réussi six fois, ce procédé est tellement inoffensif, qu'il est à désirer qu'on l'essaye encore.

Procédé de Krause. — Ce professeur recommande de se servir d'une algalie flexible qu'on doit introduire dans l'utérus à une profondeur de 20 à 25 centimètres, et laisser en place jusqu'à ce que l'effet soit obtenu. Ce procédé a donné de bons résultats à Gröningue ; il est donc à désirer que sa valeur soit vérifiée et comparée à celle du dilatateur intra-utérin.

Dilatateur intra-utérin. — J'ai proposé à mon tour un nouvel instrument que j'ai nommé *dilatateur intra-utérin.* Voici sur quel principe il repose : introduire dans le col et faire pénétrer au-dessus de l'orifice interne un tube de caoutchouc du volume d'une plume d'oie, qui se gonfle à son extrémité utérine et forme une vessie de la grosseur d'une noix, quand on y pousse une injection. Cet appareil est laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines.

La première observation fut publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 janvier 1862. Je me servais à cette époque d'une sonde métallique de moyenne grosseur, que je coiffais à son extrémité par un tube élastique de 4 centimètres de long. Un robinet placé près du pavillon du dilatateur et une seringue à injections complétaient l'appareil, qui est représenté dans le catalogue que M. Charrière a publié à l'occasion de l'Exposition de Londres. On comprendra facilement l'usage de cet instrument : quand il s'agit de provoquer l'accouchement, on introduit le dilatateur dans le col jusqu'à ce que la partie dilatable, c'est-à-dire celle qui est recouverte de caoutchouc, ait dépassé l'orifice interne et pénétré dans la cavité même du corps de l'utérus ; à ce moment, on pousse une injection d'eau tiède dans la sonde, le caoutchouc se dilate en boule, le robinet est fermé et l'instrument tient en place sans aucun bandage, l'orifice interne empêchant la sortie de la sphère dilatée qui couronne l'instrument.

La direction que prend ce dilatateur, quand il est placé, est à peu près celle de l'utérus : on voit la tige métallique sortir du vagin en appuyant sur la commissure postérieure de la vulve et faire saillie en arrière des deux cuisses. Les femmes, gênées par cette espèce d'appendice caudal, ne peuvent ni se coucher sur le dos, ni s'asseoir, sans risquer de déplacer brusquement l'instrument ; elles sont obligées de rester debout ou de se coucher sur le côté. C'était là un inconvénient réel que j'ai fait disparaître en modifiant le dilatateur de la façon suivante : j'ai fait couper la sonde à 5 centimètres au-dessous du caoutchouc ; à l'extrémité de ce tronçon s'adaptent, d'une part, un manche mobile qu'on peut retirer quand l'instrument est appliqué, et, d'autre part, un tube de tissu flexible, qui traverse le vagin et se termine au dehors par un robinet sur lequel s'ajuste la seringue à injections. Avec un dilatateur ainsi modifié, les femmes peuvent prendre toutes les attitudes qui leur conviennent, rester couchées ou marcher dans leur chambre, sans aucune gêne et sans aucun danger. C'est ce dernier instrument que j'ai présenté à l'Académie de médecine au mois de novembre 1862 ; on en trouvera la figure dans le compte rendu de la *Gazette des hôpitaux* du même mois.

Aujourd'hui je me sers d'un instrument plus parfait et plus simple, quoiqu'il paraisse au premier abord assez compliqué dans sa construction. Il se compose de deux parties fondamentales : un tube de caoutchouc et un conducteur.

1° D'un tube de caoutchouc gros comme une plume d'oie, long de 30 centimètres, fermé à l'une de ses extrémités (fig. 146, B). Ce tube est épais et résistant dans la plus grande partie de son trajet (fig. 146, B) ; ses parois deviennent, au contraire, plus minces à son extrémité, sur une longueur de 3 à 4 centimètres au plus (fig. 146, *b*). Quand on pousse une injection dans ce tube, l'épaisseur inégale des parois fait que la partie amincie se dilate (fig. 148).

