

mieux, chez les femmes qui vomissent pendant le travail ou qui paraissent disposées au vomissement, l'administrer, comme le conseille M. Dubois, en lavement. On pourrait alors en augmenter un peu la dose.

En infusion, l'ergot se prépare en faisant infuser pendant dix minutes 3 grammes de poudre d'ergot dans un verre d'eau. Quand on emploie l'ergot simplement concassé, on peut en faire infuser 4 à 6 grammes.

Nous ne rappellerons pas ce que nous avons dit en commençant sur les caractères physiques qui doivent servir à distinguer le bon et le véritable ergot. Nous ajouterons seulement qu'il faut, en général, recommander aux pharmaciens que l'ergot qu'il emploient soit fraîchement pulvérisé; et comme, malgré cette observation, ils ne prennent pas tous cette précaution, l'accoucheur ferait bien d'avoir toujours sur lui quelques grains d'ergot pour s'en servir au besoin.

CHAPITRE II

DE L'INFLUENCE DE LA SAIGNÉE ET D'UN RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Le fœtus devant nécessairement, pendant la vie intra-utérine, emprunter à sa mère les matériaux de nutrition, il était assez naturel de penser que l'amaigrissement de la mère, résultant d'une nourriture incomplète et d'évacuations souvent répétées à l'aide des saignées ou des purgatifs, aurait pour résultat de nuire au développement de l'enfant. L'expérience pourtant n'a pas toujours confirmé ces prévisions, car on a vu assez souvent des femmes épuisées par la maladie ou la diète forcée la plus sévère avoir des enfants très-gros et très-forts, et d'autres qui, pendant leur grossesse, avaient acquis de la force et de l'embonpoint, et dont la masse s'était accrue de 15 kilogrammes, donner le jour à des enfants d'un volume très-ordinaire (Baudelocque).

Cette observation de Baudelocque, dont on a, du reste, souvent l'occasion de constater la justesse, a éloigné l'idée d'utiliser les purgatifs, la saignée et le régime dans les cas de rétrécissement du bassin; et, à l'exception de M. Moreau, personne en France n'avait eu la pensée d'avoir recours à ce moyen, lorsque M. Depaul, tout récemment, publia deux observations très-intéressantes, et qui tendent à prouver l'efficacité de cette méthode. Quelques autres avaient déjà signalé des résultats heureux. Ainsi Dewees, qui a vu, dit-il, des enfants très-robustes naître de mères dans un état de consommation, et qui, dès lors, n'est pas à priori bien disposé en faveur de cette méthode, cite pourtant une lettre, à lui adressée par le docteur Holcombe, dans laquelle ce dernier rapporte cinq observations. Quatre parmi ces cinq femmes n'avaient jamais pu avoir d'enfants vivants, une sur ces quatre en avait déjà perdu onze. Ces cinq femmes furent

soumises de très-bonne heure à l'usage quotidien des purgatifs, et accouchèrent toutes d'enfants vivants. Le docteur Ritter raconte l'histoire d'une femme qui, ayant un bassin rétréci, fut délivrée trois fois avec peine d'enfants morts. A partir du quatrième mois elle fut, dans sa quatrième et cinquième grossesse, soumise à des saignées répétées, à l'usage d'une eau minérale légèrement purgative, et à une diète sévère ne consistant qu'en une petite quantité de légumes, de lait, de pain et de fruits sans viande, ni œufs ni légumes secs. Les enfants, beaucoup plus petits qu'à l'ordinaire, furent extraits avec assez de facilité, mais vinrent morts. L'un se présenta par les pieds, succomba pendant que la tête était retenue par le rétrécissement, et fut expulsé spontanément. L'autre offrit le bras, et nécessita la version pelvienne. Le forceps fut nécessaire pour l'extraction de la tête.

Ces faits sont certainement encourageants, mais ne me paraissent pas assez nombreux pour se prononcer sur la valeur de cette méthode.

En admettant, pour un instant, qu'un régime sévère, aidé par les saignées et les purgatifs répétés, aura toujours sur le développement de l'enfant l'influence qu'il paraît avoir eue dans les observations précitées, devrait-on préférer ce moyen à l'accouchement prématuré?

