

840  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

DANS QUELS CAS  
EST-IL INDIQUÉ DE  
PROVOQUER  
L'AVORTEMENT

---

THÈSE  
PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION  
(Section d'accouchements)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Le 22 juillet 1875*

PAR

A. DE SOYRE

Ancien chef de clinique d'accouchements.

---

PARIS  
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,  
Place de l'École-de-Médecine.

---

1875



DANS QUELS CAS  
EST-IL INDIQUÉ DE  
PROVOQUER  
L'AVORTEMENT

---

L'expulsion artificielle du produit de la conception avant le terme de la grossesse est une ressource employée par l'accoucheur dans certains cas déterminés, et, selon le terme de la gestation, on a attribué à cette expulsion deux dénominations différentes. On appelle accouchement prématuré artificiel, l'expulsion provoquée du produit de la conception qui est viable, c'est-à-dire quand, selon la loi, il a plus de 180 jours de vie intra-utérine, ou mieux, d'après les accoucheurs, quand il a franchi le terme de 7 mois. On réserve le nom d'avortement provoqué, à l'expulsion artificielle de ce même produit avant le 180<sup>e</sup> jour ou même avant le 210<sup>e</sup> jour, car en pratique on ne peut pas considérer comme viable l'enfant avant le terme de 7 mois. Les observations qui ont été publiées d'enfants nés avant ce terme et qui ont pu être élevés, ne sont pas entourées de preuves suffisantes pour être complètement acceptées. Nous adopterons donc les limites scientifiques, et nous appellerons avortement provoqué, l'ex-

De Soyre.

1

pulsion artificielle du fœtus qui n'a pas encore acquis 210 jours de vie intra-utérine.

D'après les termes de la question qui nous est posée, nous n'avons pas à étudier d'une façon générale l'avortement provoqué. Notre cadre est plus restreint. Nous avons d'abord à laisser entièrement de côté, l'avortement provoqué dans un but criminel, c'est de la méthode chirurgicale prophylactique de la vie maternelle qu'il doit être question dans ce travail, et ce sont surtout les indications de ce procédé que nous devons mettre en relief. Toutefois, il nous a semblé que quelques mots d'historique étaient nécessaires au début de cette dissertation. Ensuite, avant d'examiner les cas où l'avortement provoqué est applicable, il nous a paru bon de nous assurer si cette manière de faire avait reçu la sanction morale, légale et religieuse, et quelles étaient à cet égard, les opinions des principaux représentants de l'art obstétrical.

Quant aux cas spéciaux dans lesquels l'accoucheur, pourra recourir à l'avortement provoqué, nous avons suivi, pour les décrire, l'ordre habituellement admis, en les rangeant dans trois chapitres principaux :

- 1° Retrécissement du bassin et du canal vulvo-utérin ;
  - 2° Etats graves de la femme enceinte, déterminés par la grossesse ;
  - 3° Maladies indépendantes de la grossesse, mais qui reçoivent de cette dernière un surcroît de gravité.
-

HISTORIQUE.

Quant on parcourt les livres les plus anciens qui nous sont parvenus, on est généralement frappé de la quantité de moyens indiqués pour provoquer l'avortement ; il semblerait que la méthode dont nous avons à nous occuper ici ait de tout temps tenu une large place dans la pratique obstétricale. Mais si l'on examine les choses d'un peu plus près, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas de l'avortement provoqué dans un but chirurgical, mais de l'avortement criminel, qui, défendu officiellement par les lois de tous pays, ne s'opérerait pas moins presque ouvertement, et pour lequel les médecins et les sages-femmes ne dédaignaient pas, à l'occasion d'accorder leurs conseils. Aussi, ne faut-il pas s'étonner qu'Hippocrate se soit élevé avec force contre cette plaie de son époque, et que sans faire aucune distinction il ait réprouvé toute tentative d'avortement. Il l'interdisait même sous la foi du serment à tous les élèves qu'il admettait à ses leçons et à la pratique de son art (1). Cependant, on trouve, dans son livre *de natura pueri*, l'observation d'un avortement qu'il provoqua chez une cantatrice qui ne pouvait continuer d'exercer sa profession à cause de cette grossesse.

Il faut arriver jusqu'à Aétius pour rencontrer la première indication de l'avortement provoqué dans le but de prévenir les dangers de l'accouchement à terme.

C'est dans les œuvres d'une femme célèbre nommée Aspasia, qu'Aétius a puisé les préceptes suivants :

« Quædam mulieres, etiamsi concipiant, in partu tamen periclitantur sive ob uteri parvitatem ut ob id foetum perficere non possit, sive quod tuberculum, aut tale quiddam, in ejusdem ostio exortum est quod partum impedit ; atque

(1) Hippocrate. De jurejurando.

hæ sane optime fecerint, si a partu omnino caverint. At si conceperint satius est fœtum corrumpere quam excidere » (1).

Après quoi Aétius énumère les nombreux moyens abortifs connus de son temps, et les procédés plus ou moins ingénieux qui permettaient à la femme de suivre ce conseil : « hæ sane optime fecerint si a partu omnino caverint. »

Les précautions minutieuses indiquées par Aétius, ont inspiré cette réflexion au professeur P. Dubois, dans un article de la *Gazette médicale* sur le sujet qui nous occupe : « Il est impossible de n'être pas frappé du contraste qui existe entre ce luxe de ressources médicales et la rareté des cas pour lesquelles elles étaient indiquées dans le chapitre d'Aétius ; aussi, nous paraît-il permis de penser que les prescriptions qui précèdent étaient empruntées par la médecine à une industrie fort répandue, et dont le but n'avait rien de médical (2) ».

Sans nous arrêter d'avantage sur quelques phrases de Moschion, d'Avicenne et de Rhazès, dans lesquels ces auteurs recommandent l'avortement si : « condilomata vel aliqua impedimenta in orificio matricis habuerit mulier (3) », ou quand la femme est trop jeune, quand l'utérus est atteint d'une affection qui peut mettre les jours de la mère en danger ; enfin, quand on a à craindre la rupture de la matrice, etc. (4). Nous arrivons jusqu'aux auteurs français du xvii<sup>e</sup> et du xviii<sup>e</sup> siècle, les Guillemeau, Mauriceau, Delamotte et Levret, qui ont éclairé d'un jour nouveau la science obstétricale. C'est Louise Bourgeois, qui, la première a conseillé de provoquer l'accouchement dans certains cas d'hémorrhagie pendant la grossesse. Après elle, les auteurs

(1). *Ætic medicigræci contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos* per J. Cornarium lugduni, 1549, p. 961.

(2). *Gazette médicale*, 1843, p. 136.

(3). Moschion, de mulieribus affectibus.

(4). Avicenne. *Fen*, 3 *Trach.*, 2 c., 17.

que je viens de nommer suivirent la même méthode, toujours dans le même but. Ce n'est pas là, il est vrai, à proprement parler, un avortement provoqué, mais bien plutôt un accouchement forcé ou simplement hâté, suivant que l'orifice utérin était encore fermé ou déjà suffisamment ouvert pour le passage de la main. Il n'est pas plus exact de considérer la rupture des membranes, procédé employé par Mauriceau, mais vanté surtout par Puzos, dans certains cas d'hémorrhagie, comme se rapportant à l'avortement provoqué. On pourrait plutôt regarder la méthode de Puzos comme l'un des modes opératoires de l'accouchement prématuré artificiel, bien que les auteurs de cette époque n'eussent en vue que le salut de la mère, et non celui de l'enfant, ce qui diffère essentiellement du but que l'on se propose dans l'accouchement prématuré artificiel, à savoir de sauver à la fois la mère et l'enfant.

La doctrine de l'avortement provoqué nous vient de l'Angleterre, comme celle de l'accouchement prématuré artificiel, et l'on ne peut nier qu'il n'y ait entre ces deux méthodes de très-étroites relations. Il était naturel que la première pensée qui surgirait aux médecins, dans les cas d'accouchement laborieux par suite de l'étroitesse du bassin, par exemple, serait de chercher à déterminer l'accouchement à une époque où le fœtus n'a pas encore acquis tout son développement et où ses dimensions lui permettent alors de passer à travers un canal rétréci. Mais, tout en voulant éviter à la mère les tentatives douloureuses et souvent infructueuses d'accouchement par les voies naturelles, en cherchant dans ce nouveau procédé à éloigner les opérations césariennes, on écartait également les opérations dangereuses pour l'enfant et en particulier la craniotomie. En un mot, on respectait à la fois les deux existences, et on les protégeait dans la mesure du possible. C'était un pre-

mier pas sur la route du progrès ; premier pas qui n'avait pu se faire avant la connaissance des vices de conformation du bassin, et nous savons que les angusties pelviennes n'ont guère été connues qu'à partir de de Lamotte, c'est-à-dire vers 1721. Aussi peut-on dire que le laps de temps écoulé entre cette époque et les premiers essais d'accouchement prématuré n'a pas été trop long, puisque, au dire de certains écrivains, « une sage-femme anglaise, Marie Dunally, en aurait pris l'initiative en 1738(1) ». Mais, en réalité, ce fut en 1756 que la nouvelle méthode reçut, d'après Denman, l'approbation « des praticiens les plus éclairés de Londres. qui se réunirent pour savoir si cette opération était une chose avantageuse et approuvée par la morale » (2). Macaulay fut le premier qui mit ce principe à exécution, il fut suivi par Kelly et par Denman qui nous rapporte ces faits et qui cite 8 cas heureux lui appartenant (3).

Mais l'accouchement prématuré artificiel ne s'adressait pas à tous les cas d'angusties pelviennes ; quelquefois le rétrécissement du bassin est tellement prononcé que l'on ne peut songer à faire traverser ce canal même à un enfant âgé seulement de 7 mois de vie intra-utérine, c'est-à-dire à la limite de la viabilité. Aussi dans quelques cas, continua-t-on à pratiquer l'opération césarienne, et ce fut à la suite d'une hystérotomie faite dans de semblables circonstances que W. Cooper, qui fit la relation de cette opération mortelle pour la mère, soumit la question suivante au D<sup>r</sup> Hunter à laquelle cette relation était adressée : « Dans les cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriserai-elles pas, afin de sauver

(1). Gazeaux. Traité d'accouchement, 7<sup>e</sup> édition, p. 1,023.

(2). Gazeaux. Traité d'accouchement, 7<sup>e</sup> édition, p. 1,023.

(3). Denmann. Introd. à la pratique, t. II, p. 224.

la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement, aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées (1) ».

L'avortement provoqué, ainsi proposé par W. Cooper, fut facilement admis en Angleterre, et un certain nombre de praticiens distingués, comme J. Barlow et Hull, frappés des résultats malheureux de l'opération césarienne, ne craignirent pas d'étendre à l'avortement provoqué, l'approbation que l'accouchement prématuré artificiel avait rencontré auprès des plus illustres accoucheurs de Londres.

L'accouchement prématuré et l'avortement provoqué, qui se trouvent presque toujours confondus dans les notices historiques de cette époque, ne tardèrent pas à franchir le détroit et furent acceptés en Allemagne. Weidman, en 1774, recommande l'accouchement prématuré dans les vices de conformation du bassin et dans quelques cas d'hémorrhagie ; puis, nous trouvons parmi les partisans de ces deux opérations, Schul, en Danemark (1779), Mende, en Allemagne (1802), May, d'Heidelberg, le beau-père de Nøgele (1799), Wenzel, en 1804, Kraus, en 1813, mais ce fut surtout à partir du travail de Reisinger, 1820, que la nouvelle méthode prit définitivement rang parmi les opérations obstétricales (2). Aussi voyons-nous Presler (d'Outrepoint), Ritgen, Kluge, Nøgele, la mettre hardiment en pratique ; Salomon de Leyde, en 1815, publia un mémoire à ce sujet et fut suivi dans cette voie par Vrolick, Wellenberg et Schow. En Italie, Lovati et Ferrario (3), à Pavie eurent bientôt comme imitateurs Cisisselli et Beli à Milan.

(1). Dubois. *Gazette médicale* 1843, et W. Cooper, *in méd. observ. and inquires*, V, p. 274, 1768.

(2). Reisinger. *L'accouchement provoqué avant terme, considéré comme un moyen important dans l'art des accouchements.* (Leipzig 1820).

(3). Prospetto. *Della Clinica di Università di Pavia*, in *Ann d'Omoei*, t, XLV, p. 265, 1828 et T. L. 1829.

En France, la nouvelle doctrine fut longtemps à s'introduire, ou pour mieux dire, il semble qu'elle y est née isolément sans se rallier en aucune façon aux travaux anglais et allemands. Si même l'on en croit Sue le Jeune, elle aurait précédé la discussion des chirurgiens anglais puisque cet auteur rapporte que A. Petit l'aurait employé dans quelques cas. Voici du reste à cet égard le passage de Sue, qui me paraît important à plusieurs points de vue : » Dans l'article 3 de sa thèse, M. Roussel de Vauzelme conseille, lorsqu'on a des signes assurés, que l'accouchement naturel ne pourra avoir lieu, de l'améliorer et de le provoquer vers le 7<sup>e</sup> ou le 8<sup>e</sup> mois. Il s'appuie de l'autorité d'un de ses confrères, M. Le Vacher de la Feutrie un des plus habiles médecins de la capitale, et aux talents duquel je rends ici d'autant plus volontiers hommage que j'ai été à même d'en connaître toute la supériorité.

« Cette autorité est sans doute d'un grand poids, mais M. Le Vacher de la Feutrie est trop modeste pour ne pas être de notre avis, lorsque nous dirons que son confrère eût pu citer une autorité encore plus forte que la sienne, puisqu'il eût pu citer celle du célèbre M. Petit, dont M. de la Feutrie se fait gloire d'avoir été disciple. Il y a déjà longtemps que M. Petit a conseillé et fait pratiquer l'accouchement prématuré dans le cas de difformité aux os du bassin. Il a même proposé, à ce sujet, des moyens dans le détail desquels ce n'est pas ici le lieu d'entrer, avec d'autant plus de raison qu'il faudrait d'abord que les ca suistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe, et si l'on peut courir les risques de la vie incertaine de l'enfant pour assurer celle de la mère(1). »

(1). Sue le jeune. Essais historiques sur les accouchements, t. I, p. 606

Il ne s'agit ici que de l'accouchement prématuré, et cependant l'on voit que Sue élève déjà des objections sur la valeur morale et religieuse de cette opération. Il se demande si l'on a bien le droit, pour sauver la mère, de faire naître un enfant dont la puissance vitale n'est pas encore complètement développée. Que serait-ce, s'il se fût agi de l'avortement provoqué; si l'on eût demandé, dans l'intérêt de la mère, le sacrifice complet de l'enfant? Du reste, Sue, très-partisan de l'opération césarienne, qu'il a vue réussir à Paris par Millot et Deleurye, pense que les adversaires de cette opération sont mal venus de la décrier, et qu'entre des mains habiles, on peut en espérer de nombreux succès. Aussi, ces tentatives d'accouchement prématuré artificiel restèrent presque ignorées en France, et malgré l'approbation de quelques hommes distingués comme Laverjat (1), elle ne put vaincre les scrupules de celui qui s'était placé de bonne heure à la tête de l'Obstétrique française. Beaudelocque, en effet, dès la première édition de son livre en 1781, condamne cette méthode pour tous les cas de vices de conformation du bassin, c'est-à-dire pour les circonstances mêmes pour lesquelles cette nouvelle doctrine avait été proposée. « Il nous semble, dit-il, qu'on ne devait permettre l'accouchement prématuré que dans ces cas d'hémorrhagie abondante qui ne laissent d'espoir de salut pour la femme que dans sa délivrance. » (2)

A partir de cette époque, Beaudelocque, dans toutes les autres éditions de son ouvrage, continua de s'élever contre l'accouchement prématuré artificiel, et il fut, dans cette campagne, suivi de tous ses élèves. D'après lui, cette méthode, au lieu de parvenir à sauver à la fois la mère et l'en-

(1) Laverjat. Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, 1788.

(2) Beaudelocque. L'art des accouchements. 178, t. II, p. 225.

fant, compromettait plutôt l'un et l'autre : la mère, en provoquant des contractions utérines dans un organe qui n'était pas encore disposé pour cela ; l'enfant, en le faisant naître à une époque plus ou moins éloignée du terme de sa perfection physique. Il ajoutait, en outre, que l'on avait grand'peine à fixer exactement le terme de la grossesse, et, confondant à la fois l'accouchement artificiel et l'avortement provoqué, puisqu'il fallait, pour être logique, dans un bassin très-rétréci provoquer l'expulsion de l'enfant à une époque où il n'était pas possible de l'élever, Baudelocque repoussait cette méthode comme ne devant donner que de mauvais résultats. En effet, disait-il, on a proposé et même provoqué l'accouchement plusieurs fois, mais avec trop peu de succès pour qu'il soit nécessaire d'employer d'autres arguments contre lui. Gardien, Capuron, M<sup>me</sup> Lachapelle, M<sup>me</sup> Boivin, Dugès, suivirent l'exemple donné par le maître, et rejetèrent l'accouchement prématuré, qui ne donnait guère que des insuccès dans les cas où cette méthode était rigoureusement applicable et qui, lorsque les résultats en étaient heureux, avait été employée inutilement (1). Quant à l'avortement, la législation française, dit Dugès, n'en permet sous aucun prétexte la provocation volontaire (2).

