on introduira l'instrument plus profondément : la tête occupe, en effet, une position inverse de celle qu'elle a dans les présentations du sommet, et, quand le levier a pénétré un peu plus loin, il dépasse la face et s'applique sur le front ou sur le sinciput. Ici encore on imitera l'accouchement naturel, et tantôt on devra refouler le front en arrière pour le faire rouler dans la concavité du sacrum, tantôt on l'abaissera directement sous l'arcade pubienne. La flexion ou la déflexion de la tête indiquent la conduite à tenir.

Quand la tête est arrivée au détroit inférieur, à plus forte raison quand elle n'est plus arrêtée que par la résistance du périnée ou de la vulve, la main doit suffire pour terminer l'extraction ; en tout cas le forceps serait préférable au levier.

CHAPITRE VI

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

On donne le nom d'*accouchement prématuré artificiel* à l'accouchement provoqué par l'art, avant le terme ordinaire de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable.

De toutes les opérations obstétricales, c'est sans contredit celle dont l'opportunité a été le plus vivement et le plus longuement discutée. Dans chaque pays, en effet, elle a été proposée ou blâmée par l'élite des accoucheurs, et de cette lutte entre les maîtres de l'art il est résulté qu'aucune partie en obstétrique n'a été étudiée avec plus de soin. Si l'on voulait recueillir la première idée de la parturition provoquée avant terme, il faudrait, à travers les tâtonnements qui caractérisent toutes les œuvres humaines, remonter, à l'exemple de quelques auteurs, jusqu'aux manœuvres d'Aspasie, à la dilatation forcée du col de l'utérus conseillée par Louise Bourgeois et J. Guillemeau, ou au procédé plus naturel de Puzos. Mais, quelle que soit celle de ces méthodes qu'on compare avec l'opération qui est ici en cause, le principe en diffère totalement, car, « dans l'accouchement *prématuré*, la nature fait presque tout, l'art ne lui communique qu'une impulsion légère, mais sûre ; tandis que, dans l'accouchement *forcé*, l'art agit presque seul, et tout ce que la nature cède, il faut le lui arracher par de nouveaux efforts » (Ritgen).

Aussi, grâce à cette distinction importante, nous pensons qu'il n'est plus permis de douter que l'accouchement provoqué par l'art ait pris naissance en Angleterre. Suivant un petit nombre d'écrivains, une sage-femme de ce pays, Marie Dunally, aurait pris l'initiative en 1738 ; mais la plupart des auteurs anglais regardent cette assertion comme tout à fait gratuite. Suivant le judicieux Denman, ce fut en 1756 que les praticiens les plus considérés de Londres se réunirent pour savoir si cette opération « était une chose avantageuse et approuvée par la morale ». Ils se décidèrent pour l'affirmative. Macaulay eut le premier l'occasion de justifier authentiquement la décision de ses compatriotes, et il ne tarda pas à trouver de nombreux imitateurs [1].

De la Grande-Bretagne l'accouchement prématuré artificiel passa bientôt en Allemagne, où il fut proposé en 1799 par A. Mai (de Heidelberg). Mais ce fut Wenzel, en 1804, qui le mit le premier en pratique, et, depuis ce succès et la publication du livre remarquable de Reisinger, cette opération a trouvé de

[1] On trouve dans Raphaël Moxius (liv. II, chap. XVI, p. 495) la première idée de l'accouchement prématuré ; il permet de provoquer l'expulsion du fœtus, pour sauver la mère, à deux époques différentes de la grossesse : dans les premiers mois, avant l'âge d'animation du fœtus, et dans les deux derniers mois, parce qu'alors « *fœtus*, etiamsi per » vim ab utero extrudatur, vivere tamen potest, aut saltem non defraudatur vita animæ, » quia vivus nascitur et baptizari potest ».

nombreux et zélés partisans. En Hollande, elle fut pratiquée plusieurs fois par Salomon, Welenberg et Schow. En Italie, Lovati ne fut pas moins heureux. En Danemark, en Amérique, en Suisse et en Pologne, les recueils périodiques ont fait connaître des observations pleines d'intérêt relatives à la parturition avant terme.

