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).

suivants, le sacrifice de l'enfant est pleinement justifié, quand on n'a qu'à choisir entre l'hystérotomie et l'embryotomie, à plus forte raison ce sacrifice sera très-rationnel à une époque de la grossesse où les opérations nécessaires à la provocation de l'avortement seront beaucoup moins fâcheuses que celles que nécessiteraient la mutilation et l'extraction d'un fœtus à terme. Pour nous donc, toutes les fois qu'une femme enceinte, seulement de cinq à six mois au plus, offrira moins de 5 centimètres et demi dans le plus petit diamètre du bassin, nous croyons l'accoucheur autorisé à provoquer l'avortement.

2° Les rétrécissements du bassin ne sont pas les seuls cas dans lesquels on a proposé l'avortement. Une foule d'accidents liés à la grossesse, une foule d'états morbides coexistants, et recevant de cette coïncidence une gravité très-compromettante pour la mère, ont paru être, à quelques médecins, des indications aussi rigoureuses que les rétrécissements. Nous ne saurions partager cette manière de voir, au moins dans la plupart des cas. Les préceptes que nous avons posés en traitant de l'*accouchement prématuré* doivent être profondément modifiés quand il s'agit de l'*avortement*. Dans un cas grave, en effet, mais dont l'issue n'est que *probablement* fâcheuse, on peut, après le septième mois, se décider à provoquer l'accouchement : le danger auquel *probablement* la mère est exposée légitime certainement une opération qui laisse à l'enfant de nombreuses chances de vie; il n'en saurait être de même de l'avortement provoqué, qui tue inévitablement le fœtus. Il ne suffit plus ici que la vie de la mère soit *probablement* compromise, mais il faut qu'il y ait *presque* certitude d'une mort prochaine. A ce titre, les hémorrhagies que rien n'a pu arrêter, les déplacements irréductibles de la matrice, l'hydropisie excessive de l'amnios, les tumeurs des parties molles qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, nous paraissent des indications admissibles de l'avortement provoqué. Il en est de même quand il s'agit de vomissements opiniâtres qui menacent prochainement la vie de la femme (voy. page 476). Il faut au contraire s'abstenir quand il s'agit de phénomènes nerveux, de maladies chroniques ou aiguës compliquant la grossesse. Quant à l'éclampsie, elle est rare dans la première moitié de la gestation, et, d'ailleurs, la lenteur avec laquelle agissent les moyens abortifs à une époque peu avancée me paraît une contre-indication formelle (voy. p. 837).

En résumé, les rétrécissements extrêmes du bassin, les tumeurs volumineuses, immobiles et non opérables de l'excavation, l'hydropisie excessive de l'amnios, les déplacements irréductibles de la matrice, les hémorrhagies qui ont résisté à l'emploi des moyens les plus rationnels, les vomissements incoercibles, sont pour nous les seules indications de l'avortement; si quelques autres en ont admis un plus grand nombre, c'est qu'ils n'ont pas assez nettement distingué l'avortement de l'accouchement prématuré.

La seule contre-indication est le refus formel de la mère ; elle seule, après tout, a droit de décider la question.

Tout en respectant le scrupule dont certains esprits ont été saisis, quand il s'agit d'une femme mal conformée chez laquelle on a déjà provoqué l'avortement, j'avoue qu'il ne m'arrêtera jamais un seul instant dans une nouvelle grossesse.

Nous n'avons pas le droit de nous instituer juges de la moralité et des antécédents de la malade qui réclame nos soins. En supposant même que nous ayons affaire à une de ces malheureuses qui, foulant aux pieds les sentiments les plus sacrés, se livrent d'autant plus à leurs passions qu'elles comptent trouver dans l'humanité du chirurgien l'impunité de leur mauvaise conduite, nous ne lui devons pas moins tous nos soins : et pour nous la seule question à résoudre, à la seconde, à la troisième comme à la première grossesse, est celle-ci : La conformation de cette femme permet-elle d'espérer l'extraction d'un enfant viable ?

Nous n'avons donc qu'à préciser l'époque à laquelle il convient d'opérer, et les procédés les plus avantageux.

Les rétrécissements ou les obstructions du bassin permettent seuls à l'accoucheur de choisir le moment le plus favorable, et la seule précaution à prendre alors est d'attendre une époque où la grossesse est bien certaine, c'est-à-dire à peu près entre le quatrième et le cinquième mois. Dans tous les autres cas, il est obligé d'agir au moment où la gravité des accidents ne lui permet plus aucun espoir.