Cependant Fodéré, professeur à Strasbourg, dans son *Traité de médecine légale*, en 1813, entreprend de défendre l'accouchement prématuré, et admet sa provocation dans les cas de bassin rétréci, d'hémorrhagie ou de convulsion. Capuron, qui approuve l'accouchement précipité pour ces deux dernières causes, repousse absolument la nouvelle méthode dans les vices de conformation du bassin, et pense qu'il faut, dans ces cas, s'adresser à l'opération césarienne

(1). Capuron. *Méd. légale*, p. 303.

(2). Dugès. *Manuel d'obst.*, p. 216.

qui, dit-il, a permis de sauver jusqu'à ce jour à peu près une femme sur trois (1).

Cependant quelques praticiens ne craignirent pas de prendre sur eux l'initiative de l'accouchement prématuré dans quelques cas isolés, comme le fit Duclos à Toulouse, en 1815, pour une hydropisie de l'amnios (2).

L'Académie de médecine fut bientôt après appelée à se prononcer sur ce sujet lorsque, en 1827, M. Costa, à l'occasion d'un accouchement spontané survenu à sept mois et demi chez une femme affectée d'anévrysme du cœur et près de succomber, consulta l'assemblée à l'effet de savoir s'il n'y aurait pas lieu de provoquer l'accouchement lorsque la grossesse est compliquée d'une maladie qui compromet à la fois la vie de la mère et du fœtus, en supposant que ce dernier soit viable. L'Académie fit répondre par l'intermédiaire d'une commission spéciale dont faisaient partie Orfila et Capuron : Qu'il n'existe aucun cas où il soit permis de provoquer l'accouchement avant terme chez une femme grosse; qu'enfin, le plus souvent, les accouchements provoqués sont funestes à la mère et à l'enfant (3).

Malgré la réprobation formelle de ce corps savant, Velpeau (4), en 1829, dans son *Traité de tocologie*, ne se montrait pas moins partisan de la nouvelle méthode, en déclarant « qu'il lui est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de 3, 4 ou 5 mois, d'un être qui, jusque-là, diffère à peine de la plante, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte que mille rapports sociaux nous engagent à conserver; en

(1). Capuron. *Médecine légale*, p. 303.

(2). *Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris*, t. 6, p. 224, 1818 et Garimond, *Traité de l'avortement*, p. 252-

(3). *Journal général de médecine*, t. 98, p. 236, 1827 et Paultet, *Thèse de Paris*, 1870.

(4). Velpeau. *Traité élémentaire d'accouchement*, 1829, t. p. 808.

sorte que, dans ce cas de resserrement extrême, s'il était positivement démontré que l'accouchement à terme fût impossible, je n'hésiterais pas, ajoute-t-il, à conseiller l'avortement dès les premiers mois de la gestation. » La même année, il était suivi par Stoltz, alors agrégé à Strasbourg qui, sur son initiative, conseilla à l'un de ses élèves, Burkardt, en 1830, de faire sa thèse inaugurale sur ce sujet et de soutenir la légitimité de cette opération. Enfin, en 1831, Stoltz pratiqua avec succès son premier accouchement prématuré et fit, en 1833, la lecture de son observation devant l'Académie. M. Dubois, en 1834, dans sa thèse de concours pour le professorat sur cette question : « Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire? » accepta franchement l'accouchement prématuré artificiel.

Pendant on ne parlait toujours pas de l'avortement provoqué. La réprobation qui avait accueilli l'accouchement prématuré à ses débuts n'avait pas encouragé les innovateurs, et en 1843, dans son article sur ce sujet, M. Dubois put encore dire : « l'opinion de Baudelocque sur l'accouchement prématuré fut adoptée par ses successeurs, et nous croyons qu'elle l'est encore assez généralement, en France, aujourd'hui pour que la proposition de provoquer l'avortement chez une femme dont le bassin serait vicié, afin de la soustraire aux dangers ultérieurs d'une opération césarienne, trouvât peu d'accoucheurs disposés à l'accueillir » (1).

M. Dubois avoue même que, dans sa thèse de concours dont nous parlions tout à l'heure, il n'a pas cru devoir soulever la question de l'avortement provoqué dans les premiers mois de grossesse, mais que depuis, « le temps, l'expérience et la réflexion ont dissipé ces scrupules. »

(1). Gazette médicale, 1843, p. 137.

(2). Gazette médicale, 1843, p. 137.

On peut dire que c'est à partir de cet article de M. Dubois que l'avortement provoqué dans le cas d'angustie pelvienne fut admis par tous les accoucheurs de l'École de Paris, car nous verrons tout à l'heure, qu'il en est plus de même pour M. Stoltz, par exemple, qui fut un défenseur zélé de l'accouchement prématuré artificiel, mais qui n'admet pas l'avortement provoqué; pour M. Villeneuve, de Marseille, qui en 1836 pratiquait l'accouchement prématuré et en 1854 s'élevait contre l'avortement provoqué et tant d'autres. Nous savons déjà que tous les auteurs, même ceux qui ont le plus lutté contre l'accouchement prématuré, accordaient la légitimité de l'avortement dans certains cas graves, comme les hémorrhagies ou les convulsions; on peut donc considérer que la question entre, en quelque sorte, dans une ère nouvelle avec ce mémoire de M. Dubois.

En 1842 M. Dubois provoque publiquement un avortement à la Clinique d'accouchements pour un cas d'angustie. En 1846, Cazeaux, son élève, mit en pratique les leçons du maître et provoqua l'avortement dans les mêmes circonstances. Cette opération fut répétée en 1847 par M. Dubois et en 1850, Lenoir à son tour provoquait l'avortement, (sur la même femme pour ces trois derniers cas). Ce dernier chirurgien porta cette observation à la tribune de l'Académie, et ce fut Cazeaux qui fut nommé rapporteur.

Dans un rapport remarquable où il se déclare zélé partisan de l'avortement provoqué dans le cas d'angustie pelvienne prononcée, Cazeaux, se refuse au contraire à employer ce procédé pour les vomissements incoercibles (1). M. Dubois, qui avait été directement pris à parti par le rapporteur sur cette question des vomissements opiniâtres de la grossesse, fait une nouvelle déclaration corroborant son mémoire de 1843, en faveur de l'avortement provoqué. Danyau à son retour vient déclarer qu'à l'occasion il

(1). Bulletin de l'Académie de Médecine. t. 17, 1851-1852.

n'hésiterait pas à provoquer l'avortement dans les premiers mois de la grossesse, s'il n'avait d'autres ressources plus tard que l'opération césarienne; et quant aux vomissements incoercibles, il se range entièrement du côté de M. Dubois et cite de nombreux succès obtenus par cette intervention hâtive. M. Bégin s'élève ensuite contre l'avortement provoqué au double point de vue religieux et scientifique; Velpeau vient de nouveau affirmer sa conviction. Enfin, après un discours de M. Dubois, sur l'avortement provoqué dans les cas de vomissements incoercibles, la discussion se termine par des remerciements à M. Lenoir et la publication de son observation dans les Mémoires de l'Académie.

J'arrête ici cet historique, peut-être un peu long, mais j'ai cru que je ne pouvais traiter utilement la question de l'avortement provoqué sans empiéter un peu sur le terrain de l'accouchement prématuré artificiel, qui est le point de départ de la nouvelle méthode.

Cette question d'obstétrique sur les rétrécissements pelviens pourrait en effet se diviser en trois époques.

Une première, dans laquelle on ne touchait pas au fœtus avant que sa mort ne soit démontrée. J'appellerai si l'on veut cette époque celle de l'opération césarienne et de la symphyséotomie.

Une seconde époque, caractérisée surtout par l'accouchement prématuré artificiel; époque qui commence vers 1756 en Angleterre et vers 1799 en Allemagne, mais qui n'est pas admise en France, et qui ne se développe qu'en même temps ou même après la troisième période.

Troisième époque de la céphalotripsie et de l'avortement provoqué, c'est-à-dire le sacrifice de l'enfant en faveur de la mère, quand il est bien démontré que l'on ne peut sauver à la fois l'un et l'autre.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Avant d'aborder l'exposé des indications spéciales de l'avortement provoqué, il me semble de toute nécessité d'examiner une première objection qui s'offre tout d'abord à l'esprit. En effet, avons-nous le droit de provoquer l'avortement, c'est-à-dire de supprimer volontairement, et de propos délibéré, la vie du fœtus dans l'intérêt de la mère.

Cette question avait été posée par Cazeaux dans son rapport à l'Académie de médecine, sur l'avortement provoqué chez la fille Julie Gros, qui avait un rétrécissement extrême du bassin. Mais M. le rapporteur avait introduit, dans l'énoncé de sa question une indication spéciale à l'avortement provoqué, celle des angusties pelviennes très-prononcées.

J'étudierai cette question à un point de vue plus général, et je demanderai simplement, peut-on, dans l'intérêt de la mère, provoquer l'avortement? Cette question résolue, il nous restera à faire voir dans quels cas cette méthode est applicable. Ce sera donc au chapitre des indications que nous aurons à discuter l'opportunité de l'avortement dans tel ou tel cas déterminé.

J'ai dit au commencement du chapitre précédent que lorsqu'on parcourt l'histoire des mœurs chez tous les peuples anciens, Grecs, Romains, barbares de tous pays, gens civilisés ou incultes, on voit l'avortement s'étaler au grand jour au mépris des lois les plus sévères. Hippocrate avait

essayé de s'élever contre cette plaie, mais en vain, et si l'un des passages de ses livres n'est pas apocryphe, il aurait même fini par se laisser à son tour gagner par l'exemple. Etaient-elles du reste aussi coupables qu'on pourrait le penser, ces femmes qui se débarrassaient ainsi, sans souci de l'acte qu'elles commettaient, sans souci de l'enfant dont elles ne connaissaient pas la nature ? « C'était d'après les stoïciens, une portion des viscères de sa mère, et non un être vivant, encore moins un être appartenant à l'humanité. » Ou bien « c'était une masse informe à peine organisée, qui ne reçoit qu'au moment de sa naissance le principe qui l'anime et le fait homme. » (1)

Aristote et Platon avaient même considéré l'avortement comme une méthode d'équilibre social, ils voulaient que dans chaque pays on déterminât un nombre fixe d'enfants et que ce nombre atteint, l'avortement dispenserait d'avoir recours à l'infanticide. Puis vinrent les discussions philosophiques sur le *animato* et le *non-animato*, permettant l'avortement jusqu'à une certaine période de la gestation où le fœtus n'a pas encore reçu le principe divin, mais le défendant après. Les médecins et les législateurs adoptant ces chimériques distinctions, l'avortement devint en quelque sorte légal, car il fut bien difficile de savoir si l'expulsion du fœtus avait été déterminé avant ou après son animation.

Le christianisme seul put mettre une borne à cette détestable pratique, qui, sous l'Empire romain avait envahi toutes les familles au milieu de la dissolution générale des mœurs. Aussi, à partir de Constantin, les lois les plus sévères furent édictées et mises à exécution. Cependant, on conservait encore la distinction subtile de l'animation, que l'on

(1) Deguerre. Thèse de Strasbourg, 1834.

supposait accomplie quarante jours après la fécondation, si bien que l'avortement n'était que fort peu puni avant cette période, mais aussi était-il difficile à rechercher.

La prépondérance que prit peu à peu l'Eglise, la législation des conciles, sans mettre fin d'une manière absolue à ces manœuvres criminelles, en réduisirent considérablement la proportion.

Depuis Charlemagne, les lois les plus sévères réprimèrent l'avortement qu'elles confondirent avec l'infanticide. « Un arrêt de 1480 condamnait les mères qui avaient fait périr leur fruit à être brûlées vives ; dans la suite, on les pendit ». La trop fameuse ordonnance de Henri II, d'après laquelle « Toute femme sera tenue d'avoir homicidé son enfant et pour réparation publique punie de mort et du dernier supplice, si elle est atteinte et convaincue d'avoir celé, couvert et occulté tant sa grossesse qu'enfantement, sans avoir déclaré l'une et l'autre. » Elle fut confirmée par Charles II (1560), Henri III (1587), Louis XIV (1708) et Louis XV (1730-1735).

Le nouveau Code s'écarta de cette rigueur et distingua l'infanticide de l'avortement. L'article 502 du Code pénal prononce la peine de mort contre l'infanticide.

L'article 317 qui a trait à l'avortement est ainsi conçu :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou tout autre moyen aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procurée l'avortement à elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens, et officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces

De Soyre.

2

moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

« L'article 317 du Code pénal, fait remarquer Brillaud Laugardière (1), renferme trois dispositions bien distinctes. La première prévoit et punit le crime de toute personne qui a procuré l'avortement d'une femme enceinte.

La seconde atteint la femme qui s'est procuré à elle-même l'avortement.

La troisième enfin frappe les médecins et autres officiers de santé qui ont indiqué ou administré les moyens d'effectuer l'avortement ; la qualité de leurs fonctions est une circonstance aggravante du crime qui donne lieu à une pénalité plus sévère. »

Sans nous arrêter aux discussions juridiques sur la question de savoir si la simple tentative d'avortement doit être punie comme si le fait était accompli, nous allons examiner si cet article est applicable à l'avortement chirurgical, c'est-à-dire à une opération qui n'est employée par l'homme de l'art que dans le but de sauver la vie de la mère compromise par la gestation au moment où l'opération est faite ou qui le serait inévitablement si la grossesse suivait son cours régulier.

« Pour qu'un acte quelconque soit atteint par un texte pénal, il doit renfermer deux éléments indispensables : 1° un fait matériel ; 2° l'intention qui a conduit à ce fait et qui en détermine la moralité. Cette intention criminelle de l'agent a toujours été requise par nos différents codes (2). »

Or, dans l'avortement qui nous occupe, le fait matériel existe, et nous ne cherchons pas à le cacher. Mais en est-il de même de l'intention criminelle ? Évidemment non ! Que l'avortement même, si on le veut, soit une mauvaise chose

(1) Brillaud Laugardière. De l'avortement provoqué, 1862.

(2) Brillaud Laugardière. Loc cit, p. 288.

au point de vue scientifique, ce que nous discuterons ailleurs, il n'en est pas moins vrai que cette opération n'est faite par le médecin que dans un but parfaitement avouable, pour sauver la vie de la mère, qu'il considère comme compromise aujourd'hui ou plus tard. Quand plus tard le médecin sera obligé de faire la céphalotripsie pour sauver la mère, sera-t-il plus coupable que maintenant ? L'article 317 n'est pas plus applicable au médecin dans le cas d'avortement provoqué que l'article 316 ne l'est au chirurgien qui fait une amputation ou une castration, crime très-sévèrement puni par la loi.

En réalité c'est l'intention qu'il faut chercher dans le fait incriminé, et non pas le fait lui-même dégagé de toute appréciation. La loi ne défend pas l'avortement chirurgical ; c'est l'avortement occulte, criminel qu'elle repousse et qu'elle frappe. Or, l'accoucheur dans les circonstances où il croit de son devoir de provoquer l'avortement, ne se cache pas pour faire cette opération, il s'entoure des avis d'autres hommes compétents et l'on discute ensemble l'opportunité de l'intervention. Dans ces conditions le médecin n'a rien à craindre de la loi, il peut se présenter hardiment devant la justice de son pays. Il ne faut pas croire comme le docteur Beaude (1), qu'entre la conscience du médecin et le patient il n'y a que l'honneur ; pour juge entre eux il n'y a que Dieu ! » Ce sont certainement de très-beaux sentiments, mais il faut être un peu plus de ce monde et se souvenir de ses défauts. Cette situation du médecin irresponsable en griserait un certain nombre et que d'abus se commettraient !

Pour ma part, j'aime mieux la responsabilité légale et je ne demanderais même pas comme le proposait Dezei-

(1) Gazette médicale, 1843, p. 500.

meris (1), pour l'accouchement prématuré, artificiel, un amendement à l'article 317, qui permettrait au médecin l'avortement provoqué dans certains cas déterminés. Je pense que cette latitude légale pourrait faire croire à quelques confrères qu'ils sont dès lors dispensés de toutes précautions et, en particulier, de s'entourer des avis et des conseils de praticiens honorables, instruits et aussi haut placés que possible, précaution qu'il ne faut jamais négliger et grâce à laquelle l'accoucheur, même après avoir pratiqué l'avortement chirurgical, n'aura rien à redouter de l'application des lois.

La question qui nous occupe doit encore être examinée à un autre point de vue. La plupart des médecins qui se refusent à l'avortement provoqué s'abritent derrière les paroles de l'Écriture sainte, et déclarent que le dogme religieux, la morale, et les théologiens condamnent cette pratique.