En France, l'importation de cette opération dans la pratique fut plus tardive, et, avant d'être acceptée comme une ressource précieuse, elle fut très-longtemps repoussée : c'était un crime, disait-on. Proposée pour la première fois en 1779 par Roussel de Vauzesme, on y fit alors peu d'attention ; elle resta pendant longtemps fort mal connue, et c'est sans doute à ce qu'on n'avait pas une idée nette et précise de ce qu'on devait attendre d'elle, qu'il faut attribuer l'opposition aveugle et passionnée de Baudelocque et de ses élèves. Toutefois, malgré l'anathème lancé par cette école célèbre, Fodéré n'en persista pas moins, à plusieurs reprises, à recommander l'accouchement provoqué. En 1830, M. Burckhardt soutint, à Strasbourg, une thèse remarquable sur ce sujet. Enfin, en 1831, le professeur Stoltz pratiqua le premier en France cette opération, et il eut le bonheur d'avoir un succès complet. Depuis cette époque, les doutes se sont peu à peu dissipés, et la plupart des accoucheurs français n'ont pas tardé à adopter une pratique qui rendait depuis près d'un siècle de grands services à l'humanité.

En 1832, deux ans après la thèse de Burckhardt, Dezeimeris, dans un article du *Dictionnaire* en 30 volumes, prend à son tour la défense de l'accouchement prématuré dans les cas de vices de conformation du bassin, en faisant des réserves pour les autres indications. M. P. Dubois, dans sa thèse de concours (1834), recommande aussi la même pratique dans certains cas déterminés d'étroitesse pelvienne, et, en 1840, il communiquait à l'Académie de médecine l'observation d'une mère chez laquelle il avait provoqué l'accouchement prématuré avec un succès complet. Depuis cette époque ses nombreux élèves ont vu à l'hôpital des Cliniques un grand nombre d'opérations semblables. En 1847, ce professeur fit, en outre, publier un travail sur l'opportunité de provoquer l'accouchement dans certains cas de maladies de la femme enceinte. Depuis cette époque, de nombreux mémoires ont été publiés sur ce sujet, de nombreuses thèses soutenues devant les Facultés de Paris, Strasbourg, Montpellier. Nous citerons au premier rang celles de MM. Lacour et Lazare Sée, qui renferment des documents aussi nombreux qu'importants. Aujourd'hui tout le monde est bien convaincu que l'accouchement prématuré artificiel est l'une des plus belles opérations de l'art obstétrical, et son application deviendra de plus en plus fréquente.

Débarrassés de la question de morale qui a si longtemps arrêté des praticiens qui ne se laissaient pas effrayer par l'opération césarienne et la symphyséotomie [1], nous n'avons plus aujourd'hui qu'à résoudre les deux questions

[1] Il est vraiment étrange qu'on se soit laissé effrayer si longtemps par les suites de cette opération : sur deux cent cinquante cas recueillis au commencement de 1844 par M. Lacour, plus de la moitié des enfants ont survécu, et une femme sur seize à peine a succombé. Que l'on compare ces résultats à ceux fournis par la symphyséotomie ou l'opération césarienne !

suivantes : Quels sont les cas dans lesquels on doit provoquer l'accouchement ? Quel est le meilleur procédé opératoire ?

ARTICLE PREMIER

CAS QUI RÉCLAMENT L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

A. En résumant les indications que présentent les vices de conformation du bassin, nous avons déjà dit que l'accouchement provoqué offrait une ressource précieuse ; il nous reste à développer cette proposition.

Il ne faut pas oublier tout d'abord que cette opération est pratiquée dans le but de sauver la vie de l'enfant, et d'épargner à la mère une opération qui, le plus souvent, compromet très-gravement son existence : c'est dire assez qu'elle ne peut être tentée qu'à une époque de la grossesse où la viabilité du fœtus est assurée, et seulement dans le cas où le rétrécissement du bassin est tel, que l'accouchement à terme est impossible sans le secours d'une opération sanglante sur la mère ou de la mutilation de l'enfant. La loi française, dont la sagesse a voulu prévenir toutes les anomalies possibles, a fixé la fin du sixième mois comme l'époque à laquelle l'enfant pouvait être déclaré viable ; mais tous les médecins savent qu'à part quelques rares exceptions, dont on ne peut tenir compte dans la question qui nous occupe, ce n'est qu'à la fin du septième mois que le fœtus est apte à jouir de la vie extra-utérine. C'est donc à sept mois révolus seulement qu'il est possible de songer à provoquer l'expulsion prématurée du fœtus. La question, facile à résoudre en ce qui concerne les intérêts de l'enfant, ne l'est pas autant quand il s'agit de discuter ceux de la mère. Dire en effet tout simplement que l'opération doit être pratiquée toutes les fois que l'accouchement à terme aura été reconnu impossible, c'est laisser trop de vague et d'incertitude dans une question aussi importante. Ce qu'il faut établir avec la plus grande précision, c'est : 1° le degré de rétrécissement au delà duquel l'accouchement provoqué n'est plus praticable ; 2° et jusqu'à quel degré du rétrécissement on peut en appliquer l'usage.