J'attache sur l'extrémité de ce tube (fig. 146) un ruban de fil de 50 centimètres de longueur environ. Ce ruban doit être solide quoique assez fin ; le meilleur que j'aie trouvé est celui que les femmes connaissent sous le nom de soutache en soie blanche. Quoi qu'on fasse, ce fil glisse facilement ; c'est pour prévenir ce glissement que je me sers de deux grains de plomb soudés ensemble que je laisse tomber dans le tube au fond duquel ils pénètrent, et en faisant ma ligature j'ai soin de la faire tomber précisément au niveau de la rainure qui sépare les deux grains de plomb. De cette façon, le fil ne glisse jamais. A l'autre extrémité du tube est adaptée une douille à robinet (fig. 148, C), destinée à recevoir la canule d'une seringue à injections (seringue à hydrocèle).

2° D'un conducteur métallique, à extrémité mousse, creusé d'une gouttière dans toute sa longueur comme une sonde cannelée, courbé comme un hystéromètre (fig. 146, A). On en aura une assez bonne idée en le comparant à une sonde d'homme qu'on aurait fendue en deux parties dans toute sa longueur pour enlever la moitié convexe.

Ce conducteur est percé de part en part par trois yeux. Les deux premiers sont placés près de l'extrémité de cette sonde, à 1 centimètre l'un de l'autre, le troisième se trouve placé près du manche sur lequel le conducteur est fixé.

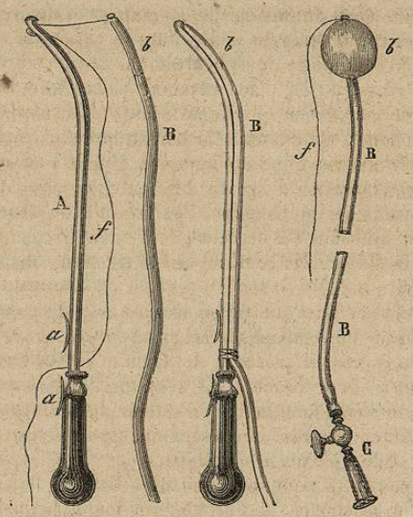

Fig. 146. Fig. 147. Fig. 148.

Dilatateur intra-utérin.

Pour monter le tube sur son conducteur, j'engage l'extrémité libre du fil dans l'œil le plus rapproché de l'extrémité du conducteur, en allant de la face cannelée à la face convexe ; je le fais rentrer dans la cannelure par l'œil placé immédiatement au-dessous (fig. 146) ; il longe ensuite toute la gouttière et en ressort encore par l'œil placé près du manche. En tirant fortement sur le ruban, la tête du tube vient se loger dans l'extrémité du conducteur, et on la maintient dans ce rapport en arrêtant le fil sous un ressort destiné à cet usage (fig. 146, *a*).

Le corps du tube est enfin couché dans la gouttière, où on le fixe par quelques circulaires opérés avec la partie du fil qui restait encore disponible. On termine en assujettissant l'extrémité du ruban sous le ressort déjà indiqué (fig. 147). L'appareil tout monté n'est pas plus volumineux qu'une sonde ordinaire (fig. 147).

Quand je veux me servir de cet appareil, voici comment je procède : Quand le tube a été garni de son fil, je pousse dans son intérieur une injection d'essai, pour m'assurer qu'il ne présente aucune fissure. Cela fait, le tube est tenu verticalement, le robinet en haut, et celui-ci est ouvert. On voit d'abord sortir quelques bulles d'air : l'eau vient ensuite ; on la laisse s'écouler librement. Quand le tube a repris son volume ordinaire, il se trouve amorcé, c'est-à-dire que l'air en a été chassé, et je ferme le robinet pour empêcher qu'il n'y rentre. Je prends cette précaution pour qu'aucune bulle d'air ne soit projetée dans l'utérus, au cas où la vessie de caoutchouc viendrait à se rompre.