Mon intention n'est pas de m'étendre longuement sur ce point controversé. Dans les deux camps je vois des hommes parfaitement convaincus que leur manière de voir est la bonne, et je pense que parmi les partisans de l'avortement provoqué, il s'en trouve quelques-uns qui sont loin d'avoir battu en brèche les principes religieux.

Il en est, du reste, de cette question comme du point juridique que nous avons examiné tout à l'heure. Il est évident qu'à s'en tenir à la lettre de la loi, l'avortement est absolument interdit; de même, si l'on ne considère que les textes saints, sans en chercher la véritable interprétation, il y a là une barrière infranchissable.

Les deux textes principaux que l'on oppose à l'avortement provoqué sont d'une part 1° le précepte contenu dans

(1) Dictionnaire de médecine ou répertoire général, t. I, p.437.

l'épître de saint Paul aux Romains « non faciamus mala ut bona eveniant » ; 2° le précepte de l'Exode « Insontem et justum non occides » (1).

Faut-il prendre ces paroles à la lettre? Et d'abord un point essentiel serait de savoir dans quelles circonstances elles ont été prononcées, à qui s'adressait l'apôtre quand il faisait cette recommandation? Quels événements avaient surgi, qui l'obligeaient à cette déclaration? Le savons nous! Une phrase prise ainsi au milieu d'un discours peut, étant séparée, avoir un sens tout différent du véritable. Cela est si vrai que M. Villeneuve, de Marseille, se trouve à cet égard, en contradiction avec le commentateur même de saint Paul. — Mais je n'insiste pas sur ce point.

Quant au second argument le « Non occides de l'Exode, n'est-ce pas absolument la même chose que notre texte de loi dont je rapportais tout à l'heure un paragraphe. Il est évident qu'il est défendu à tout homme de tuer son semblable, mais cela ne se rapporte qu'à l'action criminelle, à l'intention de détruire avec la volonté préméditée de nuire. Cette parole ne se rapporte pas plus au sujet que nous traitons, que les textes de loi que je citais précédemment.

Je m'arrête ici sur cette question, qui du reste, ne me paraît pas absolument inhérente au sujet que je dois traiter, et je renvoie pour plus d'explications au mémoire spécial que Brillaud Laujardière a publié sur l'avortement provoqué. Là, on trouvera à côté des textes sacrés, les différentes interprétations de leurs commentateurs, et l'on verra que la plupart de ces recommandations des apôtres avaient été émises dans des circonstances particulières, et qu'elles s'appliquaient à des cas spéciaux, parfaitement déterminés par les événements de leur existence et leurs luttes con-

(1) Brillaud Laujardière. *Loc cit.*, p. 143.

stantes contre les préjugés et les coutumes de leur époque.

J'ajouterai enfin que d'après M. Garimond (1), « le P. Gurgy dans les *casus conscientiae*, résultat des conférences tenues à Rome, approuve dans les cas déterminés par l'indication médicale, la provocation de l'avortement. Il s'élève seulement contre l'occision ou meurtre direct ; il ajoute que cette opinion non acceptée par la plupart des anciens théologiens, est au contraire affirmée par *recentioribus doctoribus* ».

Enfin, d'après le même auteur, « la cour de Rome s'est bien, il est vrai, toujours abstenue de se prononcer, mais elle n'a point condamné les formules des théologiens favorables à nos principes médicaux. Dans une circonstance assez récente, elle a approuvé l'accouchement prématuré, allant bien plus loin que la loi civile muette à tous égards. »

Il me reste encore un autre point à traiter dans ce chapitre des considérations générales. C'est la question de conscience médicale.

Les adversaires de l'avortement provoqué disent que le médecin s'arroe en pratiquant cette opération, un droit qu'il n'a pas ; que de son plein gré, de deux êtres qui sont confiés à ses soins, il en choisit un qu'il tue volontairement, et ceci est contraire à l'essence même des devoirs médicaux. Si dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, au lieu de provoquer l'avortement on laissait la femme aller jusqu'à terme, on pourrait alors faire l'opération césarienne, sauver l'enfant et conserver quelques chances de sauver la mère. Nous verrons en traitant l'opération césarienne, combien sont petites les chances que l'on conserve à la mère, et qu'en définitive on change simplement par

(1) Garimond. De l'avortement, p. 271 et suivantes.

cette méthode, les termes du problème, c'est-à-dire qu'on sacrifie la mère pour sauver l'enfant. Enfin ces mêmes auteurs ajoutent que le médecin doit aide et assistance surtout au fœtus, qui est un être faible et sans défense. A cela je répondrai d'abord que M. le professeur Stoltz de Nancy et M. Villeneuve de Marseille qui, comme quelques autres éminents confrères de province, représentent les plus éclairés des adversaires de l'avortement provoqué, je répondrai, dis-je, que ces mêmes hommes qui se refusent à appliquer cette méthode dans les cas d'angustie pelvienne très-prononcée, ont mis en pratique plusieurs fois l'avortement provoqué dans d'autres circonstances et en particulier dans les vomissements opiniâtres de la grossesse. Mais disent-ils, si nous n'avions pas agi ainsi, la mère allait mourir et l'enfant avec elle, il ne nous restait pas d'autres ressources, que ce moyen mauvais il est vrai, mais nécessaire. C'est très-juste; mais que font les partisans de la nouvelle méthode dans les cas de retrécissements du bassin? Absolument la même chose, mais un peu plus tôt. Persuadés qu'en laissant la grossesse continuer son cours régulier cette femme à laquelle on devra faire l'opération césarienne sera, par cela même, en danger de mort, ils préfèrent de bonne heure faire le sacrifice de l'enfant.

Nægelé (1), un des esprits les plus judicieux et un des hommes les plus remarquables de ce siècle, pour démontrer le droit qu'avait le médecin en pareille circonstance, d'arrêter la grossesse par un avortement, fit un mémoire remarquable dans lequel il cherche à démontrer les droits du médecin à sacrifier le fœtus à sa mère. « N'arrive-t-il pas, dit-il, même de nos jours qu'un médecin-accoucheur, bien qu'appelé à temps pour porter du secours, soit forcé d'abandonner à son sort la femme en mal d'en-

(1) Nægele. De Jure vitæ et nœcis quod competit medico in partu.

fant ou de sacrifier une vie pour en sauver une autre? »

« N'est-il pas permis, n'est-il pas nécessaire, n'est-il pas du devoir même du médecin de sacrifier une vie à une vie, de tuer l'enfant pour sauver la mère ?

« Si d'un côté vous supposez que la mère, qui n'a point cessé d'avoir la conscience de ses actes, refuse, à plusieurs reprises en paroles claires et précises, de consentir à l'opération césarienne, que reste-t-il à faire au médecin? ».

L'illustre professeur D'Heidelberg, démontre alors que chez la femme l'instinct de la conservation domine, qu'elle se considère comme menacée, comme attaquée par son enfant, qu'elle se trouve dans le cas de légitime défense et qu'elle peut donner ou faire donner la mort à son enfant, « le médecin qui prête à la femme en mal d'enfant le secours de son talent a reçu le pouvoir de soulager, et la mère a le droit d'exiger son assistance » ; et plus loin, considérant que « dans le conflit des droits qui a lieu lorsqu'il est question de l'opération césarienne, la mère suivant la nature des choses, ne peut seule se secourir elle-même, le droit que la loi accorde à cette dernière de sauver sa vie en détruisant le fœtus, devient inutile, si on n'ex-cuse en même temps le médecin qui, appelé par la mère à donner son avis, ne peut conserver celle-ci qu'en démembrant l'enfant. »

Que faire, en effet, si la femme refuse énergiquement l'opération césarienne? Faudra-t-il que le médecin reste inactif témoin d'une double mort? Si donc vous tenez à la femme au début de la grossesse le langage suivant : « Vous êtes devenue enceinte dans des conditions qui ne vous permettent pas d'accoucher ; quand vous serez au terme de la grossesse, vous mourrez quoi qu'on fasse qu'on vous opère ou non, et votre enfant mourra probablement aussi ; car l'opération césarienne est loin de sauver tous les en-

fants » (1), et si la femme refuse de se faire opérer, car il faut son consentement pour entreprendre la section césarienne. Que reste-t-il donc au médecin ? Je ne parle pas de la céphalotripsie qui dans ces circonstances est presque aussi meurtrière que l'opération césarienne pour la mère et qui n'a pas comme cette dernière, la chance de sauver l'enfant. Il faut bien alors provoquer l'avortement.

Parmi les objections théologiques légales et morales que M. Villeneuve a faites à l'avortement, j'en relève une qui a trait à la situation sociale de l'opérée. « Il faut convenir, dit M. Villeneuve (1) que le choix de l'observation de M. Lenoir est bien malheureux et qu'il a excité, à bon droit, les réflexions judicieuses de M. Bégin. Dépend-il en effet d'un médecin honnête d'assimiler à celle d'une honnête mère de famille, la situation d'une fille libertine, qui s'est exposée à faire tuer trois enfants dans son sein et qui, en vertu de la sécurité qu'elle trouve dans la provocation de l'avortement peut conserver une vie qu'elle continuera à consacrer au vice, d'autant plus rassurée sur son avenir qu'une expérience fréquemment répétée sur sa personne, lui donne l'espérance de trouver de chaleureux protecteurs s'il lui plait dans le cas d'en avoir besoin.. » Il me semble que le savant praticien de Marseille entre là dans une voie bien délicate.

En effet, les rétrécissements extrêmes du bassin ne sont pas dus seulement au rachitisme. Je pourrais même dire que le plus grand nombre appartient à l'ostéomalacie. Il peut se faire, et j'en citerai des observations, qu'on soit en présence d'une femme qui, atteinte de cette affection, après avoir pu conduire à bien deux ou trois grossesses, a un rétrécissement tel du bassin, que l'avortement provoqué

(1) Velpeau. Gazette médicale, 27 mars 1852, p. 212.

(1) Villeneuve. De l'avortement provoqué, p. 30.

ou l'opération césarienne soient les seules opérations praticables. Que ferait dans ce cas M. Villeneuve? Aurait-il plus de compassion que pour la fille Julie Gros, et se déciderait-il à l'avortement provoqué? Il est impossible, dans des choses de ce genre, d'avoir, dans deux cas semblables à la fois, deux poids et deux mesures. Ce que l'on ferait pour la femme mariée, mère de famille, il faut le faire pour l'autre, quelle que soit sa conduite; le médecin n'a rien à voir à cela. Il doit s'isoler complètement de ces considérations extérieures; que deviendrait sans cela la pratique médicale sur le champ de bataille? Ne doit-on pas ses soins à tous indistinctement, amis ou ennemis!

Quand dans l'avortement provoqué on fait le sacrifice du fœtus, ce n'est pas sans répugnance; et quand on est obligé d'opérer chez une femme comme Julie Gros, je conçois qu'on éprouve encore un plus cruel désespoir, mais ce sont là des sentiments que le médecin doit conserver pour lui. Et croit-on que MM. Cazeaux et Dubois n'aient pas fait sentir à la femme la pénible situation dans laquelle elle les mettait par son inconduite! S'il en eût été autrement, pourquoi se serait-elle adressée à trois chirurgiens différents?

Quand on est en face d'une femme dont le bassin est construit de telle façon que la question de l'avortement provoqué s'empare de l'esprit de l'opérateur, s'il y a un moment d'hésitation en pareil cas, le meilleur moyen de consulter sa conscience à cet égard est de se rappeler les deux mots si profonds des professeurs de Paris. « Quant à moi, dit M. Depaul, après y avoir longtemps réfléchi, je n'ai pas hésité à faire dans quelques cas pour les autres ce que j'aurai voulu qu'on fit pour ma femme ou pour mes filles, si elles s'étaient trouvées dans de telles conditions (1). »

(1) Depaul. Dict. encyclopéd., art. Bassin, p. 520.

Ou, comme le dit M. Pajot (1) dans une lettre adressée à M. Stolz : « J'ignore s'il est assez heureux pour avoir des enfants : S'il avait une fille avec un bassin de moins de cinq centimètres (il est de ces pauvres disgraciées douées de toutes les qualités du cœur et de l'esprit), attendrait-il le terme de la grossesse pour lui ouvrir le ventre, ou la ferait-il avorter ? »

Sachant que la question de l'avortement provoqué est un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuses et civiles, avec la morale, enfin avec la dignité de notre art et la mission qui lui est dévolue dans la société (2), peut-être aurais-je mieux fait d'imiter la conduite de maîtres tels que Paul Dubois et Danyau et de déclarer mon incompetence. Mais j'ai cru qu'il était de mon devoir de dire quelques mots au moins de cette partie de la question si controversée, et je n'ai pu résister au désir de faire voir comment les progrès incessants de la médecine ont fait à son représentant un rôle à part dans la société. Sans pouvoir se dégager entièrement de toute responsabilité légale et religieuse, le médecin se trouve dans bien des cas, par le fait même des circonstances, jeté hors des voies tracées. C'est alors qu'il devra s'isoler en mettant de côté les petites passions inhérentes à notre espèce, et seul, devant Dieu et sa conscience, respectant la loi et les devoirs sociaux, chercher le mieux qu'il peut faire dans l'intérêt du malade.

(1) **Paulet**. Thèse de Paris, 1870, p. 16.

(2) **Begin**. Bulletin de l'Académie de Médecine, t. 17, 1851-52.

1° DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS  
DU BASSIN ET DU CANAL VULVO-UTÉRIN.

*Bassins rachitiques.*

Dans tout ce qui va suivre, nous aurons surtout en vue les bassins viciés par rachitisme. Nous traiterons dans un chapitre spécial de l'ostéomalacie, et les rétrécissements du canal pelvien par exostoses, tumeur fibreuse, etc., trouveront leur place dans une autre partie de ce travail.

On pourrait croire, au premier abord, que les rétrécissements pelviens fournissent la plus grande somme de cas d'avortement provoqué. Cependant il n'en est pas ainsi. L'adoption générale aujourd'hui de l'accouchement prématuré artificiel, les progrès de la céphalotripsie, enfin la réprobation que quelques praticiens professent pour cette nouvelle méthode dans les cas d'angustie pelvienne, font, qu'en réalité, les rétrécissements du bassin n'occupent que la seconde place parmi les indications de l'avortement provoqué.

Cependant nous commencerons par ce chapitre parce que l'opposition qu'on a faite et qu'on fait encore à l'avortement provoqué dans les rétrécissements extrêmes du pelvis, rend cette question d'autant plus intéressante.

Les rapports qui existent dans l'état physiologique entre le calibre du canal pelvien et le volume du fœtus à terme, expliquent assez comment toute disproportion notable entre ces deux éléments peut entraîner des troubles plus ou moins graves dans l'accomplissement de la parturition (1).

Nous n'avons pas à nous occuper ici des modifications pathologiques de la tête fœtale, qui déterminent une augmentation de volume de cette partie, et, quant aux difficultés apportées à l'accouchement par l'angustie pelvienne, nous

(1) Depaul. Dict. Encycloped. des sciences médicales, t. VIII, p..548.

n'avons à les considérer que sous un point de vue tout spécial. En effet, les termes mêmes de la question qui nous a été posée supposent que l'accoucheur pourra prendre vis-à-vis de la femme telle décision qui lui semblera la plus convenable, c'est-à-dire qu'il aura affaire à une femme dont la grossesse est commençante et n'a pas atteint, dans tous les cas, le terme de sept mois.

Dans de telles conditions, deux partis peuvent être choisis par l'accoucheur.

1° Ou bien il laissera la grossesse dépasser le terme de sept mois ;

2° Ou bien il interrompera cette grossesse avant le septième mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire qu'il provoquera l'avortement.

Nous allons examiner le premier de ces points et faire voir que quelques conditions sont requises du côté du bassin et du côté de l'enfant, pour permettre à la grossesse de poursuivre son cours, au moins pendant un certain temps. Cela nous conduira naturellement à établir les limites au-delà desquelles l'accoucheur ne peut plus suivre le premier parti sans exposer la mère ou l'enfant et quelquefois l'un et l'autre à de graves opérations, et où par conséquent l'homme de l'art est conduit à en arriver à l'avortement provoqué.

Quand la grossesse se prolonge et que le bassin de la femme a des dimensions moindres qu'à l'état normal, plusieurs circonstances peuvent se présenter, et, pour mieux nous faire comprendre nous adopterons immédiatement les divisions posées par les accoucheurs et en particulier celles que M. le professeur Depaul a établies si magistralement dans son article **BASSIN** du Dictionnaire encyclopédique.

1° L'angustie pelvienne est peu prononcée, c'est-à-dire que le diamètre sacro-pubien a au moins 9 centimètres.

(1) Depaul. Dictionnaire Encyclopédique, t. 8, p. 517.