Puisque l'opération n'est proposable qu'après le septième mois de la grossesse, il fallait nécessairement rechercher quelle est, à cette époque, l'étendue des différents diamètres de la tête. Car l'étendue du diamètre bipariétal, qui dans l'immense majorité des cas correspond au diamètre vicié du bassin (antéro-postérieur), indique nécessairement à quel degré extrême de rétrécissement du bassin l'accouchement est encore permis. Or, il résulte des recherches de madame Lachapelle et de MM. P. Dubois et Stoltz, qu'à la fin du septième mois le diamètre bipariétal a, en terme moyen, de 6 centimètres et demi à 7 centimètres : la réductibilité de la tête permet d'espérer 4 à 5 millimètres de réduction. Il faudrait donc que le plus petit diamètre du bassin offre au moins 6 centimètres et demi, pour qu'on puisse songer à l'accouchement provoqué avec la probabilité de réussir.

Quelques exceptions rares et heureuses d'accouchements ayant eu lieu au travers d'un rétrécissement de 5 centimètres et demi (voy. page 661) semblent cependant démontrer qu'on pourrait peut-être abaisser la limite indiquée plus haut et la reporter à 5 centimètres et demi. Je sais bien que les exceptions ne justifient pas l'oubli des règles générales, mais je pense que dans un rétrécissement de 5 centimètres et demi on devrait tenter l'accouchement prématuré ; si avec lui l'extraction d'un fœtus vivant est impossible, l'embryotomie offrira une dernière ressource, d'autant plus applicable qu'elle sera facilitée par le peu de développement de l'enfant.

Au-dessous de 5 centimètres et demi il devient impossible de songer à l'accouchement prématuré, à moins que ce ne soit comme opération préliminaire destinée à rendre l'embryotomie plus facile. Reste à établir la limite au-dessus de laquelle il est inutile de provoquer l'accouchement, ainsi que l'époque à laquelle il sera effectué de préférence. La solution de cette double question dépend du développement graduel du fœtus après la fin du septième mois de la vie intra-utérine. On peut fixer approximativement les dimensions de la tête fœtale de la façon suivante : le diamètre bipariétal, ou grand diamètre transversal, mesure 7 centimètres à sept mois, 7 centimètres et demi à sept mois et demi, 8 centimètres à huit mois, 8 centimètres et demi à huit mois et demi, 9 centimètres à neuf mois. On peut compter, en outre, sur un certain degré de réductibilité qui varie, suivant les sujets, de 5 millimètres à 1 centimètre. Pour prendre un seul exemple entre tous, on devrait donc, en tenant compte de cette réduction, provoquer l'accouchement à huit mois et demi dans un bassin de 8 centimètres et fixer à 8 centimètres et demi la limite au-dessus de laquelle il est inutile de provoquer l'accouchement.

Malheureusement ces mesures ne servent que de moyenne, car dans chaque cas particulier elles varient avec le volume du fœtus, le degré de réductibilité de la tête, et rien dans la clinique ne peut faire prévoir ces différences.

Bon nombre d'accoucheurs pensent que chez une primipare on ne doit pas songer à l'accouchement prématuré quand le bassin a plus de 8 centimètres et demi. La primiparité a même été regardée comme une contre-indication formelle de l'opération. Nous dirons franchement notre opinion à cet égard : nous ne comprenons pas qu'on s'abstienne dans le doute. L'accouchement prématuré artificiel est une opération innocente : à quel regret ne s'exposerait-on donc pas si, après avoir attendu le terme de la grossesse, on était obligé de pratiquer l'embryotomie sur un enfant qu'on aurait pu sauver par l'accouchement prématuré ? Dans l'intérêt même de l'enfant, ne vaut-il pas mieux lui faire supporter les inconvénients d'une naissance prématurée, que les dangers d'une application laborieuse de forceps ? Nous conseillerons donc l'accouchement prématuré, chez une primipare, chaque fois que nous serons incertain sur la terminaison de l'accouchement à terme, au risque d'être accusé de l'avoir entrepris inutilement ; à plus forte raison, nous le conseillerons quand le rétrécissement est tel qu'il doit probablement rendre l'accouchement à terme très-laborieux ou impossible.