Le tube, ainsi amorcé, est ensuite monté sur son conducteur comme nous l'avons dit. Pour le lubrifier, on aura encore le soin de se servir de glycérine, car les corps gras altèrent le caoutchouc très-rapidement et font éclater l'appareil.

La femme étant placée en travers sur son lit, le siége élevé, débordant le matelas, les jambes maintenues écartées par deux aides, l'opérateur introduit deux doigts de la main gauche dans le vagin et applique l'extrémité de l'index sur l'orifice externe du museau de tanche. On fait glisser le dilatateur dans le vagin, en le tenant de la main droite ; son extrémité est dirigée dans le col, et, en abaissant le manche, elle pénètre ordinairement sans aucune difficulté dans l'utérus, en passant entre l'œuf et la paroi antérieure de la matrice. L'instrument doit dépasser l'orifice interne de 3 centimètres au moins ; on se guide sur un petit relief placé sur le conducteur à 1 centimètre de son extrémité.

L'instrument est maintenu en place pendant qu'on déroule les circulaires qui liaient le tube sur le conducteur. Un aide charge une seringue d'eau tiède, la purge d'air, et introduit la canule dans la douille qui pend à l'extérieur. L'injection doit être poussée avec une grande lenteur ; il faut y mettre assez de force, surtout au début. 50 grammes de liquide donnent à la vessie de caoutchouc le volume qu'elle doit acquérir. L'injection faite, on ferme le robinet, puis on dégage le fil du ressort qui le maintenait, et l'on retire doucement le conducteur, qui sort sans difficulté. Le tube, maintenu par la boule qui le termine, reste seul en place ; le fil pend à côté de lui.

Il ne reste plus qu'à prendre quelques précautions pour prévenir l'ouverture du robinet, que l'on fixe à un bandage de corps ou à une bande ; j'aime cependant mieux lier fortement le tube à sa sortie du vagin et retirer tout à fait le robinet ; les femmes sont ainsi libres de toute entrave ; on les laissera vaquer dans leur chambre à leurs occupations habituelles ; il est même bon qu'elles restent levées, car, dans cette attitude, la vessie de caoutchouc presse directement sur l'orifice interne et le travail se déclare plus rapidement.

Les douleurs naissent quelquefois pendant qu'on applique l'instrument ; en moyenne, c'est trois ou quatre heures après l'opération qu'elles apparaissent ; d'abord, peu intenses, elles deviennent peu à peu plus énergiques, se rapprochent comme dans l'accouchement naturel. Le col s'efface et s'entr'ouvre, et l'instrument tombe dans le vagin. Cette expulsion a lieu en moyenne en dix ou douze heures, quelquefois beaucoup plus tôt ou un peu plus tard. Je me réserve de donner ultérieurement le relevé de toutes les observations.

Au moment de l'expulsion du dilatateur, le col s'est effacé, déjà largement entr'ouvert ; les membranes bombent à l'orifice. Le travail, dans la plupart des cas, continue sa marche, mais d'autres fois il se suspend. J'ai remarqué souvent qu'il suffisait de faire marcher les femmes et de laisser l'instrument dans le vagin, où il agit sans doute comme le colpeurynter de Braun, pour assurer la marche progressive des contractions. Quand, malgré ces précautions, le travail s'arrête, on est obligé de renouveler l'introduction du dilatateur et de lui donner un volume plus considérable.

Une seule fois, entre les mains de M. Depaul, ce moyen fut insuffisant : chaque

fois que l'instrument était expulsé de l'utérus dans le vagin, le travail s'arrêtait. M. Depaul fut obligé de rompre les membranes, et encore sa cliente n'accoucha que longtemps après. Je suis convaincu que dans cette circonstance on aurait eu un succès rapide en appliquant l'instrument de Barnes aussitôt après la sortie du dilatateur intra-utérin. Je crois même que l'association de ces deux instruments sera fort utile dans bon nombre de cas, par la rapidité qu'elle imprimera au travail, et qu'elle est destinée à réaliser un véritable progrès.