Au terme de neuf mois, le travail se déclare, et sous les efforts expulsifs de l'utérus, la tête fœtale peut, grâce à une légère compression, franchir le point rétréci, et l'enfant naît sans autres difficultés qu'un travail dont la durée a dépassé plus ou moins les limites ordinaires.

Dans quelques cas, les efforts naturels s'épuisent vite ou sont insuffisants, et l'on peut, en leur venant en aide, avec une simple application de forceps, terminer l'accouchement tout en donnant naissance à un enfant vivant.

2° Le rétrécissement du bassin est plus considérable, le diamètre sacro-pubien a au plus 9 et au moins 6 centimètres. On peut encore voir quelquefois l'enfant naître spontanément après un travail plus prolongé que dans le cas précédent, mais ces cas sont rares, et l'on est presque toujours obligé d'intervenir par une application de forceps qui peut donner naissance encore à un enfant vivant, mais qui dans bien des cas n'amène qu'un enfant mort, par suite de la longueur du travail et de la compression que la tête fœtale a dû subir pour franchir le rétrécissement. Enfin le forceps peut être insuffisant, et pour terminer l'accouchement, on est obligé de diminuer le volume de la tête par l'un des procédés d'embryotomie, la craniotomie, par exemple, et la céphalotripsie.

Il est bon de faire remarquer que dans ces deux cas, la longueur exagérée du travail, les applications de forceps quelquefois heureuses, d'autres fois vaines, la craniotomie, la céphalotripsie entraînent toujours une certaine somme de dangers pour la mère et pour l'enfant, quand celui-ci n'est pas sacrifié.

3° Enfin le rétrécissement du bassin est plus considérable, le diamètre sacro-pubien a moins de 6 centimètres, il peut se faire que non-seulement l'enfant ne peut naître spontanément ni avec l'aide du forceps, mais encore que les applications des procédés d'embryotomie soient telle-

ment, difficiles dans une angustie pelvienne aussi prononcée, que la vie de la mère se trouve très-compromise. Enfin, dans quelques cas, très-rares à la vérité, l'espace laissé libre dans l'intérieur du bassin peut être insuffisant pour la manœuvre des instruments, et c'est à l'opération césarienne qu'il faut avoir recours.

Il résulte de cet exposé rapide que dans le cas de vices de conformation du bassin, sauf peut-être dans la première section, la vie de la mère est plus ou moins compromise, et que celle du fœtus est également soumise à des chances très-diverses parmi lesquelles les mauvaises l'emportent de beaucoup sur les bonnes.

Il n'y a donc pas lieu, d'une manière générale, de laisser la grossesse poursuivre son cours jusqu'à terme, quand on est en présence d'un bassin rétréci.

Aussi les accoucheurs, frappés des obstacles insurmontables que rencontrent les efforts expulsifs naturels dans le travail de l'accouchement et des effets déplorables de l'intervention instrumentale sur l'enfant et sur la mère, surpris, en outre, de voir que chez une même femme, où l'on avait été obligé, dans des couches précédentes, de diminuer le volume de la tête fœtale pour en obtenir l'extraction, l'expulsion spontanée par une cause fortuite du produit de la conception un ou deux mois avant le terme normal avait permis la naissance d'un enfant vivant et qui s'était élevé, les accoucheurs, dis-je, rapprochant ces diverses circonstances, se sont demandé si l'on ne devait pas, dans ces cas d'angustie pelvienne, imiter ce que produit quelquefois la nature, en déterminant artificiellement l'expulsion du fœtus avant le terme normal de la gestation.

C'est là le point de départ de l'accouchement prématuré artificiel, aujourd'hui universellement adopté par les principaux représentants de la science obstétricale.

Mais cet accouchement prématuré artificiel demande, pour être conduit à bien, deux conditions essentielles : 1° que le bassin ne soit pas trop étroit ; 2° que le fœtus ait atteint dans le sein maternel un degré de perfection qui lui permette de se nourrir et de poursuivre la vie extra-utérine. Ces conditions, on les détermine d'une part par la mensuration du bassin, d'autre part, par la détermination, aussi exacte que possible, du terme de la grossesse.

Je n'ai pas à entrer ici dans l'exposé des procédés de mensuration du bassin qui ne rentrent pas directement dans mon sujet, et je dois supposer que les différents modes de pelvimétrie sont connus du lecteur.

Quant à l'époque de viabilité du fœtus, je ne puis mieux faire que de citer à cet égard ces paroles de M. Dubois, qui sont parfaitement claires : « Je ne parle pas ici de la viabilité déterminée par la loi, qui, pour ne blesser injustement aucun intérêt, a dû tenir compte des éventualités même les plus rares ; mais je parle de la viabilité réelle, de celle qui résulte du développement des organes nécessaires à l'entretien de la vie extérieure, et qui n'existe guère complète, chez la grande majorité des fœtus, qu'au septième mois et demi de la vie intra-utérine ; elle n'a lieu, par conséquent, qu'à une époque où la tête du fœtus a acquis un volume de deux pouces dix lignes à trois pouces. » (1)

Depuis l'époque où M. Dubois écrivait ces lignes, quelques observations ont permis de reculer un peu la limite de la viabilité, et aujourd'hui on est d'accord pour admettre qu'à partir du terme de sept mois, le fœtus a quelques chances de se pouvoir élever ; mais, en réalité, ces chances ne sont que très-minimes, et le mieux, est de permettre à la grossesse de dépasser le plus possible ce terme de sept mois ; de telle sorte que l'accouchement prématuré artificiel ne peut être utilement pratiqué avant que la gros-

(1) Dubois. Thèse de concours, 1834, p. 51.

sesse ait atteint ce terme, puisque le principe même de cette opération est de sauver à la fois les deux existences de la mère et de l'enfant.

Mais il n'est pas facile, comme l'a démontré l'illustre fondateur de la Clinique d'accouchements, de déterminer exactement le terme de la grossesse. Dans un tableau, que contient sur ce sujet sa thèse de concours pour le professorat, on voit que les erreurs sont fréquentes, si l'on prend comme point de départ la dernière époque menstruelle ; on voit, de plus, que l'époque où la femme pense devoir accoucher dépasse toujours le terme réel de l'accouchement, et M. Dubois estime que, « malgré toutes les précautions que nous puissions prendre pour apprécier le terme de la grossesse, une erreur de quinze jours ou de plus est souvent possible (1). »

Pour savoir maintenant à partir de quel degré de rétrécissement l'accouchement prématuré artificiel est possible, il nous faut connaître quel est le volume de la tête fœtale à sept mois, limite extrême de la viabilité. Il est donc nécessaire de déterminer l'étendue des divers diamètres de cette tête, et en particulier du diamètre bi-pariétal. C'est ce que fit M. Dubois dans cette thèse de concours, que je suis heureux de citer aussi souvent, où nous trouvons la mensuration du diamètre bi-pariétal et de l'occipito-frontal établi pour dix enfants ayant atteint le terme de sept mois de vie intra-utérine. Ces mêmes mesures ont été données pour 17 enfants âgés de 7 mois et demi, pour 20 enfants parvenus jusqu'à la 34<sup>e</sup> semaine et demie, c'est-à-dire au terme de 8 mois, pour 5 enfants âgés de 8 mois et demi, et enfin pour 25 enfants à terme (2). Les premières mesures nous

(1) Dubois. Thèse de concours, 1834, p. 60.

(2) Dubois. Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire ? Thèse de concours, 1834, p. 40.

intéressent seules ici ; nous trouvons qu'à 7 mois, le diamètre bi-pariétal de la tête fœtale mesure en moyenne 7 centimètres 02. Ce chiffre est adopté par M. Tarnier, dans son traité d'accouchement (1). Cependant Mme Lachapelle, Stoltz et Joulin considèrent le chiffre de 6 centimètres et demi, mesure du bi-pariétal à 7 mois, comme se rapprochant plus de la vérité (2) ; d'un autre côté, Schröder, dans la dernière édition de son manuel, déclare que, « d'après les mensurations pratiquées sur 68 enfants avant terme, dont l'âge avait été déterminé aussi exactement que possible, les diamètres transverses du crâne sont relativement grands chez les enfants nés avant terme. »

Il aurait trouvé, pour l'étendue du bi-pariétal, chez les enfants âgés de 28 à 32 semaines, une moyenne de 8 centimètres 16, ce qui constitue un chiffre beaucoup plus élevé que ceux que j'ai cités plus haut, et qui sont généralement admis en France.

Il est vrai, ajoute Schröder, que « ce volume relatif des diamètres transverses est, dans une certaine mesure, compensé par ce fait que la tête des enfants avant terme est plus facilement compressible, et cela à un degré plus prononcé (3). » En effet, on peut encore espérer que, poussée par les contractions utérines énergiques dans un espace comparativement trop petit pour elle, aidée même quelquefois dans ce passage par les tractions faites avec le forceps, la tête fœtal subira une compression qui réduira son volume dans une certaine mesure. M. Tarnier admet que cette réductibilité peut être de 5 millimètres à 1 centimètre (4). Mais Joulin fait remarquer avec raison « qu'il

(1) Cazeaux. Traité d'accouchement, 7<sup>e</sup> édition, p. 1,026.

(2) Joulin. Traité d'accouchement, p. 1105.

(3) Schröder. Manuel d'accouchement, trad. Charpentier, p. 234.

(4) Cazeaux. Loc cit, p. 1,026.

ne faut pas perdre de vue que, si la tête du fœtus né avant terme se réduit plus facilement qu'au neuvième mois, sa viabilité est moins énergique, et les conséquences de la compression pourront être plus fâcheuses (1). »

Si, maintenant, nous adoptons une moyenne entre tous ces chiffres, si nous prenons, par exemple, pour l'étendue du diamètre bi-pariétal, 7 centimètres, résultat des recherches de M. Dubois, et si nous acceptons, comme M. Tarnier, une réductibilité variant entre 5 millimètres et 1 centimètre, nous aurons, pour la mesure de tête de l'enfant, au moment où celle-ci franchi le point rétréci du bassin, un chiffre de 6 centimètres et demi ou de 6 centimètres au minimum. Il résulte de là qu'un enfant de 7 mois, c'est-à-dire à la limite de sa viabilité scientifique, ne pourra pas franchir un bassin ayant moins de 6 centimètres et demi ou 6 centimètres. Cette dernière limite n'est pas acceptée également par tous les auteurs, car leurs points de départ varient selon qu'ils admettent la viabilité fœtale à 7 mois ou à 7 mois et demi, et selon les mensurations de la tête fœtale. Schrœder, par exemple, qui a trouvé pour le diamètre bi-pariétal à 7 mois près de 8 centimètres, considère que le degré le plus bas de rétrécissement pelvien où l'accouchement prématuré est possible est de 6 centimètres 75. Cazeaux pensait qu'au-dessous de 6 centimètres, il ne fallait plus songer à l'accouchement prématuré. M. Dubois n'admettait pas cette opération au-dessous de 6 centimètres et demi. Joulin, au-dessous de 6,5. Velpeau, 6,75. M. Depaul admet également 6 centimètres, et M. Tarnier « 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 ap-

(1) Joulin. Traité d'accouchement, p. 1,405.

plicable, qu'elle sera facilitée par le peu de développement de l'enfant (1). » Nøgele et Grenser considèrent que « la limite extrême de l'accouchement provoqué s'étend jusqu'aux bassins viciés, dont le plus petit diamètre offre au moins 67 millimètres. Avec un degré de rétrécissement plus prononcé, l'opération ne peut plus donner de résultat favorable pour l'enfant, et si l'on veut conserver celui-ci, il n'y a plus d'autres ressources que la section césarienne(2). » Enfin M. Jacquemier, dans son article « Accouchement prématuré du Dictionnaire encyclopédique, » a parfaitement établi la véritable limite et les conditions du problème à résoudre. « En fixant, dit-il, à 6 centimètres et demi au moins l'étendue du diamètre le plus réduit du bassin, comme on le fait généralement aujourd'hui, que la tendance à agrandir le champ de l'accouchement prématuré artificiel est manifeste, on compte, pour les cas qui se rapprochent de cette limite extrême, sur une réductibilité du crâne assez considérable et sur la possibilité d'opérer aussitôt que les conditions de viabilité existent. Il est bon d'être prévenu qu'en agissant de la sorte, on s'expose fréquemment, d'une part, à faire naître des enfants qui ne peuvent continuer à vivre, et de l'autre, à avoir recours à l'embryotomie, qui est, à la vérité, moins laborieuse et expose la mère à moins de dangers qu'à terme. Aussi, tant que le diamètre le plus raccourci du bassin a moins de 7 centimètres et demi, on ne peut compter sur des succès complets que dans une assez faible proportion, et l'on comprend que les partisans éclairés de l'accouchement prématuré artificiel persistent à ne l'admettre qu'au-dessus de cette dernière limite. C'est en

(1) Cazeaux. Loc. cit. p. 1026.

(2) Nøgele et Grenser. Traité d'accouchement, trad. Aubenas, p. 391.

descendant rarement au-dessous que les accoucheurs allemands ont obtenu de si brillants succès (1). »

Nous voyons, en résumé, que les accoucheurs qui se soucient surtout d'obtenir des succès par cette méthode, et qui ne veulent pas la déprécier en s'exposant à de mauvais résultats, ne provoquent guère l'accouchement avant terme dans des bassins qui ont moins de 7 centimètres à 7 centimètres et demi. Ils peuvent, en effet, faire naître par ce procédé des enfants âgés de 7 mois et demi à 8 mois de vie intra-utérine, c'est-à-dire, parfaitement aptes, dans de bonnes conditions, à continuer à vivre. Les autres, qui considèrent peut-être un peu plus la vie fœtale que l'excellence de la méthode employée, abaissent un peu plus la limite extrême à laquelle ils opèrent, et ne craignent pas de provoquer l'accouchement dans des bassins n'ayant que 6 centimètres et même 5 centimètres et demi, considérant que, dans quelques cas, on a pu obtenir par ce procédé des enfants vivants et viables, que, dans d'autres, ou les efforts naturels, même aidés par le forceps ont été insuffisants pour faire passer la tête fœtale dans cette filière rétrécie, l'embryotomie est venue à leur aide. Mais, il faut bien le dire, les succès ne sont pas nombreux.

Si l'on veut du reste se faire une idée des résultats obtenus par l'accouchement prématuré artificiel au-dessous de 6 cent  $1/2$ , on peut consulter la statistique de l'hôpital des Cliniques. (2)

8 F., bassin mesurant 6 c. $1/2$	ont donné 7 enf. morts et 2 F. mortes.
1 F., — 6 c.	— 1 — 1 —
4 F., — 5 c. $1/2$	— 4 — 2 —

(1) Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales, t. I, p. 429.

(2) Stanesco. Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, 5<sup>e</sup> tableau.

On voit que ce résultat n'est pas encourageant, puisque sur 13 femmes, 5 d'entre elles et 12 enfants ont succombé.

Il est vrai que l'une de ces femmes est morte accidentellement par le fait des douches vaginales et sans être accouchée, mais cet accident même doit être mis sur le compte de la provocation de l'accouchement. Si chez ces femmes on s'était décidé de bonne heure à faire l'avortement provoqué, on n'aurait pas eu de si déplorables résultats. (4)

Je pense avoir suffisamment démontré, par tout ce qui précède, que si dans la première et dans la deuxième section des rétrécissements pelviens, c'est-à-dire toutes les fois que le diamètre sacro-pubien mesurera plus de 6 centimètres, l'accoucheur craint que le passage de la tête fœtale à terme, à travers la filière pelvienne, nécessite un travail trop prolongé ou une intervention instrumentale qui peuvent être préjudiciables à la mère ou à l'enfant, si dis-je l'accoucheur veut éviter cette alternative et protéger efficacement les deux existences qui lui sont confiées, l'accouchement prématuré s'offre comme une ressource dans bien des cas favorable. Mais là où cette méthode n'est plus applicable pour les raisons que nous avons données plus haut, c'est dans

(4) Ces statistiques comprennent les opérations faites dans les bassins rétrécis depuis 6 cent. 1/2. Cependant nous avons indiqué comme limite supérieure de l'avortement provoqué les bassins ayant 6 cent. Mais cette division ne date que des travaux de M. Depaul et en particulier de son article BASSIN du Dictionnaire encyclopédique, c'est-à-dire depuis 1867. Je n'aurais donc eu en recherchant que depuis cette époque qu'une somme de cas très-peu nombreux, aussi m'a-t-il fallu prendre les cas jusqu'à 6 cent. 1/2, ainsi que le pensait M. Dubois. Du reste toutes ces statistiques étant dressées dans le même esprit, la comparaison des résultats en est facile.

Je ferai remarquer également que ces faits ont été collationnés dans un hôpital de femmes en couches et qu'il faut tenir compte des très-mauvaises conditions hygiéniques.

les bassins dont le diamètre sacro-pubien mesure moins de 6 centimètres.

En pareille circonstance, quelle sera la conduite à tenir, quelle décision prendra l'accoucheur ?