Chez une multipare on est renseigné plus complétement par le résultat des accouchements précédents. Pour elle, si l'accouchement à terme a été impossible ou très-laborieux, il est indiqué de provoquer l'accouchement prématuré, quelque faible que soit le rétrécissement. Mais en supposant chez une multipare les accouchements précédents faciles malgré un rétrécissement de 8 centimètres, que convient-il de faire ? Presque tous les accoucheurs répondront qu'il faut attendre parce qu'il est probable que tous les accouchements se feront de la même manière. Je serai moins affirmatif, parce qu'après un accouchement heureux on peut observer, comme je l'ai vu, un accouchement tellement difficile qu'on sera obligé de recourir à l'embryotomie ; je conseillerai donc volontiers l'accouchement prématuré dans le cas supposé.

Plus le fœtus prolonge son séjour dans l'intérieur de la cavité utérine, plus sa vie extra-utérine est assurée. Cette proposition, reconnue vraie pour tous, fait une loi à l'accoucheur de retarder autant que possible l'accouchement prématuré. Evidemment, on ne doit y recourir que si l'intérêt de la mère ou de l'enfant l'exige ; ce serait une mauvaise action que d'opérer à la légère, sans motif sérieux ; mais il ne faut pas reculer par timidité, d'autant plus que rien ne la justifie. On se console vite quand un accouchement spontané se fait prématurément ; on sait, en effet, qu'avec des soins un grand nombre d'enfants peuvent être élevés. Que l'accouchement prématuré ait lieu spontanément ou qu'il soit provoqué artificiellement, les conditions matérielles sont les mêmes ; pourquoi donc trop hésiter quand il s'agit de l'accouchement provoqué ?

Il est à propos de dire ici notre opinion relativement à certaines circonstances qui ont été invoquées par quelques accoucheurs comme des contre-indications à la provocation de l'accouchement. Je veux parler des grossesses doubles et des présentations vicieuses. Dans un cas de grossesse gémellaire bien constatée, on pourrait retarder beaucoup l'époque de l'opération, et même on pourrait abandonner l'accouchement à la nature, si le rétrécissement n'était pas très-considérable. D'une part, en effet, les jumeaux parviennent ordinairement à un moindre développement, et, d'un autre côté, leur organisation est rarement assez parfaite, quand ils naissent avant terme, pour que la vie extra-utérine puisse s'établir et persister.

Quant à la mauvaise présentation du fœtus, s'il fallait en tenir compte, on se priverait souvent des avantages de l'opération, parce que cet obstacle se présente assez fréquemment ; et, comme une attente de quelques jours seulement peut compromettre le succès de la tentative, on doit, comme l'a fait M. Stoltz, essayer de changer la présentation par des manipulations extérieures. Dans le cas où l'on n'aurait pu, par ce moyen, modifier la mauvaise présentation du fœtus, on n'en chercherait pas moins à faire naître la contraction utérine, sauf à pratiquer la version dès que le col sera suffisamment dilatable.

Avoir constaté une présentation du sommet n'est pas d'ailleurs une garantie suffisante pour se croire à l'abri d'une position défavorable. Dans une des six opérations que j'ai pratiquées, bien que le rétrécissement fût antéro-postérieur, la tête s'est offerte après la rupture des membranes en position occipito-pubienne ; et, cette circonstance ayant nécessité l'application du forceps et des tractions considérables, l'enfant est venu mort.