Cette dernière opération, presque toujours innocente pour la mère, est assez souvent fatale à l'enfant: sur 225 cas relatés par M. Lacour, 73 enfants moururent. D'après M. Stoltz, on ne sauve que la moitié des enfants, et, si j'en juge par les faits qui me sont propres et ceux dont j'ai été témoin, la mortalité des enfants est plus considérable.

Malheureusement nous n'avons pas encore un assez grand nombre de cas dans lesquels le régime ait été employé pour établir une comparaison. Toutefois, sur les dix cas que nous avons rappelés, nous avons seulement deux enfants morts, et encore le mode de présentation a-t-il été pour quelque chose dans ces deux insuccès. Cette méthode paraît donc offrir aux enfants des chances plus favorables.

Il est bien à craindre qu'il n'en soit pas de même pour les mères. Il est bien difficile, en effet, de supposer qu'une femme enceinte, qui, assez souvent, a un appétit beaucoup plus grand qu'avant sa grossesse, sera, pendant cinq ou six mois, impunément privée des trois quarts de son alimentation habituelle, soumise quelquefois, en outre, à des saignées répétées et à des purgations plus ou moins fréquentes. Ne doit-on pas craindre que l'affaiblissement, l'altération des solides et des liquides qui résultent d'un semblable régime, prolongé si longtemps, ne la prédisposent singulièrement aux accidents post-puerpéraux, et même ne puissent avoir sur sa santé future une influence fâcheuse? Je sais bien que, dans les faits cités, rien de semblable n'a été signalé; mais ils sont encore bien peu nombreux, et sont dès lors, pour l'avenir, une garantie insuffisante.

Dans la préférence à accorder à une méthode, il faut tenir compte aussi des souffrances qu'elle impose à la malade. Celles que détermine l'accouchement prématuré sont à peu près nulles et de courte durée. Il n'en est pas de même du régime prolongé, de l'aveu même de ses partisans. On comprendra facilement, dit M. Depaul, en parlant de sa première malade, tout ce qu'elle eut à

souffrir, surtout dans les premiers temps. Pendant les *deux premiers mois*, dit-il de la seconde, elle eut beaucoup à souffrir de douleurs épigastriques et d'un sentiment de faim extrême; elle sentit ses forces s'affaiblir, et elle devint incapable de faire une course un peu longue ou de se livrer à un exercice violent.

Toutes ces angoisses seraient facilement supportées, et, comme le fait remarquer M. Depaul, la femme puiserait, dans cet ardent désir de maternité qui la domine, la force de tout braver, si l'on pouvait lui garantir le résultat... Mais, quand la plupart des auteurs ont considéré cette méthode comme très-peu sûre, quand une foule de faits bien observés, mais dans d'autres conditions, il est vrai, tendent à faire douter de son efficacité, quand, à côté d'elle surtout, se trouve une opération qui ne compromet en rien la vie et la santé de la mère, et sauvegarde une fois sur deux à peu près la vie des enfants, j'avoue que, s'il s'agissait de ma femme ou de ma sœur, je préférerais cette dernière.

Quels sont d'ailleurs les cas de rétrécissement qui se prêtent à l'emploi de cette méthode? Je ne doute pas, dit M. Depaul, qu'elle n'ait un plein succès lorsque le bassin aura perdu depuis quelques millimètres jusqu'à près de 3 centimètres; je n'oserais l'affirmer, si le diamètre antéro-postérieur n'avait que 7 à 8 centimètres.

C'est donc aux bassins qui ont au moins de 8 à 9 centimètres que M. Depaul limite les cas favorables à l'emploi du régime. Mais, placée sur le terrain, la question change de face, et les résultats de la méthode ne peuvent plus être comparés à ceux de l'accouchement prématuré; car cette dernière opération se pratique dans les rétrécissements beaucoup plus prononcés. Tous les accoucheurs sont unanimes pour considérer l'accouchement spontané ou l'extraction d'un enfant comme possibles, lorsque le diamètre sacro-pubien a au moins 9 centimètres; nous avons même vu qu'au-dessous de cette limite l'expulsion d'un enfant vivant est souvent possible; l'accouchement prématuré artificiel serait donc préférable.