J'attribue l'efficacité du dilatateur à un mode d'action tout spécial, à la présence d'un corps étranger dans l'utérus, qui se contracte pour le chasser au dehors. Il agit aussi par le décollement des membranes ; mais cette dernière influence doit être moindre, puisqu'il résulte de quelques-unes de mes observations que le travail s'arrête quand l'instrument est trop tôt retiré, bien que le décollement des membranes ait été produit par son application.

J'ai réuni aujourd'hui un assez grand nombre d'observations : je suis en droit, les faits en main, de dire que l'opération ne présente aucune difficulté, je puis en prendre à témoin les docteurs Danyau, Depaul, Pajot, Blot, qui l'ont chacun plusieurs fois pratiquée avec succès. Elle est, en outre, complétement inoffensive pour la mère et l'enfant, elle donne des résultats plus certains et plus rapides qu'aucune autre. Un avantage non moins grand de cette opération, c'est son extrême simplicité comparée aux embarras qu'on rencontre dans l'emploi de l'éponge préparée et des douches utérines ; elle se termine, en outre, en une seule séance ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a besoin d'y revenir ; l'instrument une fois appliqué, on n'a plus qu'à attendre le moment de l'accouchement.

A priori, on pouvait penser que ce procédé exposait à la rupture des membranes : il me suffira de dire que dans vingt cas elle n'a jamais été observée. Une autre objection plus fondée se présente : c'est la déchirure possible de la vessie de caoutchouc ; j'ai observé quatre fois cette rupture dans les dix premières observations recueillies ; mais depuis cette époque je me suis servi d'un dilatateur plus parfait, et je ne l'ai observée qu'une seule fois. On fait involontairement dans ce cas une injection intra-utérine, comme dans le procédé de Cohen ; aussi il n'en résulte ni douleur ni accident, et l'opération n'est interrompue que pendant le temps nécessaire pour monter sur le conducteur un tube de rechange qu'on fera bien d'avoir à sa disposition.

Le seul reproche important qu'on puisse adresser au dilatateur intra-utérin, c'est que son introduction dans l'utérus sera impossible, dans quelques cas rares, il est vrai, d'après ce que je peux prévoir. Si la tête est trop profondément engagée ou le col fortement dévié, le cathétérisme pourra présenter des difficultés insurmontables. C'est un reproche que j'accepte néanmoins, en faisant remarquer qu'il s'adresse également aux différents moyens de décollement, aux injections intra-utérines de Cohen et à tous les procédés de perforation des membranes.

E. Perforation des membranes.

Procédé ordinaire. — La perforation des membranes est certainement le procédé le plus sûr, et celui qui a dû d'abord se présenter à l'esprit ; aussi est-ce celui qu'a employé Macaulay lorsque, le premier, il eut l'occasion de juger par la pratique les conseils donnés en 1756 par les médecins les plus célèbres de Londres. La plupart des accoucheurs qui depuis ont pratiqué la même opération, ont aussi ponctionné l'œuf. Les modifications qu'ils ont proposées ne portent guère que sur la forme, la longueur, la courbure de l'instrument perforateur, et méritent à peine d'être notées : il est évident, en effet, que toute canule assez

recourbée pour s'accommoder à la courbe de l'axe pelvien, assez longue pour atteindre facilement le col (21 à 22 centimètres) et armée d'un trocart dont l'extrémité est cachée ou dépasse seulement de quelques millimètres l'extrémité de la canule, pourra toujours suffire. Les seules précautions à prendre consistent à diriger l'instrument de manière à éviter la lésion des parties de la mère, et à ne pousser le trocart sur aucune partie du fœtus.