A cette question il n'y a que trois solutions possibles et nous allons successivement les passer en revue :

1° Laisser la grossesse poursuivre son cours, le travail se déclarer, s'exercer un temps suffisamment long, aider par des tractions faites avec le forceps, et en dernier ressort, devant l'évidence de l'inutilité des efforts tentés, pratiquer l'embryotomie.

2° Laisser la grossesse poursuivre son cours et faire au terme de la gestation la section césarienne.

3° Faire de bonne heure, dans l'intérêt de la mère, le sacrifice de l'enfant, en provoquant l'avortement avant le terme de 7 mois

Pour plus de clarté, nous pouvons encore désigner ces trois terminaisons supposées plus simplement en disant :

- 1° Terminaison par la céphalotripsie.
- 2° — par l'opération césarienne.
- 3° — par l'avortement provoqué.

**1. Céphalotripsie.** La première terminaison que nous avons supposée possible est rare et difficile à admettre de la part d'un accoucheur instruit (1). Se trouver en présence d'une femme dont le bassin est rétréci de telle façon que la naissance du fœtus vivant est impossible au terme de la grossesse, connaître cette situation et laisser la gestation se poursuivre

(1) Cependant Cazeaux, dans son rapport à l'Académie de Médecine sur l'Avortement provoqué, a cru devoir lui aussi faire cette supposition : « En présence d'un rétrécissement très-prononcé du bassin, l'accoucheur sait très-bien qu'en laissant la grossesse arriver à son terme, il n'aura qu'à choisir entre l'embryotomie et la section césarienne.

en se promettant de terminer l'accouchement par l'embryotomie, c'est ce qu'on pourrait appeler une céphalotripsie préméditée. J'espère donc que jamais cette situation que j'ai dû supposer ne se présentera. Cependant, quand on voit un homme de haute valeur comme le professeur Collins de Dublin déclarer : « Je ne connais aucun cas plus propre à rendre à jamais triste la vie d'une malade, ou en même temps plus susceptible à causer au praticien des regrets plus durables que ces circonstances malheureuses, comme il s'en présente inévitablement quelquefois, à cause de la durée prolongée que nous sommes de temps en temps obligés d'accorder au travail, en conséquence de la grande difficulté du passage de la tête, l'enfant étant vivant. Ici l'esprit du médecin ne peut quant à lui ressentir aucun trouble, puisque le seul moyen qu'il pourrait adopter pour conjurer le danger serait d'amoindrir la tête, ce qu'à mon avis, nulle considération ne saurait justifier en de telles circonstances. » On peut croire après cela que mu par un scrupule discutable à la vérité, mais très-honorable en réalité, le professeur de Dublin proposera la section césarienne? Mais non ! « En s'y prenant adroitement, ajoutet-il (under proper management), la mort de l'enfant arrive dans les accouchements laborieux et difficiles avant que les symptômes soient assez alarmants pour amener un médecin expérimenté à ouvrir le crâne de l'enfant pour le salut de la mère (1). » Quand on voit un homme de cette valeur faire avec sa conscience un compromis tel, que sachant l'expulsion fœtale impossible autrement que par la craniotomie, il préfère exposer la femme à toutes les conséquences d'un travail prolongé, d'efforts exagérés et inutiles, aux ruptures utérines etc., plutôt que d'introduire le craniotome dans la tête d'un enfant encore vivant, et cela

(1) Collins. Pratical Treatise, p. 359.

pour attendre paisiblement la mort de cet enfant; quand on voit, dis-je, des résolutions aussi.... timides chez un maître, faudrait-il s'étonner si l'on rencontrait un jour un praticien pusillanime qui repoussant l'avortement provoqué comme un crime, et ne voulant pas de l'opération césarienne à cause de ses résultats, laisserait aller la grossesse jusqu'à terme s'en remettant à la nature du soin de terminer seule cette opération délicate?

Quelques autres encore peuvent se rencontrer espérant une expulsion spontanée ou aidée par le forceps. » M. le professeur Depaul cite, en effet, dans ses cours, deux exemples dans lesquels l'accouchement se serait heureusement terminé, bien que le bassin n'eût que 5 centimètres et demi dans son diamètre antéro-postérieur. » (1) Mais, ajoute Cazeaux auquel j'emprunte ce passage: « Ce sont là des exceptions tellement rares, qu'on peut en quelque sorte les oublier dans la pratique ordinaire. » Et maintenant pour convaincre ceux qui seraient tentés de laisser la grossesse se poursuivre jusqu'à terme, se proposant ensuite de terminer l'accouchement par une céphalotripsie, je vais reproduire les résultats de cette opération dans de telles conditions, c'est-à-dire dans des bassins ayant moins de 6 centimètres dans leur diamètre antéro-postérieur.

Sur 16 femmes dont le bassin avait moins de 6 cent. 1/2, Lauth (2) dans sa thèse remarquable a noté 9 guérisons et 7 morts. Gueniot (3) dans sa thèse de concours, sur 4 femmes dont le bassin avait moins de 6 cent. 1/2, il y eut 1 guérison et 3 morts. Le professeur Pajot (4), sur 7 fem-

(1) Cazeaux. 7<sup>e</sup> édition, p. 650.

(2) Lauth. De l'embryothlasie et en partie de la céphalotripsie, thèse de Strasbourg, 1863.

(3) Gueniot. Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne; thèse de concours, 1866.

(4) Pajot. De la céphalotripsie répétée sans traction, Paris, 1863.

mes dont le bassin avait au plus 6 centimètres, eut 5 guérisons et 2 morts. Rigaud (1), dans sa thèse inaugurale, cite 2 cas qui rentrent dans cette section et dans lesquels il y eut 1 succès et 1 morte.

En résumé, par ce procédé on a obtenu sur 29 femmes dont le bassin avait moins de 6 centimètres 1/2, 16 guérisons et 13 morts.

Voici la statistique de l'hôpital des Cliniques (2) pour les cas où la céphalotripsie a été employée dans des bassins rétrécis ne mesurant pas plus de 6 centimètres 1/2.

13 Femmes à bassin de 6 c. 1/2,	13 enfants morts,	5 femmes mortes,
1 — — 6 c. 2	1 — —	—
3 — — 6 c.	3 — —	2 —
3 — — 5 c. 1/2	3 — —	—
20 — —	20 — —	7 —

Il est vrai d'ajouter que dans plusieurs de ces cas la céphalotripsie a été faite dans des conditions déplorables, que plusieurs de ces femmes étaient en travail depuis longtemps lorsqu'on les a opérées, que si l'on avait pu employer la méthode de M. Pajot, ce qui est possible dans les circonstances que nous supposons puisqu'on est maître du travail en quelque sorte et qu'on peut intervenir lorsqu'on le juge nécessaire, on aurait de meilleurs résultats si l'on en juge par cette proportion de 5 guérisons sur 7 femmes opérées par cette méthode. Mais en définitive, on sacrifie tous les enfants et l'on ne saurait nier que les mères sont exposées à de très-grands dangers, que 2 sur 7 meurent, en prenant la statistique la plus favorable, ce qui fait encore 28,57 pour 100 et cela sans aucune compensation du côté de l'enfant. J'ajouterai en dernier lieu que le bassin peut être tellement

(1) Rigaut. Examen clinique de 396 cas de rétrécissement du bassin ; thèse de Paris, 1870.

(2) Stanesco. *Loc. cit.* 6<sup>e</sup> tableau.

étroit que l'introduction du céphalotribe est impossible, c'est-à-dire : qu'il a moins de 27 mm. dernière limite posée par M. Pajot.

2° *Opération césarienne.* L'opération césarienne, comme le dit M. Dubois (2), est la seule ressource à laquelle il convient de recourir quand, dans un bassin ayant moins de 6 centimètres la femme est arrivée au terme ou près du terme de la gestation et que l'enfant est vivant. En effet, le fœtus ne saurait parcourir les voies naturelles ni sous l'influence des contractions utérines et abdominales, ni à l'aide d'efforts étrangers, ni par l'ampliation artificielle du bassin, ni par le soin de provoquer l'accouchement prématuré, puisque la grossesse a dépassé les limites où cette opération était utilement praticable et que l'on retomberait forcément après cette tentative dans la nécessité de recourir à la céphalotripsie dont nous venons de voir les déplorables résultats. Au surplus telle n'est pas la question que nous avons à résoudre, mais bien celle-ci : Faut-il, dans un bassin aussi rétréci que nous l'avons indiqué, laisser la grossesse qui est encore peu avancée poursuivre son cours jusqu'au terme normal, et s'adresser ensuite à l'opération césarienne dans le double but de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Nous avons déjà vu par ailleurs que cette manière de voir comptait un certain nombre de partisans. En effet, dans la discussion à l'Académie de médecine sur l'avortement provoqué à propos des observations de Cazeaux, P. Dubois et Lenoir, M. Bégin par exemple s'est nettement prononcé contre cette nouvelle méthode, en accordant ses préférences à la gastro-hystérotomie. M. Danyau a été moins explicite

(1) Pajot. Céphalotripsie répétée, p. 7.

(2) Dubois. Thèse de concours, p. 71.

et s'est borné à poser certaines réserves, et tout en se déclarant peu favorable dans le principe à l'opération césarienne il a désiré conserver, le cas échéant, son entière liberté d'appréciation. Mais aussitôt après que cette discussion a été connue d'une façon plus complète, on a pu voir le professeur Stoltz à Strasbourg et le D<sup>r</sup> Villeneuve à Marseille, s'élever ouvertement contre les conclusions du rapport et soutenir de tout leur pouvoir que dans un retrécissement du bassin aussi prononcé que celui dont nous nous occupons, il est du devoir du médecin de laisser la grossesse parcourir sa marche régulière pour faire à terme la gastro-hystérotomie. Ces deux illustres praticiens s'appuient, pour soutenir cette manière de voir, sur ce que les statistiques de l'opération césarienne ont été mal interprétées, cette opération suivant eux, donne des résultats moins défavorables qu'on ne l'a dit. Enfin, ils avancent que nous n'avons pas le droit légalement d'éteindre de notre plein gré la vie du fœtus et que ni la loi morale ni la loi religieuse ne saurait nous donner raison en pareil cas.

Nous avons déjà examiné dans une autre partie de notre travail la question légale, morale et religieuse qui se rattache à l'avortement provoqué, nous n'y reviendrons pas. Nous allons seulement passer rapidement en revue les résultats de l'opération césarienne, les conditions nécessaires à son accomplissement, et nous verrons en dernier lieu, s'il est raisonnable devant de telles hécatombes de repousser l'avortement provoqué.

Un nombre considérable de statistiques ont été publiées et nécessairement beaucoup d'entre elles reproduisent les mêmes faits. Mais comme le fait remarquer Joulin, cela ne change rien à la proportion générale. Voici celles que je trouve dans la thèse de M. Gueniot et dans le traité d'accouchement de Joulin :

Kayser (1) a réuni 338 opérations césariennes sur lesquelles on compte 210 revers et 128 succès.

Murphy (2) sur 56 cas publiés en Angleterre, a trouvé 10 succès et 46 insuccès.

Sur 12 cas publiés en Amérique il a noté 8 succès et 4 insuccès.

Enfin sur 409 cas publiés sur le continent Européen, il trouve 158 succès et 251 revers. Ce qui donne au total 477 opérations comprenant 176 succès et 301 revers.

Hubert de Louvain a rassemblé plusieurs statistiques sous forme de tableau :

	Opérées	Mortes	Guéries	Propor. de la mort.
D'après Baudelocque	73	42	31	57, 53 0/10.
Michaelis	110	62	48	56, 36 —
Velpeau	265	147	118	55, 45 —
Sprengel	106	45	61	42, 45 —
Simonart	720	424	296	58, 88 —
<b>Total</b>	<b>6,274</b>	<b>720</b>	<b>554</b>	<b>88 28</b>

Je citerai encore le tableau suivant publié par Joulin :

	opérés	morts	proportion
Churchill	80	57	71
—	371	154	41 9.
Figuera	790	424	53 6.
West	409	251	61
Constantin	135	55	40 8.

Je citerai pareillement celle de M. Villeneuve, de Marseille, qui est tout particulièrement heureuse : 69 femmes opérées, — 43 guéries, 24 mortes, 2 inconnues.

Mais la statistique qui me paraît de beaucoup plus importante est la suivante, que M. Gueniot a disposé suivant deux tableaux, ordre que je crois devoir conserver.

(1) Kayser de adventu sectionis cæcaræ, 1841.

(2) Quaterly Journal Dublin, 1859, t. 27, p. 108.

	opérés	—	guéris	—	morts
Hœbeke	16	—	11	—	5
Bosch	5	—	4	—	1
Stoltz	6	—	4	—	2
Winkel	15	—	7	—	8
Kilian	7	—	4	—	3
Belli	8	—	3	—	5
Maslieurat					
Lagemard	6	—	6	—	0
Decœne	6	—	5	—	1
Bormey	2	—	1	—	1
Jolly	6	—	2	—	4
	<hr/>		<hr/>		<hr/>
	77		47		30
Simon	23	—	4	—	19
Guillemeau	5	—	0	—	5
Scutin	14	—	0	—	14
Dubois	17	—	0	—	17
Depaul	4	—	0	—	4
Kuncke	6	—	0	—	6
Valotte	2	—	0	—	2
Bouchacourt	5	—	1	—	4
	<hr/>		<hr/>		<hr/>
	79		5		74

« Et maintenant, dit M. Gueniot, que conclure de ces résultats si différents ? Quel est, de ces deux colonnes, celle qu'il convient d'adopter comme exprimant le mieux la proportion des revers et des succès de l'opération césarienne ? Assurément, ni l'une ni l'autre. Mais serait-il plus juste de les confondre et d'additionner leurs chiffres pour en déduire une moyenne ? Pas davantage. Ces deux séries de faits, considérées en elles-mêmes, sont l'une et l'autre également vraies, et considérées sous le rapport des résultats généraux de la gastro-hystérotomie ; elles sont également fausses : la première est trop belle, la seconde est trop sinistre ! »

Il y a cependant un enseignement à tirer de tous ces

chiffres, surtout quand on examine les conditions dans lesquelles se sont trouvées les opératrices. Ainsi Hœbecke opérait à la campagne, Wriskel également, ainsi que Maslieurat-Lagemard. Il en était de même de Jolly et Decœne. Tandis que nous voyons, d'un autre côté, Guillemeau, Depaul, Dubois, Seutin, Simon, Kuneke, Valette et Bouchacourt opérer dans de grandes villes. Et nous pouvons dire avec M. Gueniot : « C'est que l'opération césarienne, bonne à la campagne, est généralement détestable et horriblement dangereuse, lorsqu'elle est faite dans les grands hôpitaux, et surtout dans les conditions mauvaises où se trouvent la plupart des Maternités (1) »

Avant de laisser de côté les statistiques, il me semble bon de faire intervenir un autre élément du problème que M. Gueniot déclare laisser de côté volontairement. Je veux parler de la mortalité des enfants nés d'opération césarienne, d'une part, et de la mortalité des enfants dans les premiers âges de la vie, d'autre part.

Sous le premier point de vue, voici une statistique que j'emprunte encore au livre de Joulin (2).

	Nombre des opérations	Mortalité pour l'enfant	Proportion.
Churchill	266	83	31,2.
West	409	163	30,8.
Kayser	338	86	25,4.
Constantin	37	20	54.
Total	<u>1,050</u>	<u>352</u>	<u>35,5</u>

Ce qui donne juste le tiers des enfants morts aussitôt l'opération et dans les premiers jours.

Au point de vue de la mortalité générale, je ne puis

(1) Gueniot. Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, p. 62.

(2) Joulin. Loc cit. p. 1,093.

mieux faire que de transcrire cette note de Cazeaux (3) : « Il résulte, des recherches de M. Villermé, qu'en France, il est mort à un an les 20 centièmes des individus dans les départements riches, les 22 centièmes dans les départements pauvres ; à quatre ans, les 32 centièmes dans les départements riches, les 33 centièmes dans les départements pauvres ; à six ans, les 38 centièmes dans les premiers et les 42 centièmes dans les seconds ; enfin, à vingt ans, un peu plus dans les départements riches et les 49 centièmes dans les départements pauvres. Et pourtant, dans cette statistique, ne sont pas compris les enfants abandonnés, parmi lesquels, quel que soit le zèle de la charité publique, il en périt à Paris jusqu'à 60 sur 100 dans le cours de la première année.

Les recherches de M. Benoiston, de Châteauneuf, viennent confirmer celles de M. Villermé. »

La conclusion est facile à déduire de ces deux statistiques. De la première, il résulte que, sur 100 enfants extraits par la section césarienne, 33 viennent morts ou meurent dans les premiers jours, et sur les 66 qui restent, la moitié seulement parvient à la majorité, c'est-à-dire à vingt et un ans. Si nous rapprochons ce résultat des statistiques citées plus haut de la mortalité des mères, nous voyons, en prenant pour base de notre calcul, la statistique de M. Hubert de Louvain (1), qui porte sur 127 cas, et qui donne une mortalité de 58,28 pour cent, que le résultat général de l'opération césarienne est de retrancher du nombre des vivants un peu plus de 58 femmes adultes en état de rendre à la société les services qu'on est en droit d'en attendre pour conserver la vie à 33 individus de l'âge de vingt et un ans.