B. Les rétrécissements du bassin ne sont pas les seules circonstances dans lesquelles on ait conseillé l'accouchement provoqué. Les maladies si nombreuses et si graves auxquelles les femmes sont sujettes pendant les derniers mois de la grossesse sont souvent causées ou tout au moins très-aggravées par la gestation, et le meilleur et souvent le seul moyen de les faire disparaître est la déplétion de l'utérus : c'est elle aussi que quelques accoucheurs ont conseillée dans certaines affections qui menaçaient les jours de la femme. M. Ferniot, dans une thèse soutenue sous la présidence du professeur Stoltz, a cherché à prouver que l'accouchement provoqué est alors tout aussi licite que dans les rétrécisse-

ment du bassin. Depuis longtemps l'accouchement forcé avait été conseillé dans les hémorrhagies abondantes, surtout celles qui sont dues à l'insertion du placenta sur le col; et la rupture artificielle des membranes, recommandée de nos jours, n'est autre chose qu'une méthode à l'aide de laquelle on provoque le développement des contractions utérines. Plusieurs fois aussi, en présence d'attaques convulsives rebelles à tous les moyens les mieux appropriés, ou qui, après s'être calmées, se reproduisaient toujours de plus en plus graves à quelques jours d'intervalle, des praticiens habiles n'ont pas hésité à provoquer l'accouchement (voy. pages 840 et 848). Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les cas où une maladie grave et préexistante à la grossesse a tellement augmenté pendant la gestation, qu'elle semble devoir se terminer promptement par la mort, si la réplétion de l'utérus ne vient rapidement enrayer sa marche? L'Académie de médecine a certainement eu tort de traiter d'*inconvenante* la proposition que lui fit M. Costa en 1827, et dans laquelle ce médecin demandait s'il n'y avait pas lieu à provoquer l'accouchement toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement la vie de la mère, en supposant que le fœtus soit viable. Sans aucun doute cette question a besoin d'être mûrie avant d'être résolue, et la proposition de M. Costa avait le tort d'être trop générale; mais, resserrée dans certaines limites fixées par l'observation, elle recevra et a déjà reçu de nombreuses applications; une maladie du cœur très-avancée, une infiltration générale, avec épanchement dans les grandes cavités, une suffocation imminente, l'existence d'une tumeur anévrysmale considérable, et qui menacerait de se rompre par suite de la gêne que le développement de l'utérus produit dans la circulation générale, sont certainement des accidents aussi graves qu'une perte ou un état convulsif; et lorsque toutes les ressources thérapeutiques ont été vainement épuisées, l'accouchement provoqué me semble praticable. Toutefois il est important de ne prendre une pareille détermination qu'avec une grande prudence, et autant que possible après s'être entouré de confrères éclairés.

En décrivant les accidents auxquels la grossesse pouvait donner naissance, nous avons déjà dit que, lorsqu'ils sont arrivés à une gravité telle que la vie de la femme est sérieusement compromise, nous pensions que la provocation du travail prématuré était suffisamment justifiée. C'est ainsi que les vomissements très-opiniâtres et rebelles à tous les moyens thérapeutiques, l'hydropisie de l'amnios portée à un degré extrême, l'ascite compliquée d'hydropisie de l'amnios et menaçant la malade de suffocation, le retour d'accidents éclamptiques qui se manifestent à des intervalles plus ou moins éloignés et toujours avec plus de gravité, sont, avons-nous dit, des motifs suffisants de recourir à l'opération.

Mais ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels l'opération a été proposée, et nous avons encore quelques autres indications à préciser.

1° *Tumeurs abdominales.* — En parlant des diverses tumeurs qui compliquent si souvent la grossesse et le travail, le docteur Ashwell propose l'accouchement prématuré comme le plus sûr moyen de prévenir les dangers si graves auxquels sont alors exposées les femmes, soit pendant l'accouchement, soit pendant les suites de couches. Cette opinion ne nous paraît admissible que pour les cas suivants : 1° lorsqu'une tumeur volumineuse, quelle qu'en soit la nature, existe dans le ventre et peut gêner le développement de l'utérus, ou être elle-même soumise à une compression qui l'expose presque nécessairement à une inflammation consécutive; 2° lorsqu'une tumeur développée dans l'excavation pelvienne est tellement fixe et adhérente aux parois de l'excavation qu'elle ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur, ou attirée au dehors de la vulve, et que son volume est de nature à s'opposer à l'expulsion d'un fœtus à terme.