Nous l'avons déjà dit, ce procédé est le plus sûr, car l'écoulement du liquide amniotique amène nécessairement la rétraction des parois utérines, et plus tôt ou plus tard la manifestation des douleurs : nous pouvons ajouter qu'il est aussi plus facile et moins douloureux pour la mère que la plupart de ceux dont nous avons parlé; mais il faut convenir qu'il compromet beaucoup plus l'existence du fœtus. L'écoulement partiel ou complet du liquide amniotique n'est pas en effet immédiatement suivi de l'apparition des premières douleurs : il faut quelquefois quarante et soixante heures pour que l'utérus, irrité de son contact trop longtemps prolongé avec les inégalités fœtales, commence à se contracter. Une fois le travail commencé, la période de dilatation du col marche avec une lenteur excessive, car au septième et au huitième mois les fibres du col n'ont pas encore subi complétement les modifications qui rendent au terme ordinaire cette dilatation facile. Vingt-quatre, trente-six heures, sont souvent encore nécessaires pour que le col présente une ouverture suffisante. Or, pendant tout ce temps, le fœtus n'est plus protégé par le liquide amniotique, et se trouve soumis directement à la pression des parois utérines contractées; le cordon ombilical peut très-facilement être comprimé, et de cette compression résulte inévitablement l'interruption des rapports circulatoires nécessaires à l'entretien de la vie fœtale; le placenta, enfin, peut lui-même être partiellement décollé par suite du retrait de la matrice. Tout ces dangers évidents avaient éloigné la plupart des accoucheurs de la perforation des membranes, lorsque M. Meissner (de Leipzig) a proposé une modification qui prévient heureusement les accidents que nous venons d'indiquer, et qui ne permet pas de renoncer, sans nouvel examen, à la ponction de l'œuf. Déjà on avait cherché les moyens de modérer, pour ainsi dire, l'écoulement du liquide amniotique, et de n'en laisser couler que la quantité nécessaire à la manifestation des douleurs, mais personne n'était encore arrivé au but que M. Meissner vient d'atteindre si heureusement. Voici en quoi consiste son procédé :

Procédé de Meissner. — Au lieu de ponctionner l'œuf à son extrémité inférieure, il le perfore à sa partie la plus élevée, tout près du fond de l'utérus: il se sert à cet effet d'un instrument composé d'une canule et de deux mandrins. La canule d'argent, longue de 32 centimètres et demi et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, est courbée exactement comme une portion de cercle de 40 centimètres de diamètre. Au côté convexe de l'extrémité inférieure de cette canule se trouve un anneau destiné à faciliter le maniement de l'instrument et à indiquer la direction de sa courbure après qu'il a été introduit. A cette canule s'adaptent deux mandrins, dont l'un est terminé supérieurement par un bouton olivaire, l'autre par un trocart; à leur extrémité inférieure se trouve un bouton plat pour servir de point d'arrêt. L'extrémité olivaire du premier mandrin ne doit dépasser

la canule que de 4 millimètres; celle du second, terminée en trocart, doit faire une saillie d'au moins 1 centimètre. Le premier mandrin sert à faciliter l'introduction de la canule; le second à faire la ponction.

M. Meissner procède à l'opération de la manière suivante : La femme est debout; l'opérateur, à genoux devant elle, s'assure d'abord de la position du col. Si celui-ci est difficile à atteindre et porté fortement en arrière, la femme doit être assise sur le bord d'une chaise ou couché sur un canapé. Alors l'accoucheur dirige la canule armée du mandrin mousse sur la face palmaire de l'index, jusque dans la partie supérieure de la cavité du col, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'orifice interne. Bien entendu que la convexité de la sonde est dirigée vers le sacrum. Lorsque l'extrémité de la canule a dépassé l'orifice interne, on la fait glisser avec facilité entre les parois utérines et les membranes jusqu'à la hauteur d'environ 27 centimètres au-dessus du col. Après s'être assuré que l'extrémité de la sonde n'appuie sur aucune partie du fœtus, on remplace le mandrin olivaire par le trocart, avec lequel on perfore les membranes. On retire alors le trocart, on laisse écouler par la canule une cuillerée de liquide, et l'on en retire la canule elle-même. On peut, après cette opération, permettre à la femme de marcher ou de s'asseoir à volonté. Le liquide s'écoule goutte à goutte, lubrifie et prépare les voies. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les douleurs se déclarent. En général, la dilatation s'opère promptement, les contractions sont énergiques, et l'accouchement est terminé en trente-six ou quarante-huit heures. Si le travail ne marche pas régulièrement, si la résistance offerte par le bassin rétréci est trop grande, M. Meissner intervient comme dans l'accouchement à terme.