Chez une multipare, si, effrayé par le souvenir des accouchements antérieurs, vous craignez que l'enfant n'offre, comme ses aînés, une tête trop volumineuse, et si vous voulez absolument intervenir, n'allez pas imposer à une pauvre mère le martyre de votre long régime. Quand le bassin aura 9, 10 ou 11 centimètres, vous pourrez reculer de beaucoup l'époque à laquelle on pratique l'accouchement prématuré: au lieu de provoquer des douleurs à sept mois ou sept mois et demi de grossesse, vous pourrez attendre huit mois ou même huit mois et une ou deux semaines. L'opération donnera bien probablement alors un enfant vivant: car il est d'autant plus apte à vivre de la vie indépendante, qu'il a prolongé davantage sa vie intra-utérine. Le chiffre de la mortalité des enfants, si justement reproché à l'accouchement provoqué, diminue beaucoup à mesure qu'on se rapproche du terme de la gestation. Par cette opération, vous épargnez à la mère les longues souffrances du régime, et probablement vous offrirez à l'enfant la même sécurité.

Au-dessous de 7 à 8 centimètres, rien ne démontre les avantages du régime

sur l'accouchement prématuré. Cette dernière opération donnerait-elle des résultats plus avantageux si, longtemps avant de la pratiquer, on soumettait la mère à une diète sévère? Il suffit de se rappeler que la faiblesse excessive des enfants nés avant terme est la cause la plus ordinaire de leur mort, pour éloigner une méthode dont le résultat est de les affaiblir encore davantage.

Dans l'état actuel de la science, je pense donc que de nouveaux faits sont nécessaires pour admettre le régime diététique et les saignées. Toutefois, pour mettre le praticien en mesure de juger par lui-même cette question, je crois devoir donner en résumé les préceptes posés par M. Depaul pour la direction du régime.

1° Plus l'obstacle est considérable, plus il sera nécessaire de diminuer la quantité des aliments et de multiplier les saignées. Ainsi, quand le bassin a perdu de *deux ou trois centimètres*, la méthode doit être appliquée dans toute sa rigueur. (La première malade de M. Depaul avait une nourriture réglée ainsi qu'il suit: les potages en faisaient 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, en y comprenant celui des potages. — Une première saignée à trois mois, une seconde à six, une troisième à huit, puis une dernière à huit et demie. Chaque saignée était de 400 grammes.) 2° C'est vers trois ou quatre mois qu'il faut commencer. 3° Il peut être bon de diminuer progressivement la quantité des aliments. 4° Il faut s'abstenir, du moins en grande partie, des viandes noires et fortement réparatrices. 5° Quant à la saignée, on se guidera sur la constitution et sur l'état de la circulation; elle sera d'autant plus utile qu'elle sera pratiquée dans les derniers mois.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que, si l'obstacle était moins considérable, il conviendrait d'agir avec moins de rigueur, de commencer plus tard le traitement, et d'augmenter la quantité des aliments en proportion du but qu'on a besoin d'atteindre.

M. Delfrayse (de Cahors) a conseillé dans le même but l'administration de l'iode pendant les deux derniers mois de la grossesse. Indépendamment d'expériences faites sur les animaux, et dont les résultats paraissent favorables à sa proposition, il cite l'exemple de deux femmes. L'une d'elles, dont le bassin offrait un peu moins de 8 centimètres, était déjà accouchée trois fois et très-péniblement d'enfants morts. Dans les deux grossesses subséquentes et durant les deux derniers mois, elle prit chaque matin six et plus tard huit gouttes de la solution suivante:

Iode pur.....	1 gramme.
Iodure de potassium.....	2 —
Eau distillée.....	30 —

Elle accoucha spontanément d'enfants vivants, mais pesant l'un 728 grammes, l'autre 736 grammes de moins que leurs aînés.

C'est à l'expérience à prononcer sur cette nouvelle méthode, qui ne paraît avoir aucun inconvénient pour les mères.