(3) Cazeaux. Traité d'accouch., p. 4,057.

Cela fait donc pour la société une perte réelle de 25 individus pour cent.

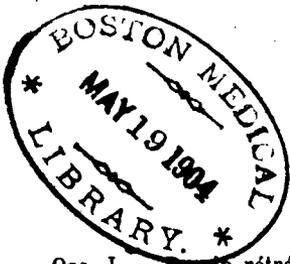
Ayant donné par ailleurs les statistiques de la Clinique pour l'accouchement prématuré artificiel et pour la céphalotripsie, je crois bon d'indiquer que, sur 4 femmes, bassin de 5,5 et 5 centimètres, chez lesquelles on a fait l'opération césarienne, on a eu 4 enfants vivants et 4 femmes mortes.

J'ai dû commencer par établir ces bases générales, mais si nous revenons à la question, si nous examinons d'un peu plus près les formes du problème scientifique qui est posé à la conscience de l'accoucheur, on peut prévoir que les résultats seront moins défavorables que je viens de l'indiquer rapidement.

En effet, dans les statistiques que j'ai publiées, un certain nombre de cas, s'adressent forcément à des femmes en travail depuis longtemps, chez lesquelles l'impéritie d'une sage femme ou d'un médecin, ou même la négligence de la famille a laissé le travail marcher pendant de longues heures, la femme s'épuiser, une rupture utérine se produire dans certains cas ; en un mot la femme se trouve dans des conditions déplorables au moment où se fait l'opération césarienne, et elle meurt, dans certains cas, plutôt de son état antérieur, que de l'opération elle-même. Ces circonstances ont dû se présenter fréquemment, et ont ainsi grossi la liste des insuccès déjà nombreux de l'opération césarienne.

Voici, par exemple, un fait où l'inattention du médecin pour ne pas dire plus, a mis la femme dans des conditions telles, que si l'opération césarienne avait été pratiquée, ainsi qu'il en a été un moment question, les statistiques auraient eu à enregistrer un insuccès de plus, qui ne pouvait être réellement imputable à l'opération elle-même.

(1) Stanesco. Loc cit, 7<sup>e</sup> tableau.  
De Soyre.



Obs. I. — Bassin rétréci de 0 m. 40 cent., présentation du sommet, craniotomie et céphalotripsie ; mort de la femme non accouchée.

R...., âgée de 29 ans, primipare et à terme, entre à la salle d'accouchements de la clinique le 4 avril 1859, à sept heures du matin. Cette femme était chétive et présentait une déformation manifeste du bassin. Le diamètre sacro-sous-pubien ne mesurait pas plus de 4 centimètres à 4 centimètres et demi.

La patiente était restée quatre jours en travail sous la surveillance d'une sage-femme et d'un médecin. Ce dernier, ayant vraisemblablement confondu, selon l'opinion du M. Dulois, le promontoire du sacrum avec la tête de l'enfant, avait prévenu la femme qu'il allait l'accoucher avec les instruments, et s'était livré à plusieurs applications de forceps ; mais la sage-femme persuada à la patiente de se faire porter à l'hôpital. L'enfant étant mort, M. Dubois entreprit à neuf heures et demie, de pratiquer la céphalotripsie. L'introduction du perforateur fut très-laborieux, à cause de la saillie du promontoire et de la lèvre antérieure de l'orifice de l'utérus. La perforation effectuée, M. Dubois appliqua le céphalotribe quatre fois sans succès. A la quatrième fois, des douleurs qui s'étaient déclarées déterminèrent l'opérateur à suspendre toute tentative, afin de voir jusqu'où elles pourraient faire descendre la tête.

A quatre heures du soir, les choses n'ayant fait aucun progrès, tout fut préparé pour faire l'opération césarienne. Mais ici cette opération n'offrait plus son avantage habituel, puisque l'enfant était mort. Aussi M. Dubois se déterminait-il à essayer encore du céphalotribe.

Il appliqua donc de nouveau cet instrument trois fois, mais sans pouvoir réussir à amener la tête.

Alors on délibéra sur le parti à prendre. M. Dubois se décida à l'expectation, alléguant que, si on faisait maintenant l'opération césarienne, la patiente succomberait probablement entre les mains des opérateurs.

La patiente fut donc reportée sur son lit à cinq heures de l'après-midi, sans qu'on lui fit rien de plus que de lui administrer des narcotiques, et elle succomba vers six heures du soir.

*Autopsie.* — Bien que la plus grande partie de la tête fœtale eût été complètement broyée, une portion de la base du crâne était restée intacte, trop large pour être reçue dans le détroit et pour le traverser. Le diamètre de ce détroit, qu'on put alors mesurer avec précision, n'avait pas plus de 4 centimètres: le diagnostic établi pendant la vie avec l'exploration digitale se trouva donc confirmé.

On peut me faire observer : que je ne tiens pas compte de tous les cas malheureux qui n'ont pas été publiés, tandis que, bien certainement, on s'est empressé de mettre au grand jour toutes les observations favorables, et même trop tôt pour quelques-unes, où la mort de la femme n'est survenue qu'un mois, six semaines, deux mois après l'opération, à la suite de suppurations exagérées qui l'ont peu à peu épuisée et définitivement enlevée. Ces accidents consécutifs, si l'on veut, n'en ont pas moins leur point de départ dans l'opération même, et la mort, quoique tardive, n'en doit pas moins être mise à l'actif de la section césarienne.

Je supposerai néanmoins toutes les statistiques bonnes, comprenant la grande majorité des cas où l'opération a été faite, et les réflexions que je viens de faire, ne trouveraient leur emploi que s'il y avait doute sur la valeur de cette méthode, et j'espère avoir démontré que ce n'est pas le cas.

Mais le sujet même que nous avons à traiter nous impose les réflexions suivantes :

Quand l'accoucheur peut hésiter entre l'opération césarienne et l'avortement provoqué, c'est évidemment que la femme se trouve, à ce moment, dans des conditions telles, que cette dernière opération pourrait lui être applicable ; en d'autres termes, c'est que sa grossesse n'a pas atteint le terme de sept mois. Si donc le médecin penche vers l'opération césarienne, en laissant à la grossesse suivre son cours régulier, il y a lieu d'espérer qu'il se mettra, au moment de l'opération, dans les meilleures conditions possibles. Je ne parle pas ici des conditions de milieu, comme le séjour à la campagne. « Il ne faudrait pas croire, dit Cazeaux (1), qu'en envoyant à quelques lieues de Paris les femmes mal conformées qui viennent réclamer nos soins

(1) Cazeaux. Traité d'accouch. 7<sup>e</sup> édition, p. 1,059.

à la fin de la grossesse, on aurait placé ces femmes de la ville dans des conditions aussi favorables que celles où se trouvent les femmes qui ont toujours habité la campagne. La gravité de l'opération est certainement subordonnée à la localité dans laquelle elle est pratiquée, mais elle l'est aussi à l'état de santé de l'opérée ; or, sous ce rapport, on sait qu'il existe une grande différence, entre les femmes des villes et celles qui ont toujours vécu à la campagne. Pour bien faire donc, ce serait plusieurs mois avant le terme de la grossesse qu'il faudrait placer ces malheureuses dans de meilleures conditions hygiéniques (1) « Ce ne sont pas de ces conditions que je veux parler, mais l'accoucheur devra surveiller la femme et l'opérer à un certain moment, c'est-à-dire après le début du travail et avant la rupture des membranes, ou tout au moins peu de temps après cette rupture, s'il arrivait, par exemple, ce qui se voit fréquemment dans les bassins rétrécis, une rupture prématurée de la poche des eaux. Les résultats sont alors tout autres pour les mères et pour les enfants. Pour ces derniers, en effet, la statistique de Kayser (1) nous fournit :

Opération pratiquée avant la rupture des membranes, ou de 1 à 6 heures après	34 enf. sauvés sur 37.
Et l'opération pratiquée de 7 à 24 heures après la rupture de la poche des eaux	25 enf. sauvés sur 32.
Total	<u>59</u> <u>69.</u>

Quant aux mères, d'après Cazeaux, qui emprunte ce résultat à Kayser, on obtiendrait ainsi 20 succès sur 39 cas, quand l'opération s'est faite avant ou six heures au plus après la rupture des membranes, et 14 succès sur 35 cas quand cette opération eut lieu de sept à vingt-quatre heures après la rupture de la poche des eaux, ce qui donne en total 34

(1) Cazeaux. Traité d'accouch., 7<sup>e</sup> édition, p. 1,060,

succès sur 74 cas, ou 36 pour cent environ. Mais le raisonnement que nous avons fait précédemment peut se reproduire ici, et nous verrons encore que l'opération césarienne, faite même dans ces conditions que je suppose les meilleures, ne donne pas de résultats superbes, puisque sur 100 femmes 54 succombent, et sur 100 enfants, il n'en reste que 42 qui parviennent à l'âge de majorité.

Si, maintenant, au lieu de nous adresser à des statistiques éminemment fautives, et celles de Kayser comme les autres, quelque soin que l'auteur ait pris en la dressant, si nous nous reportons à ce qui se passe dans les grands centres de population, comme Paris et Bruxelles, par exemple, nous sommes loin de pareils résultats. Or, nous avons de bonnes raisons pour revenir à ces dernières statistiques, car, pour le point spécial qui nous occupe, c'est en réalité dans les grandes villes que se rencontrent le plus grand nombre de bassins (aussi viciés que nous le supposons, c'est-à-dire au-dessous de 6 à 6 centimètres et demi.

Quoiqu'il soit incontestable qu'on ait obtenu autrefois à Paris des succès pour l'opération césarienne, puisque Lauverjat en cite un certain nombre qu'il a opéré lui-même, qu'on en trouve d'autres exemples dans Deleurye et Millot, on ne saurait nier que depuis le commencement de ce siècle au moins la section césarienne n'a pas donné d'heureux résultats. Or, on ne peut nier l'habileté des opérateurs quand, on cite Dubois, Depaul et Tarnier, et l'on ne peut admettre non plus qu'ils ne se soient les uns et les autres placés dans les meilleures conditions possibles. Quelle est donc la raison qui fait qu'une opération autrefois comparativement heureuse ne laisse plus aujourd'hui à sa suite que des insuccès. M. Villeneuve, qui cite ce fait, n'en cherche pas la cause. A notre sens, cela provient d'abord de ce que l'accouchement prématuré artificiel, qui est si large-

ment admis dans la pratique obstétricale, a enlevé le plus grand nombre des cas où l'opération césarienne était faite et pressentie en quelque sorte à l'avance, et que pour les autres cas, où la décision doit être immédiate, la céphalotripsie est plus souvent employée. Or, le champ étant plus restreint, le nombre des hystérotomies est devenu moindre, et il est plus difficile de noter des succès. En outre les choses vont chaque jour en s'éloignant de plus en plus de l'opération césarienne. On sait en effet combien sont rares les rétrécissements extrêmes du bassin. M. Villeneuve cite à cet égard une statistique de la Clinique d'accouchement de Berlin, où, sur 4124 accouchées, il n'est noté que 67 rétrécissements du bassin, et sur ce nombre, il n'y en a que trois ayant

1 pouce 9 lignes, soit 4 cent. 75.

2 pouces 1/2, soit 5 cent. 85.

2 pouces 1/2, soit 6 cent. 75.

La dernière femme pour laquelle l'opération césarienne a été faite à la Clinique d'accouchement de Paris (1868) avait 5 centimètres 1/2 dans son diamètre le plus rétréci.

La femme pour laquelle M. Tarnier fit l'opération césarienne (en 1870) avait 4 centimètres dans son diamètre sacro pubien.

Si nous ajoutons le cas tout récent pour lequel M. Depaul provoqua l'avortement, et où la femme avait un bassin de 4 cent. 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur, nous aurons les rétrécissements les plus extrêmes qui aient été vus à la Clinique d'accouchement, dans une période d'environ sept ans.

Or, dans les cas d'angustie pelvienne de la maternité de Berlin, chacune de ces femmes, étant arrivée à terme, ferait-on l'opération césarienne ? La chose serait peut-être discutable pour la première, dont le bassin n'a que

4 cent. 75, quoique M. le professeur Pajot soit à cet égard très-explicite et qu'il ait abaissé jusqu'à 27 millimètres l'étendue du bassin, où la méthode de la céphalotripsie répétée sans traction est applicable. Mais pour les deux autres qui ont, l'une 5 cent. 85 et l'autre 6 cent. 75, aucun praticien à Paris, de ceux au moins qui sont à la tête des services publics, n'hésiteraient à pratiquer l'embryotomie, la femme étant à terme et l'enfant même vivant.

C'est qu'en effet les résultats désastreux de l'opération césarienne à Paris depuis le commencement du siècle sont loin d'être encourageants. Or, ces mêmes hommes, qui n'hésiteraient pas devant le sacrifice de l'enfant dans les circonstances que je viens de préciser, reculeront-ils devant l'avortement provoqué, la chose étant soumise à leur appréciation dans les six premiers mois de la grossesse.

3° *Avortement provoqué.* — Après avoir successivement écarté les deux seuls modes de terminaison possibles, avec l'avortement provoqué, dans les cas de bassin rétréci au point d'avoir moins de six centimètres dans le diamètre antéro-postérieur, il semblerait inutile de revenir sur cette question qui est par cela seul résolue, mais j'ai voulu prouver que les conclusions auxquelles je suis arrivé sont non-seulement admises en fait, mais professées par les deux représentants de l'enseignement officiel de Paris.

C'est ainsi que M. le professeur Depaul (1), dans son article *Bassin* du Dictionnaire encyclopédique, n'a pas craint d'exposer nettement son opinion.

« Les questions les plus délicates et les plus difficiles à résoudre se présentent surtout dans les bassins de la troisième division, ceux dans lesquels le diamètre sacro-pubien a au plus six centimètres. Si on laisse la grossesse arriver à terme, il ne restera d'autres ressources que l'opération

césarienne, ce qui équivaut à peu près, au moins dans nos grands centres de population, à la mort de la femme. Si on l'arrête dans sa marche à la fin du septième mois ou dans le courant du huitième, on manque presque à coup sûr le double but qu'on doit se proposer dans la provocation de l'accouchement, car outre que l'enfant périt presque nécessairement pendant les manœuvres qui deviennent nécessaires pour son extraction, la mère, de son côté, court les plus grands dangers, et paie souvent de sa vie une semblable entreprise.

Quelle ressource reste-t-il donc en pareil cas? A mon sens, il n'en est qu'une : faire de bonne heure, quelque douloureux qu'il soit, le sacrifice de l'enfant en provoquant l'avortement dans les premiers mois. Je n'ignore pas qu'une pareille opinion a soulevé de nombreuses contradictions. Je sais qu'elle peut être discutée au point de vue de la morale, de la religion et de la science, et résolue différemment suivant les principes qu'on met en avant. Mais quant à moi, après y avoir longtemps et sérieusement réfléchi, je n'ai pas hésité à faire, dans quelques cas pour les autres, ce que j'aurais voulu qu'on fit pour ma femme et pour mes filles, si elles s'étaient trouvées dans les conditions que j'examine en ce moment. »

C'est ainsi que, mettant en pratique les principes qu'il a si clairement énoncés dans le passage que je viens de citer, M. Depaul n'a pas hésité à provoquer l'avortement chez une femme rachitique qui s'est présentée à l'hôpital des Cliniques le 8 novembre 1874 et dont voici l'observation.

Obs. II. — Retréecissement du bassin, avortement provoqué.

Le 8 novembre 1874, entre à la clinique la nommée B..., femme R..., âgée de 32 ans, couturière. Elle dit être menstruée depuis l'âge de 17 ans et avoir fait au mois de janvier dernier une fausse couche d'environ deux mois et demi. Ses dernières règles dateraient de la fin

de Mai, elle serait donc enceinte d'environ cinq mois. Tout son squelette porte des marques évidentes de rachitisme et le bassin ayant été mesuré donne pour le diamètre sacro-pubien, une étendue d'environ 4 centimètres un quart. M. Depaul se décide alors à provoquer l'avortement. Dans cette circonstance, il se sert du petit appareil de M. Tarnier. L'opération est faite à la visite du matin le 13.

Apparition des premières douleurs le 13, à 3 heures du soir.

Rupture des membranes le 16, à 3 heures et demie du matin; expulsion à 4 heures et demie d'un fœtus du poids de 730 grammes. La femme sort bien portante le 29 novembre.