Dans les quatorze premières observations recueillies par l'auteur, il est dit que la mère et l'enfant furent sauvés : certes, un pareil résultat, comparé à ceux obtenus par tous les autres procédés, mérite de fixer l'attention et doit encourager les praticiens à le mettre en usage.

L'introduction de la canule de Meissner expose au décollement partiel du placenta, et par conséquent rend possible la lésion d'un de ses vaisseaux. C'est ce qui arriva dans un cas observé par Kiwisch (de Wurzbourg) : la canule ne put parvenir qu'à la hauteur de 13 centimètres, et après la ponction il ne s'écoula qu'un peu de sang et un peu de sérosité. N'ayant plus obtenu d'écoulement d'eau, on se décida, deux heures après, à la ponction de l'œuf par le procédé ordinaire... Pourquoi donc n'avoir pas dirigé la canule sur un autre point?

M. Villeneuve (de Marseille) a substitué au double mandrin de Meissner un mandrin unique terminé en crochet pour saisir et rompre les membranes. Ce *perce-membranes* a tous les avantages du trocart et n'expose pas à blesser le fœtus.

Quel que soit l'instrument employé, la perforation des membranes sur un point élevé donne de bons résultats, puisque sur vingt-quatre observations enregistrées jusqu'à ce jour toutes les opérées furent sauvées et vingt-deux enfants naquirent vivants.

La méthode de Meissner est peu employée, probablement parce qu'on a été

retenu par la crainte de pénétrer aussi profondément dans la matrice, de blesser les parois utérines ou le fœtus, et à juste titre de décoller le placenta. Elle restera une opération exceptionnelle.

Appréciation.

Les moyens de provoquer l'accouchement prématuré sont, on le voit, extrêmement nombreux ; ils ont tous été employés avec des succès divers, qui tiennent non-seulement à la nature même du procédé mis en usage, mais encore à la grande différence d'excitabilité que présente l'utérus chez les femmes enceintes : tantôt la matrice se contracte sous l'influence de la cause la plus légère et tous les procédés réussissent à merveille ; tantôt, au contraire, elle reste inerte malgré l'emploi des stimulants les plus actifs, et les meilleurs procédés paraissent insuffisants.

La meilleure opération est celle qui donne les résultats les plus constants et les plus rapides, tout en sauvegardant le mieux la vie de la mère et de l'enfant. A moins d'indications spéciales fournies par la clinique, trois méthodes nous paraissent préférables aux autres : 1° décollement des membranes ; 2° dilatation du col ; 3° excitation de la périphérie du museau de tanche.

1° Nous emploierons de préférence le *décollement des membranes* toutes les fois que l'orifice interne pourra être franchi.

2° Nous aurons recours à la *dilatation du col* quand l'orifice interne offrira un obstacle insurmontable à l'introduction des instruments.

3° L'*excitation de la périphérie du museau de tanche* sera notre dernière ressource quand les deux méthodes précédentes seront impraticables.

Reste la comparaison à établir entre chacun des procédés que comprennent ces trois méthodes ; nous ne voulons pas rentrer dans l'étude de ce sujet que nous avons déjà traité en décrivant chaque procédé. Nous appellerons plus particulièrement l'attention sur le *dilatateur intra-utérin*, la *sonde à demeure de Krause*, l'*éponge préparée* et les *douches utérines*.

Ce n'est pas tout que d'avoir réussi à provoquer l'accouchement avant terme, il faut encore donner une grande attention à l'enfant, dont le développement incomplet réclame des soins particuliers, d'autant plus nécessaires que la grossesse aura été interrompue à une époque moins avancée. Les enfants nés à terme s'élèvent au milieu des conditions ordinaires, mais il faut entourer les enfants nés avant terme de précautions exceptionnellement favorables ; de l'exécution de ces dernières dépend le succès : avec elles on réussit souvent, sans elles la vie des enfants est bientôt compromise.