Procédés opératoires. — Tous les procédés décrits à propos de l'accouchement prématuré peuvent être employés ; mais, dans la première moitié de la grossesse la matrice étant peu contractile, peu excitable, on s'adressera de préférence aux agents les plus actifs. Le tamponnement suivant le procédé de Schœller ou de Braun serait souvent insuffisant ; l'éponge préparée, quoique plus active, n'agit souvent qu'avec une lenteur désespérante ; il en est de même des douches de Kiwisch. Les deux méthodes qui nous paraissent les plus favorables sont le décollement des membranes et la ponction de l'œuf.

Décollement des membranes. — On l'opère habituellement avec une sonde métallique, que l'on promène sur une étendue aussi longue que possible. Cette opération, bien simple en apparence, présente quelquefois d'assez graves difficultés ; elle a échoué entre les mains les plus habiles.

Nous avons provoqué trois fois l'avortement avec le dilatateur intra-utérin : une fois pour des vomissements incoercibles, deux fois pour un rétrécissement extrême du bassin. Dans le premier cas, l'avortement était terminé en quelques heures et la malade guérit. Dans un second cas (rétrécissement du bassin), l'avortement fut complet en moins de quarante-huit heures. Ce qui donne plus de valeur à ce fait, c'est qu'il a été recueilli chez une femme pour laquelle le professeur P. Dubois avait eu beaucoup de peine, dans une grossesse précédente, à provoquer l'avortement : un grand nombre de douches avaient été administrées sans résultat, plusieurs applications d'éponge préparée avaient été inutiles, et l'expulsion de l'œuf n'avait pu être obtenue que par l'introduction dans l'utérus de bougies volumineuses.

Dans le troisième cas d'avortement provoqué par le dilatateur intra-utérin, le succès fut moins complet et moins rapide. Il s'agissait d'une femme atteinte d'ostéomalacie. Au cinquième mois de la grossesse le dilatateur fut appliqué sans difficultés et sans douleur pour la patiente. Cinq jours après, le col était effacé en grande partie et entr'ouvert, mais l'instrument était encore retenu dans la matrice. Pour activer le travail j'appliquai le dilatateur de Barnes, et bientôt après l'avortement eut lieu.

Dans les trois observations les femmes se rétablirent sans accidents. Le dilatateur intra-utérin a donné dans ces trois circonstances des résultats assez satisfaisants pour qu'on soit autorisé à l'employer de nouveau.

Ponction de l'œuf. — Dans l'accouchement prématuré la ponction de l'œuf, malgré la certitude de son action, a le grand inconvénient de compromettre la vie de l'enfant : c'est pour cette raison qu'elle est à peu près abandonnée. Mais dans l'avortement, le fœtus n'étant pas viable, la perforation des membranes est un moyen précieux. Le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est la difficulté qu'on éprouve à atteindre sûrement l'œuf. On opère d'ailleurs comme dans l'accouchement prématuré.

Quel que soit le moyen employé, on devra s'attendre à une assez grande lenteur dans l'expulsion de l'œuf ; on le comprend facilement, puisque l'avortement spontané lui-même ne se termine en général que fort lentement.

CHAPITRE VIII

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Le relâchement des symphyses pelviennes et l'écartement des surfaces articulaires, qui souvent en résulte pendant la grossesse, sont un fait connu depuis si longtemps, qu'on est étonné qu'il n'ait pas fait naître plus tôt l'idée de l'opération dont nous avons à nous occuper. Il faut avouer pourtant qu'en parcourant les annales de la science on trouve çà et là quelques réflexions et même quelques faits bien dignes de fixer l'attention. C'est ainsi que Séverin Pineau, traitant du relâchement des ligaments du bassin, reproduit le texte de Galien, et semble pressentir l'opération de Sigault, puisqu'il dit en parlant des articulations pelviennes : *Non tantum dilatari, sed etiam secari tuto possunt.* On trouve dans un ouvrage publié en 1655 par un médecin français nommé Delacourvée, que, appelé auprès d'une femme enceinte, et morte dans les derniers jours de sa grossesse, il divisa la symphyse pubienne avec un rasoir pour avoir plus facilement l'enfant. En 1766, Plenk, dans une circonstance à peu près semblable, fit d'abord la section césarienne ; mais, n'ayant pu extraire la tête, fortement engagée dans l'excavation, il pratiqua la synchondrotomie, et en obtint, dit-il, un succès prompt et facile. Mais, au lieu de le conduire à la pratique de cette opération sur la femme vivante, ce premier essai l'en éloigna davantage.