M. le professeur Pajot, de son côté, n'est pas moins explicite.

M. le D<sup>r</sup> d'Aurelio Finizio, de Naples, écrit le premier la lettre suivante au rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux* :

« Monsieur le Rédacteur,

» En ce moment j'ai dans ma clinique d'accouchements quatre femmes affectées de vices extraordinaires du bassin, dont les diamètres antéro postérieurs sous-pubiens sont de 5 à 7 centimètres. La grossesse d'une de ces femmes est arrivée à six mois, les autres sont de trois à quatre mois.

» Ici à Naples, il y a encore des chirurgiens qui voudraient attendre l'époque ordinaire de l'accouchement pour pratiquer l'opération césarienne. Je suis de l'avis contraire, et je préfère l'avortement obstétrical. Pour éviter toute responsabilité, j'ai annoncé une consultation publique pour discuter le mode de traitement applicable à ces quatre femmes.

» Si vous pouvez en parler à M. Pajot ou à quelque autre praticien éminent, soyez assez bon pour le faire et veuillez me donner son opinion dans votre *Gazette*, le plus tôt possible.

» D<sup>r</sup> FINIZIO. »

En réponse de cette lettre, voici celle de M. Pajot :

« Monsieur le Rédacteur,

» Vous voulez bien me demander mon avis sur la question soulevée par M. Finizio (de Naples). Au dessous de 6 centimètres, l'avor-

lement me paraît la seule opération proposable. Bien peu d'accoucheurs en France aujourd'hui sont d'une opinion différente.

« A terme, avec un rétrécissement au-dessous de 6 centimètres, je pratique la céphalotripsie d'après ma méthode, c'est-à-dire que je commence l'opération dès que l'orifice est assez dilaté. Je répète la céphalotripsie autant qu'il est nécessaire, sans jamais tirer.

« L'expulsion se fait spontanément après la troisième ou quatrième céphalotripsie en général. J'en ai fait cependant jusqu'à onze; la femme a guéri. Quant à l'opération césarienne (*enfance de l'art*), il faut la réserver pour les cas où le céphalotribe ne peut plus passer. Ces rétrécissements-là sont extrêmement rares.

» Laisser aller à terme une grossesse de quatre mois dans un rétrécissement de 5 centimètres me paraît non-seulement une mauvaise chirurgie, mais une mauvaise action.

» Agréez, etc.

PAJOT. »

M. Stolz, professeur à la Faculté de Strasbourg, prit alors part à la discussion et écrivit la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur,

» Je viens de lire dans le numéro de jeudi 24 de votre journal, généralement répandu et justement estimé, une consultation obstétricale que M. le professeur Finizio (de Naples) vous a adressée, et la réponse qu'y a faite M. Pajot, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, actuellement chargé d'un enseignement officiel.

» Les doctrines qui sont professées dans ces deux écrits m'ont tellement étonné, que je ne puis résister au désir de témoigner ma surprise publiquement.

» Comme le plus ancien professeur de Faculté chargé de l'enseignement de l'obstétrique en France, je crois de mon devoir de protester contre de pareilles doctrines, qui recommandent si à la légère le fœticide, dans le but d'épargner à une femme une opération qui compte les succès par centaines, et que M. Pajot se plaint à appeler *une opération de l'enfance de l'art* ! Je proteste surtout contre le dernier alinéa de la réponse de M. Pajot, où il dit que : « laisser aller à terme une grossesse de quatre mois dans un rétrécissement de 5 centimètres, lui paraît non-seulement une mauvaise chirurgie, mais une mauvaise action !! »

» Je veux croire que notre confrère s'avouera qu'il s'est laissé entraîner trop loin en écrivant ces mots. Son jugement téméraire

condamne non-seulement un très-grand nombre de praticiens distingués et consciencieux, mais encore un enseignement réfléchi et basé sur une longue expérience.

» Ce n'est pas la première fois que je m'élève contre une doctrine d'origine anglaise, qu'on a cherché depuis un certain nombre d'années à transporter sur le continent. C'est cette pratique homicide qui porte le cachet de l'enfance de l'art. Et pendant que la réaction se fait en Angleterre, on s'évertue en France à faire accréditer des doctrines surannées.

» En insérant cette lettre, Monsieur le Rédacteur, vous ferez savoir au public médical, tant indigène qu'étranger, que les idées qui ont généralement cours aujourd'hui à Paris, ne sont celles professées et défendues dans d'autres centres d'instruction, ni celles de tous les accoucheurs français.

» Agréez, etc.

STOLZ. »

Voici la réponse de M. Pajot :

« Monsieur le Rédacteur,

» Personne plus que moi n'estime le talent et la personne de M. le professeur Stolz ; je l'ai prouvé cent fois publiquement lorsque, avec mon regrettable collègue Cazeaux, nous vulgarisions, à l'école de Paris les excellents travaux de l'éminent accoucheur de Strasbourg. Mais nous différons si radicalement d'avis sur la question de l'opération césarienne, et à propos de la consultation qu'on me demandait de Naples, sa dernière lettre a été si vive à mon égard qu'il ne m'est pas permis de la laisser sans réponse.

» Voici, sur l'opération césarienne pendant la vie, l'exposé de mes principes :

» Au-dessous de cinq centimètres, à terme, tant que le céphalotribe pourra passer je ne la pratiquerai jamais ; mais je conçois, dans ce cas, qu'on puisse la proposer.

Lorsque la femme vient me trouver au début, je crois de mon devoir de pratiquer l'avortement, et je maintiens l'expression qu'à blâmée M. Stolz ; je me croirais coupable d'une mauvaise action si j'attendais le terme de la grossesse dans le but de pratiquer l'opération césarienne.

» Pour moi, cette opération ne doit jamais être choisie. Quand il n'y a pas d'autre ressource, mieux vaut la faire que de laisser mourir la femme sans secours, on peut au moins sauver l'un des deux individus, et accorder à l'autre plus de chances de survivre qu'en abandonnant la mère et l'enfant.

» Si l'opération césarienne compte les succès par centaines, elle compte les morts par milliers.

» Depuis que l'imprimerie existe, il n'est peut-être pas un seul cas de succès qui n'ait été publié ; on s'empresse moins de faire connaître les morts.

Non, faire choix de l'opération césarienne n'est pas l'enfance de l'art, M. Stolz a raison. Pour moi ce n'est pas de l'art, c'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit.

» Conseiller l'avortement avec des hommes comme MM. P. Dubois, Velpeau, Gazeaux, etc., c'est dit-on recommander le fœticide ; préméditer l'opération césarienne, c'est préparer d'ordinaire un assassinat scientifique et quelquefois un fœticide.

» Le savant professeur de Strasbourg n'y a pas réfléchi, assurément, en m'accusant de condamner des confrères distingués ; je ne me permets jamais de blâmer la conduite d'un collègue dans des cas aussi épineux. Chacun pratique l'art selon sa conscience ; on m'a demandé mon avis, je l'ai donné, cela n'engage personne.

» M. le professeur Stolz me permettra encore de lui représenter, avec toute la déférence que je lui dois, qu'en qualifiant mon jugement de téméraire, il m'a donné le droit de lui dire que son opinion me paraît être d'un autre siècle.

» Dans les pays obscurcis par certaines idées que je n'ai pas à apprécier ici, on trouve bon nombre d'accoucheurs qui partagent l'avis de M. Stolz ; chez nous, centre de toutes les idées avancées, ou en trouve peu ou pas ; Paris n'a jamais été si loin de Rome.

» Je ferai remarquer en terminant, avoir dit dans ma dernière lettre : « Peu d'accoucheurs en France attendraient pour faire l'opération césarienne. » Je n'ai pas dit qu'il n'y en avait point. Je réservais donc la place de M. Stolz et de tous les partisans de cette opération ; dans ma pensée, il était le plus éminent.

» Je finis comme j'ai commencé. Nul plus que moi ne respecte dans le Professeur de Strasbourg l'homme et le savant ; je me tiendrai toujours pour heureux et honoré des conseils de son expérience : mais sur l'avortement provoqué et la section césarienne, nous ne nous entendrons jamais.

» Je n'espère pas plus parvenir à le persuader qu'il ne réussira à me convertir. Nous sommes destinés sur ce sujet à mourir tous deux dans l'impénitence finale.

» Un dernier mot. Depuis plus de vingt ans, en comparant dans mes cours l'avortement et l'hystérotomie, j'ai constamment demandé et je demande encore à mes auditeurs, lequel d'entre eux choisirait l'opération césarienne. Sur plus de *neuf mille* médecins français, étrangers et élèves, je n'en ai encore trouvé qu'un seul qui me

déclarât carrément qu'il optait pour l'opération césarienne. C'était un officier de santé.

» J'ai donc, comme on peut le voir, recueilli un nombre assez important d'adhésions à la doctrine que je soutiens ; j'aurai pour moi tous les pères, toutes les mères, toutes les femmes, et j'aime à le croire quelques maris. J'aurai contre moi M. Stolz, mon plus illustre adversaire, quelques rares accoucheurs français, célibataires, sans enfants pour la plupart et l'intolérance. Enfin pour clore cette longue lettre, M. Stolz veut-il me permettre de lui adresser une question ?

» J'ignore s'il est assez heureux pour avoir des enfants.

» S'il avait une fille avec un bassin de moins de 5 centimètres (il est de ces pauvres disgraciées douées de toutes les qualités du cœur et de l'esprit) attendrait-il le terme de la grossesse pour lui ouvrir le ventre, ou la ferait-il avorter ?

» Veuillez agréer, etc

PAJOT. »

Nous venons de citer deux opinions contradictoires, celle du professeur Pajot, entièrement favorable à l'avortement provoqué, et celle du professeur Stolz, qui lui est contraire.

Allons plus loin. M. Velpeau, dès 1835, et l'on pourrait dire dès 1829, s'était hautement déclaré partisan de l'avortement provoqué. Nous avons, dans un autre chapitre de ce travail, cité les paroles de l'illustre chirurgien, nous n'y reviendrons pas, non plus que sur l'adhésion qu'avait donnée à cette méthode le professeur Dubois, en 1843, et qu'il ne tardait pas à mettre en pratique en 1847. Cazeaux suivit les enseignements de son maître, et adopta sans restriction la méthode de l'avortement provoqué. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici les trois observations qui ont donné lieu à cette remarquable discussion, à l'Académie de médecine, en 1852.

Obs. III. — Le 16 septembre 1842, le professeur Dubois provoquait l'avortement chez une nommée Thomie, âgée de 46 ans, et qui présentait un rétrécissement extrême du bassin.

L'expulsion du fœtus, âgé de 3 mois  $1/2$ , ne s'accompagna d'aucun

accident. Les suites de couches furent simples, et la femme sortait de la Clinique le 3 octobre de la même année (1).

Obs. IV. — En juin 1846, M. Cazeaux, chargé du service d'accouchements, pratiqua l'avortement chez une nommée Julie Gros, dont le bassin était extrêmement rétréci. Le bassin offrait à peine 5 centimètres d'étendue dans son plus petit diamètre. L'avortement et les suites de couches ne présentèrent rien de particulier (2).

Obs. V. — Le 14 novembre 1847, la nommée Julie Gros, âgée de 30 ans, entra de nouveau à la Clinique d'accouchements, enceinte pour la deuxième fois. Les dernières règles avaient paru du 10 au 14 septembre et elle ne s'était pas exposée à devenir enceinte avant le 20. Examinée le 26 novembre, l'utérus, développé et refoulé en haut par la symphyse du pubis, dépassait l'ombilic d'un travers de main; la malade paraissait donc parvenue à la fin du deuxième mois de sa grossesse.

M. Dubois mesura le bassin et constata un rétrécissement de 0 m. 055; en déduisant 10 mill. à cause de l'obliquité de la symphyse, il ne restait que 0 m. 0,45 pour diamètre sacro-pubien, c'est-à-dire un rétrécissement tel, qu'il n'aurait pas permis le passage du fœtus à terme même mutilé. Il restait donc à choisir entre l'opération césarienne et l'avortement provoqué, et fidèle aux doctrines qu'il avait émises plusieurs fois dans son amphithéâtre, M. Dubois se décida pour la dernière opération. Il voulut d'abord essayer de tuer le fœtus au moyen de l'électricité, comptant bien que la matrice se chargerait de l'expulsion, quand une fois il serait privé de vie; mais deux applications ayant eu lieu sans succès à un assez long intervalle, et la malade ne se prêtant d'ailleurs que très-difficilement à ces expériences, M. Dubois dut avoir recours à un autre moyen, le décollement des membranes au moyen d'une sonde de gros calibre. Introduit entre l'œuf et les parois de l'utérus, cet instrument amena une perte qui fut bientôt suivie de contractions utérines et l'avortement eut lieu dans la journée même, vers le troisième mois et demi de la grossesse. Sauf quelques douleurs abdominales survenues quelques jours après l'opération et qui firent craindre le développement d'une phlegmasie grave, les suites de couches furent assez heureuses et la malade sortit une quinzaine de jours après sa délivrance et en bon état.

(1) Il m'a été impossible de retrouver cette observation, le bulletin clinique étant égaré.

(2) Julie Gros fait le sujet des deux observations suivantes. L'exposé de l'observation de M. Cazeaux est également égaré.

Obs. VI. — Avortement provoqué pour la troisième fois avec succès sur une femme dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait pas plus de 50 millimètres.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, de très-petite stature (1 mètre 2 cent.), dont la taille est fortement déviée à droite et en arrière, et les membres inférieurs déformés. Cette femme est enceinte et vient réclamer les secours de l'art pour être délivrée. Déjà, en 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à la Clinique, où l'on crut devoir, à l'époque de trois mois et demi de gestation, provoquer l'avortement en introduisant une éponge préparée dans le col de la matrice, et en secondant les contractions par le seigle ergoté. A une seconde grossesse, qui eut lieu un an plus tard, elle entra de nouveau à la Clinique, où on lui pratiqua la même opération, mais par un procédé différent. Ce nouvel avortement, pratiqué aussi à quatre mois de gestation, fut également suivi de succès.

Tels étaient les commémoratifs ; voici l'état actuel :

La grossesse était manifeste. Au toucher, on trouvait le col très-élevé, mais légèrement entr'ouvert et un peu mou. Le fond de l'organe s'élevait et se sentait au niveau de l'ombilic, l'utérus n'ayant pu se développer qu'en se plaçant au-dessus du détroit supérieur, et la ligne blanche étant très-courte, le bassin offrait les principaux caractères qui distinguent les bassins viciés par le rachitisme : rétrécissement du détroit supérieur par rapprochement des parois antérieure et postérieure, élargissement relatif du détroit inférieur, écartement des ischions, etc. Il résultait des dispositions vicieuses du bassin que l'aire du détroit supérieur et de la moitié supérieure de la filière du bassin doit être surtout rétrécie dans la direction du diamètre droit à ces deux parties. La mensuration donnait, pour le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, approximativement et avec déduction, 50 millimètres ; pour le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur, 83 millimètres, et pour le diamètre droit de l'excavation, mesuré du point le plus saillant de la convexité du sacrum au-dessous de la symphyse des pubis, 60 millimètres. Ces mesures étaient plus que suffisantes pour montrer qu'un accouchement, même prématuré, ne pourrait jamais se faire par les voies naturelles, et qu'une opération devenait indispensable. On n'avait à choisir qu'entre l'opération césarienne, qu'on pouvait reculer jusqu'au terme de la grossesse, et l'avortement provoqué, qu'il fallait exécuter le plus tôt possible.

Entre ces deux opérations, M. Lenoir n'hésita pas et se détermina à conseiller celle qui avait si bien réussi déjà deux fois, mais non

sans avoir pris l'avis de quelques-uns de ses confrères, dont la haute position scientifique put lui prêter l'avis moral qu'exigeait une détermination si délicate dans les circonstances particulières où il se trouvait placé.

L'opération décidée, la femme fut placée sur un lit élevé, les cuisses écartées et relevées sur l'abdomen. L'opérateur introduisit le doigt indicateur gauche jusqu'au col utérin, et sur ce doigt, il dirigea l'extrémité d'une pince à trois branches légèrement courbe. Les branches de l'instrument ayant été écartées doucement, et le col utérin pouvant recevoir l'extrémité du doigt dans sa cavité, il conflat l'instrument ouvert à un aide et introduisit, à la place de son doigt, un morceau d'éponge préparée, taillée en cône, et solidement fixée sur une canule de gomme élastique. Celle-ci fut fixée par son extrémité inférieure sur les chefs d'un bandage en T, et l'opérée fut portée ans son lit.

Le lendemain, une nouvelle éponge, plus volumineuse qu'à la première, fut placée avec facilité dans la cavité du col dilatée.

Le surlendemain, le travail commença, et fut terminé dans la soirée par l'expulsion d'un enfant long d'environ 180 millimètres, et la délivrance s'effectua d'elle-même une heure après. Les suites de cette opération furent encore plus simples que celles des deux opérations précédentes (1).