Tous les enfants nés avant terme ont besoin d'être minutieusement protégés contre le froid : indépendamment du maillot ordinaire, on devra donc entourer leur corps, surtout la tête et les membres, d'une couche de coton cardé. Des bouteilles d'eau chaude seront en outre placées dans le berceau, pour qu'ils y trouvent une source permanente de chaleur artificielle. La chambre qui leur est réservée doit être maintenue à une température égale de 18 degrés environ. Si malgré ces précautions la circulation s'amoindrit dans les téguments, si le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltre, il faut prescrire des bains stimulants, à la tête desquels se rangent les bains de vin. De temps en temps les enfants seront déshabillés devant la flamme d'un feu assez vif ; on profitera de ce moment pour faire avec la main de douces frictions sur tout le corps.

L'alimentation n'est pas moins importante : l'allaitement par la mère ou par une nourrice est indispensable. Quand les enfants sont assez forts pour teter, il suffit de leur présenter souvent le sein ; mais, quand ils sont trop faibles ou trop engourdis, il faut y suppléer en faisant couler le lait de la nourrice dans une cuiller

à café et le leur faire avaler. On leur donne ainsi du lait douze ou quinze fois par jour ; dans les premiers jours on se contente de leur faire avaler deux ou trois cuillerées à café de lait à chaque reprise. On augmente ensuite progressivement la quantité jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour teter lui-même. C'est à l'ensemble de tous ces soins qu'on doit la vie d'un très-grand nombre d'enfants nés avant terme ; leur omission est, au contraire, presque toujours une cause de mort.

CHAPITRE VII

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

L'accouchement prématuré artificiel nécessite, comme on vient de le voir, certaines dimensions dans les diamètres du bassin ; mais lorsque le rétrécissement est tel que le plus petit diamètre du bassin a moins de 5 centimètres et demi, il se présente une question du plus haut intérêt, c'est celle de l'avortement provoqué.

Lorsqu'une femme, enceinte de trois à quatre mois, porte un bassin tellement étroit qu'il ne permet pas d'espérer la possibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus viable, peut-on songer à provoquer l'avortement ? Cette question, déjà posée en 1768 par W. Cooper au docteur Hunter, fut, peu de temps après, résolue par l'affirmative par la plupart des praticiens anglais. L'opportunité de l'opération fut également acceptée en France par Fodéré (1813), Marc (1821), M. Velpeau (1829), et nous-même (en 1840), dans la première édition de cet ouvrage. En 1843, M. P. Dubois publia, dans la *Gazette médicale*, un article dans lequel, sans se prononcer d'une manière positive, il fait assez pressentir son opinion. A la même époque à peu près, M. Simonard (de Bruxelles) publia une dissertation dans laquelle, après avoir démontré la moralité de l'opération, il en précise les indications... Enfin, MM. Stoltz, Jacquemier, Chailly, ont adopté les principes des accoucheurs anglais.

Trop d'autorités imposantes se sont prononcées en faveur de l'avortement provoqué pour que nous nous arrêtions à discuter les questions morales, religieuses et médico-légales qu'on a soulevées à propos de cette opération [1]. Comme l'accouchement prématuré, elle a pris aujourd'hui droit de domicile dans la pratique obstétricale, et nous n'avons plus qu'à préciser ses indications et les moyens les plus prompts et les moins douloureux d'arriver au but.

1° Les rétrécissements extrêmes du bassin, ceux qui ne laissent à la femme, parvenue à son terme, que la triste alternative de l'opération césarienne ou de l'embryotomie, constituent l'indication la plus positive de provoquer l'avortement. Si, en effet, comme nous chercherons à le démontrer dans les chapitres

[1] Voyez, pour plus de détails, le rapport de M. Cazeaux à l'Académie de médecine et la discussion dont il a été suivi (*Bulletin de l'Académie* et *Union médicale*, 1852).