En réalité, ce n'est que vers la fin du siècle dernier (1768) que Sigault, alors encore étudiant en médecine, en fit la proposition à l'Académie de chirurgie. Repoussé comme un fou par la docte assemblée, le jeune Sigault ne se déconcerta pas, et défendit son invention dans une thèse qu'il soutint à Angers en 1773, c'est-à-dire cinq ans après la lecture de son premier mémoire. Enfin, en 1777, il pratiqua la première opération, assisté d'Alphonse Leroy, qui s'en était déclaré le zélé partisan. La mère et l'enfant furent sauvés, et, à dater de ce premier succès, Sigault, qui avait été presque honni par l'Académie, fut comblé d'honneurs et regardé comme un des bienfaiteurs de l'humanité. La

Faculté de médecine de Paris crut devoir célébrer cette grande découverte en frappant une médaille en l'honneur de son auteur. Si ce premier succès lui assurait de nombreux partisans, il lui suscita des adversaires nouveaux et acharnés : le monde médical se divisa en *symphysiens* et en *césariens*, deux sectes enthousiastes, et qui devaient finir, une fois la première ardeur calmée, par se fondre en une commune opinion ; c'est aussi ce qui arriva dès qu'on se fut aperçu que, de part et d'autre, on avait le tort d'être exagéré. Depuis cette époque, l'opération césarienne et la symphyséotomie furent regardées comme deux opérations utiles, applicables dans certains cas particuliers, et, loin de vouloir exclure l'une par l'autre, on s'appliqua seulement à préciser les conditions qui réclament leur emploi. Il eût été plus sage de commencer par là.

§ I. — Résultats de la symphyséotomie.

L'opportunité de la section de la symphyse pubienne étant momentanément admise, voyons les avantages qu'on peut en retirer. Il résulte des meilleurs travaux publiés sur cette matière, qu'on ne doit pas espérer pouvoir obtenir plus de 9 à 13 millimètres dans l'étendue du diamètre antéro-postérieur, du détroit postérieur et de l'excavation. Après la section du cartilage interpubien, les os pubis s'écartent spontanément de 1 centimètre à 2 centimètres et demi. Cet écartement est le résultat de la rétraction des fibres ligamenteuses connues sous le nom de ligaments sacro-iliaques postérieurs. Pendant qu'il s'opère, l'os coxal doit être considéré comme un levier du premier genre, dont le bras intérieur est très-long et coudé vers sa partie moyenne ; le centre du mouvement ou le point d'appui se trouve à la partie postérieure de la surface articulaire du sacrum. Pendant cet écartement, les ligaments qui se trouvent placés à la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque sont tendus, tiraillés, et déchirés même quand il a été porté très-loin. On conçoit assez que le degré de leur résistance influe beaucoup sur le degré de l'écartement. Enfin, si l'accoucheur, saisissant les crêtes iliaques, tend à les tirer en dehors, il peut augmenter beaucoup l'intervalle qui existe déjà entre les pubis. Mais il serait imprudent de trop insister sur cet écartement artificiel ; car il serait difficile de le porter au delà de 5 centimètres sans déchirer les ligaments sacro-iliaques intérieurs et sans s'exposer à des inflammations consécutives très-graves pour la mère. Chaque centimètre d'écartement entre les pubis augmente à peu près de 2 millimètres l'étendue du diamètre antéro-postérieur ; puisque cet écartement peut être porté à 5 centimètres, c'est donc 10 millimètres ajoutés au diamètre sacro-pubien. De plus, la bosse pariétale antérieure, s'engageant dans le vide que laissent entre eux les pubis, diminue d'autant le diamètre bipariétal ; et l'on a calculé que cet engagement pouvait être de 4 à 6 millimètres, ce qui permettait en somme de compter sur une augmentation de 14 à 16 millimètres dans l'étendue du diamètre sacro-pubien.

Le diamètre sacro-pubien n'est pas le seul dont l'étendue augmente par la