2° *Étroitesse de la cavité abdominale.* — Chez certains individus de très-petite taille, la capacité de la cavité abdominale est si peu considérable, qu'elle ne saurait suffire au développement même normal de l'utérus, et qu'arrivé à un certain degré de volume cet organe pourra rendre impossible l'accomplissement régulier des grandes fonctions. Ainsi M. Depaul a cité un cas d'asphyxie chez une femme rachitique qui offrait une difformité de ce genre. On comprend donc qu'en présence d'un fait semblable on puisse et l'on doive songer à l'accouchement prématuré. Mais rarement sera-t-on obligé de recourir à l'opération : car, chez ces individus, l'élasticité des parois molles de l'abdomen permet à l'utérus de se développer, pour ainsi dire, en dehors des parois du ventre, et si ces parois étaient par trop résistantes, il est infiniment probable que, violemment comprimé, l'utérus entrerait spontanément en action.

3° *Accidents nerveux.* — Les accidents nerveux qui se développent pendant la grossesse peuvent parfois acquérir une gravité telle, qu'on peut se demander s'il n'est pas prudent de faire cesser la grossesse, qui les a produits. M. Dubois fut consulté par une jeune dame, enceinte de trois mois, et qui, depuis six semaines, avait été prise d'accidents de forme choréique. D'abord bornés aux muscles volontaires, les spasmes envahissaient ceux de la vie organique, et déjà la déglutition, puis la parole, devenaient difficiles. Tous les antispasmodiques avaient été employés sans succès. M. Dubois répondit qu'il approuvait les moyens employés, mais que, dans le cas où les convulsions envahiraient des organes importants, il entrevoyait la nécessité de provoquer l'accouchement.

Nous donnons des soins à une jeune dame qui, dans l'état de santé ordinaire, éprouve très-rarement, et presque toujours à la suite d'une émotion ou d'une douleur physique, quelques courts accès d'asthme. Pendant ses grossesses, ils sont beaucoup plus fréquents et beaucoup plus pénibles. Arrivée à quatre mois d'une cinquième grossesse, elle vient d'avoir une petite varicelle précédée de six jours d'une fièvre très-intense. Les étouffements ont pris pendant ces six jours une telle gravité que MM. Andral et P. Dubois, appelés en consultation, ont porté le pronostic le plus grave. Tous ces accidents ont disparu après l'apparition d'une dizaine de très-petits boutons, et dont deux seulement ont présenté la dépression ombilicale. L'idée de l'accouchement prématuré pourrait certainement se présenter à l'esprit, si ces accidents se reproduisaient avec quelque persistance à une époque plus avancée de la grossesse; mais on ne doit pas oublier, suivant la remarque de M. Laborie, qu'il ne faut pas se presser d'agir,

car la terminaison de ces phénomènes nerveux est souvent instantanée ; et l'on ne devra recourir à l'opération que lorsque l'état de la malade le réclamera impérieusement.

4° *Maladies aiguës intercurrentes.* — La plupart des affections aiguës qui surviennent pendant la grossesse semblent recevoir une influence fâcheuse de l'avortement et de l'accouchement spontanés. Nous avons déjà dit que, dans le choléra, dans lequel l'accouchement et l'avortement provoqués ont été conseillés comme moyen thérapeutique, rien ne démontrait d'une manière concluante l'heureuse influence de l'expulsion du fœtus. Nous pensons donc que, dans l'état actuel de la science, le plus sage est de s'abstenir.

5° *Mort du fœtus dans les grossesses antérieures.* — Il est des femmes qui, parvenues au huitième ou neuvième mois d'une grossesse des plus heureuses, voient tout à coup les mouvements actifs diminuer et l'enfant succomber. Ce malheureux événement se reproduit chez quelques femmes pendant plusieurs grossesses successives, et l'on en a vu quelques-unes accoucher ainsi prématurément, et toujours d'un enfant mort, cinq et six fois de suite. Denman et plusieurs autres ont cru qu'en provoquant l'accouchement avant l'époque à laquelle avait succombé le fœtus dans les grossesses antérieures, on avait la chance d'obtenir des enfants vivants. Dans deux cas cités par l'auteur anglais, l'opération fut couronnée de succès. C'est donc une indication à ne pas rejeter complétement. Toutefois il est bon de faire remarquer, avec M. P. Dubois, que, malgré la terminaison fatale des grossesses précédentes, on peut toujours espérer, pour celle qu'on est chargé de diriger, une issue plus heureuse, et qu'il est par conséquent impossible d'établir sur ce point une règle invariable. C'est un de ces cas où la responsabilité du médecin est gravement engagée (voy. page 566).

6° Enfin, l'accouchement prématuré a été encore conseillé dans les cas de mort du fœtus et dans les grossesses tardives. De nos jours, et en France surtout, on ne croit plus aux prétendus accidents attribués par Mai et Fodéré à la mort du fœtus dans le sein de sa mère. On attend parce qu'on sait que la mère ne court aucun danger, et que la nature se débarrasse elle-même du fœtus mort sans qu'il soit besoin d'intervenir. Quant à la grossesse tardive, ses dangers ne sont pas moins illusoires.

ARTICLE II

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Les procédés à l'aide desquels on s'est proposé de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus sont assez nombreux; ils s'adressent tous à la contractilité utérine, qu'ils ont pour but de mettre en jeu jusqu'à ce que l'œuf soit expulsé. Nous les diviserons en trois classes : à la première appartiennent les médicaments qui, impressionnant d'abord l'organisation générale, ont pour effet consécutif d'exciter les contractions utérines; à la seconde se rattache l'excitation d'un organe, la mamelle, qui retentit par action réflexe sur la contractilité utérine; dans la troisième se rangent tous les moyens qui agissent mécaniquement et directement sur la matrice pour la faire entrer en action.

L'influence des moyens qui appartiennent à la première classe est trop incertaine pour qu'on puisse y recourir dans les cas où il faut agir promptement et sûrement; et quoique les bains, la saignée, les drastiques, etc., aient quelquefois été suivis de l'accouchement prématuré, il n'est aujourd'hui personne qui songe à les employer dans ce but. C'est à peine si l'ergot conserve encore quelques partisans; car si l'influence de ce dernier médicament n'est pas douteuse quand on se propose de rendre plus énergiques des contractions faibles et languissantes, rien ne prouve d'une manière décisive qu'il soit propre à faire naître des contractions qui n'existaient pas.

La seconde classe comprend les moyens capables d'exciter la matrice par action réflexe. Pour cela, on utilise l'étroite sympathie qui existe entre les mamelles et l'utérus ; on sait, en effet, que toute excitation portée sur l'un de ces organes est réfléchie sur l'autre. Cette remarque a conduit Friederich à proposer l'application de sinapismes et de vésicatoires volants sur les seins, pour provoquer les contractions utérines. Scanzoni reprit plus tard cette idée, il conseilla d'appliquer sur les mamelles des ventouses de caoutchouc, et fit connaître plusieurs cas de réussite ; mais il vit plusieurs fois survenir des accidents lipothymiques. Chiari, Kilian, Stohl, n'ont pas été heureux dans cette voie. C'est un moyen infidèle sur lequel il ne faut pas compter.

C'est donc seulement par les moyens de la troisième classe qui agissent directement sur l'œuf ou la matrice, qu'on peut provoquer sûrement les contractions utérines. Nous les diviserons en cinq catégories suivant le lieu même de leur application : A, excitation externe du corps de l'utérus ; B, excitation portée sur la périphérie du museau de tanche ; C, dilatation du col ; D, excitants placés entre les parois utérines et l'œuf ; E, perforation des membranes.

A. Excitation externe du corps de l'utérus.

Frictions sèches sur l'abdomen. — Les frictions souvent renouvelées sur la partie antérieure du ventre et sur le fond de la matrice, conseillées d'abord par le professeur d'Outrepont, et auxquelles Ritgen joignait l'excitation directe portée sur le col à l'aide d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le vagin, constituent un procédé généralement abandonné. L'irritation qu'il produit est en effet trop faible et de trop courte durée pour déterminer sûrement un vrai travail.

Électricité. — L'emploi de l'électricité a été proposé et tenté sans résultat satisfaisant par Kilian et Schreiber. L'un des pôles d'une pile de Volta est mis en rapport avec le fond de l'utérus, l'autre avec la portion vaginale. On peut aussi se servir d'un appareil électro-magnétique ; M. P. Dubois a essayé la machine des frères Lebreton sans aucun succès. On avait fondé de grandes espérances sur l'emploi de l'électricité, mais l'expérience a bientôt démontré qu'il fallait y renoncer.