La discussion qui suivit, en 1852, le rapport de Cazeaux permit à Chailly de se déclarer favorable à l'avortement provoqué. M. Jacquemier, en 1846, dans son manuel d'accouchement, approuve les principes émis par M. Dubois, les accepte pour sa part, et en 1867, il les accentue de nouveau (2), M. Tarnier, qui a revu l'ouvrage de Cazeaux, et qu'il a enrichi de notes si importantes, accepte les conclusions que Cazeaux avait déjà posées dans les premières éditions de son livre.

Mais, dès 1853, M. Villeneuve, de Marseille, dans un mémoire que nous avons déjà eu si souvent l'occasion de citer, repousse l'avortement provoqué, comme immoral

(1) Lenoir. Acad. de méd., 9 décembre 185. Union médicale, 11 décembre 1851.

(2) Dictionnaire Encyclopéd. art. avort. provoqué, t. VII, p. 577,

illégal et contraire aux véritables intérêts scientifiques. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de ce plaidoyer, en faveur de l'opération césarienne. Enfin, M. Garimond, agrégé de l'école de Montpellier, et probablement l'interprète des opinions de ses maîtres, repousse l'avortement provoqué et conclut en faveur de l'opération césarienne.

En résumé, nous voyons que l'école de Paris, représentée par P. Dubois, Velpeau, Chailly, Depaul, Pajot, Jacquemier, Tarnier adoptent sans restriction l'avortement provoqué dans les bassins ayant moins de 6 centimètres d'ouverture, tandis que l'école de Strasbourg, représentée par Stolz et ses élèves (1), l'école de Montpellier, et M. Ville-neuve de Marseille, considérant qu'en province, les succès de l'opération césarienne ne sont pas absolument rares, repoussent l'avortement provoqué et se déclarent en faveur de la première opération.

Je n'ai donc nulle crainte, après de telles autorités, à conclure à la nécessité de l'avortement provoqué dans les cas d'angustie pelvienne exagérée. J'ajoute, de plus, que je ne crois pas cette pratique nécessaire seulement à Paris, mais encore en province, parce que je pense, avec M. Jacquemier, que les statistiques des opérations césariennes faites en province, ne contiennent pas la généralité des faits et que ce ne sont certes pas les succès qui sont restés inédits. « Sans aucun doute, on a moins de répugnance à faire l'opération dans certaines conditions que dans d'autres, mais sa gravité est partout telle, qu'il semble difficile qu'un médecin, dégagé des craintes que soulève le mot avortement, puisse hésiter quand il a le choix » (1).

Avant d'abandonner complètement ce sujet, il me reste un dernier point à examiner, à savoir. Dans un bassin ayant

(1) Voir Nægele et Grenser. *Traité d'accouch*, p. 491.

(2) Jacquemier. *dict. Encyclop.* t. VII, p. 576.

De Soyre.

moins de 6 centimètres dans son diamètre le plus rétréci, l'avortement provoqué est-il toujours possible, et jusqu'à quelle époque? Je m'explique. Supposons une femme dont le bassin n'ait que 3 centimètres, par exemple, peut-on encore la faire avorter à 6 mois et demi.

Pour résoudre cette question, il faudrait connaître les mesures exactes de la tête fœtale dans les premiers mois de la grossesse. Mais c'est là un point que je n'ai trouvé étudié nulle part, j'ai tâché de combler en partie cette lacune

*Dimensions des enfants avant le septième mois de la grossesse.*

Terme (mois).	3 1/2		3
Poids (gram.).	130		100
Longueur (cent.).	24		17
Occip. front. (id.).	6		4
Bipariétal (id.).	4		3 1/2
Terme (mois).	4	4	4 et 8 jours.
Poids (gram.).	195	110	300
Long. (cent.).	20	17	22
Occip. front. (id.).	5	4 1/2	5
Bipariétal (id.).	5	3 1/2	5
Terme (mois).	4 1/2	4 1/2	4 1/2
Poids (gram.).	430	430	400
Long. (cent.).	27	26	25
Occip. front. (id.).	7	6 1/2	6 1/2
Bipariétal (id.).	6	5 1/2	6 1/4
Terme (mois).	5	5	5 et 8 jours.
Poids (gram.).	570	540	600
Long. (cent.).	30	31	33
Occip. front. (id.).	7	7	7 1/2
Bipariétal (id.).	6	6	6 1/2
Terme (mois).	5 1/2		5 1/2
Poids (gram.).	550		670
Long. (cent.).	28		31
Occip. front. (id.).	6 1/2		7
Bipariétal (id.).	6 1/2		6

Terme (mois).	6	6	6	6	6
Poids (gram.).	870	1000	1100	1020	1250
Long. (cent.).	33	35	33	34	38
Occ. front. (id.).	8	9	8	8 1/2	9
Bipariétal (id.).	7	7	7	7 1/2	7

Terme (mois).	6	6	6	6 1/2
Poids (gram.).	1250	1300	1240	1330
Long. (cent.).	37	36	38	40
Occ. front. (id.).	9 1/2	9	10	9 1/2
Bipariétal (id.).	8	7 3/4	7 1/2	7 1/2

Ce qui fait en moyenne :

Terme (mois).	3	3 1/2	4	4 1/4	4 1/2	5	5 1/4
Poids (gram.).	100	230	152	300	420	535	600
Long. (cent.).	17	24	18 1/2	22	26	30 5	33
Occ. front. (id.).	4	6	4 3/4	5	6 2/3	7	7 1/2
Bipariétal (id.).	3 1/2	4	4 1/2	5	6	6	6 1/2

Terme (mois).	5 1/2	6	6 1/2
Poids (gram.).	610	1128	1330
Long. (cent.).	30	35 5	40
Occ. front. (id.).	6 3/4	9	9 1/2
Bipariétal (id.).	6 1/4	7 1/3	7 1/2

Maintenant, pour résoudre la question que j'ai posée plus haut, je diviserai cette dernière section des bassins rétrécis en deux classes, la première comprenant tous les bassins qui mesurent 6 cent. au plus, jusqu'à 4 cent. dans le diamètre sacro-pubien. La seconde, tous les bassins ayant 4 cent. et au-dessous, dans ce même diamètre.

D'après les mesures que nous avons données ci-dessus de la tête fœtale, jusqu'à 7 mois, et en tenant compte de la réduction que cette tête peut éprouver dans son volume par le fait des contractions utérines qui la poussent vers la partie rétrécie, où elle se trouve alors comprimée latéralement, on voit que l'avortement provoqué sera toujours possible pour les bassins de la première catégorie, même si la grossesse était parvenue au terme de 6 mois et demi

En serait-il de même pour le bassin de la seconde section ? Je ne le pense pas, et quelle que soit l'étendue de la réductibilité de la tête fœtale avant le 7<sup>e</sup> mois de vie intra-utérine, il semble difficile de faire passer une tête ayant 6 cent. ou 6 cent. et demi, dans un bassin qui ne laisse que 2 cent et demi d'ouverture d'avant en arrière. Je sais bien que la tête du fœtus, à cette période de son existence, peut s'aplatir considérablement en s'allongeant de haut en bas et en s'écartant latéralement. Je sais aussi que dans tous les bassins rachitiques, le diamètre transverse, quoique fortement diminué, n'est pas rétréci autant que le diamètre antéro-postérieur, comparativement. En un mot, si l'on regarde les bassins rachitiques de haut en bas, l'espace libre entre la moitié postérieure du détroit abdominal et la moitié antérieure figure assez bien la forme d'un croissant dont les extrémités seraient arrondies et dont la concavité répondrait en arrière à la saillie du promontoire. De telles sorte que la tête s'aplatissant latéralement comme je l'ai dit, peut trouver sur les côtés la place qui lui manque en avant et en arrière et s'étaler comme un gâteau à gauche et à droite. Malgré cela, je crois qu'il ne faut guère demander à la tête fœtale une diminution de plus de 2 cent. dans son diamètre bipariétal que nous supposons coïncider avec le diamètre sacro-pubien. De là, il résulte que dans un bassin mesurant 4 cent., l'avortement pourra être provoqué jusqu'à 6 mois. Que si le bassin n'a que 3 cent., l'avortement pourra être provoqué jusqu'à 5 mois. Enfin, si le bassin n'a que 2 cent. et demi, l'avortement ne pourra être tenté que jusqu'à 4 mois et demi ou 5 mois. Car, plus le fœtus est jeune, plus la réductibilité du crâne est grande. Au-dessous de 2 cent. et demi ou 2 cent. au minimum, l'avortement n'est plus possible, car cette étendue est nécessaire pour le passage du doigt de l'opérateur et l'instrument avec lequel

l'avortement doit être provoqué, fut-ce une simple sonde en gomme élastique, ou l'appareil de M. Tarnier (1). Au-dessous donc de ce chiffre, il ne reste qu'une ressource, l'opération césarienne, quels qu'en soient d'ailleurs les mauvais résultats, puisque pas plus à deux mois qu'à 4, à 8 ou à terme, l'introduction des instruments et leur manœuvre n'est plus possible.

Heureusement que dans la pratique, les choses n'en arrivent presque jamais à ce point. En effet, parmi les rétrécissements extrêmes des bassins rachitiques, on n'en pas a trouvé jusqu'à ce jour dépassant certaines limites. Je ne puis mieux faire à cet égard que de reproduire les deux cas suivants :

Nœgelé (2), dans son mémoire sur les principaux vices de conformation du bassin, donne les mesures suivantes du bassin d'une femme chez laquelle on fit l'opération césarienne au terme de la grossesse. Le professeur d'Heidelberg considère que c'est là le bassin rachitique le plus étroit qui ait été observé.

(1) Dans des bassins aussi rétrécis que je viens de le dire, on peut se demander où se trouve l'utérus à l'état de vacuité, s'il est dans l'excavation ou bien au-dessus du détroit supérieur rétréci. En effet, en acceptant les mensurations de M. Sappey, l'utérus à 22 mill. d'épaisseur, or si après l'imprégnation, la grossesse se développe l'utérus étant dans l'excavation, il faudra ou bien que cet organe passe dès le 1<sup>er</sup> mois au-dessus du détroit supérieur ou bien alors il ne pourra plus franchir à cause de son volume ce rétrécissement. Dans ce second cas l'avortement se fera spontanément par suite de cette impossibilité de développement ou bien sera requis à cause des symptômes graves que présentera la femme, analogues à ceux que nous rencontrerons dans les cas de retroversion de l'utérus gravide. Dans le 1<sup>er</sup> cas il faut que l'espace entre la symphyse pubienne et le promontoire soit, comme je l'ai dit plus haut, suffisant pour laisser passer le doigt et l'instrument.

(2) Nœgelé. Des principaux vices de conf. du bassin, tr. Danyau, p. 113.

Détroit supérieur.

Du corps du pubis droit au bord antérieur de la surface articulaire inférieure de la quatrième vertèbre lombaire (deux points qui se trouvent sur la même ligne horizontale 5 lignes ou 11 millim., 2.

Même distance de l'autre côté, 6 — 12 17 — 6.

Du bord supérieur de la symphyse du pubis au corps de l'avant dernière vertèbre lombaire (ces deux points se trouvent sur le même niveau), 4 pouce 1 ligne ou 29 mil. 2.

Distances des branches horizontales des deux pubis, prises à peu près au niveau des points d'union avec le corps 1 — 7 — 42—

Détroit inférieur.

D'une tubérosité sciatique à l'autre 1 — 5 112 39 — 3.

Ecartement le plus considérable des branches ascendantes des deux ischions pris du point où elles se recourbent un peu en dehors 1 — 1 29 — 2.

Si nous cherchons à nous représenter quelle peut être l'espace libre pour arriver à l'utérus dans un tel bassin, on voit que le vagin, supposé accolé contre les surfaces osseuses, ce qui n'est pas difficile vu leur proximité, représente un cylindre, dont le diamètre aurait environ 29 millimètres.

M. le professeur Pajot (1), de son côté a donné les mesures d'un bassin rachitique extrêmement rétréci, provenant d'une femme chez laquelle la céphalotripsie avait été tentée sans succès. Voici la description de ce bassin :

Le sacrum est enfoncé entre les os iliaques et proémine en avant de façon que le promontoire est au niveau de la ligne transversale qui réunit les deux éminences iléopectinées. La gouttière sacrée est extrêmement profonde.

(1) Pajot. De la Céphalotripsie répétée sans tractions, p. 23.

L'épine iliaque postéro-inférieure déborde en arrière de 6 cent., le point de renvoi des parties latérales de la deuxième avec la troisième vertèbre sacrée.

Le rétrécissement est sensiblement plus considérable à droite :

Diamètre antéro-postérieur	36 millimètres.
De la partie gauche du promontoire au milieu de la branche horizontale du pubis gauche	40 —
De la partie gauche du promontoire au milieu de la branche horizontale du pubis gauche	33 —
Diamètre transverse du grand bassin	29 centimètres.
Coccy-pubien	10 —

Dans ce bassin on voit que si l'espace libre d'avant en arrière n'est que de 36 millimètres, il reste de chaque côté suffisamment de place entre le promontoire et les branches horizontales des pubis pour qu'il en soit tenu compte. Tandis que dans le bassin de Nægele, cet espace n'était que de 11 millimètres, d'un côté et de 17 de l'autre, plus de la moitié moindre que dans celui de M. Pajot. Enfin, pour se servir d'une comparaison plus frappante, dans le bassin de Nægele, on pouvait faire passer de champ une pièce de 2 francs. Dans celui de M. Pajot presque une pièce de 5 francs.

Nos recherches ne nous ayant pas fait découvrir des bassins rachitiques plus rétrécis que ces deux là, nous sommes conduits à penser qu'ils représentent jusqu'à ce jour des exemples des rétrécissements les plus extrêmes du bassin. Nous pouvons donc nous demander si dans ces deux cas l'avortement provoqué était possible et jusqu'à quel terme.

D'après ce que nous avons dit précédemment, il résulte que, pour le premier bassin, celui de Nægele, la limite extrême me paraît être quatre mois et demi à cinq mois, et

pour le second, celui de M. Pajot, cinq mois à cinq mois et demi. J'ajouterai que pour ce dernier on aurait pu espérer un meilleur résultat que dans le premier, non pas tant à cause de la plus grande étendue du bassin d'avant en arrière, que de la plus grande distance qui existait latéralement entre le promontoire et les branches horizontales des pubis. Dans ce second cas la tête pouvait s'aplatir, s'étaler, trouvant de la place à gauche et à droite. Dans le premier cas, il lui fallait s'allonger de haut en bas.

Est-il nécessaire d'ajouter que dans un cas comme celui de M. Pajot, si l'on se décidait à pratiquer l'avortement et que le terme indiqué pour cette opération fût un peu dépassé, on pourrait encore recourir à cette opération et l'on aiderait l'expulsion du fœtus par l'ouverture de la boîte crânienne. Sous l'influence des pressions de toutes sortes qui s'appliquent sur la tête, la masse cérébrale s'écoulant, permettrait un plus facile aplatissement de cette partie. Mais dans tous les cas, l'avortement, même avec cette opération, ne saurait être tenté dans le cas qui nous occupe (bassin de 36 mm.) après six mois.

Obs. VII. — Rétrécissement du bassin, avortement provoqué, par M. Pajot (1).

Le 12 mars 1860, la femme X... était amenée à la clinique après avoir subi chez elle de nombreuses tentatives d'accouchement. M. Pajot remplaçait alors M. Dubois. La femme était très-petite, très-contre-faite, elle avait été rachitique et tout annonçait chez elle un bassin rétréci. En effet, M. Pajot s'assura que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesurait que 5 centimètres d'étendue.

L'enfant était mort, et dans tous les cas M. Pajot, peu soucieux de tenter une opération césarienne qui ne réussit plus à Paris, se décida pour la céphalotripsie, et ce fut l'un des cas où il appliqua sa méthode de céphalotripsie répétée sans tractions.

Cette femme se rétablit parfaitement, il ne resta qu'une fistule vé-sico-vaginale qui fut plus tard opérée avec succès par M. Nélaton.

(1) Gazette des hôpitaux, 1862, p. 9.

M. Pajot avait expressément recommandé à cette femme, au cas où elle redeviendrait enceinte de nouveau, de venir trouver un accoucheur dès que sa grossesse ne serait plus douteuse, mais au plus tard à quatre ou cinq mois.

Malheureusement cette femme ne tint pas compte de cette recommandation et ne se représenta de nouveau à la clinique qu'étant enceinte de six mois et demi. M. Pajot, cependant, n'hésita pas à provoquer l'avortement, ce qu'il fit à l'aide d'un nouvel appareil que M. Tarnier venait d'imaginer. Cette opération fut tentée le samedi 21 décembre 1861. Dans la matinée du 22, le travail se déclara et l'on put bientôt reconnaître une présentation de l'épaule. C'était là une complication qui pouvait devenir grave, aussi M. Pajot pensa qu'il fallait intervenir. Mais on reconnut bien vite qu'une main, si petite qu'elle fut, ne pourrait jamais entrer dans l'utérus, et la version était impossible. Après diverses tentatives de réduction du bras et de version par manœuvres externes qui n'amènèrent aucun résultat, M. Pajot prit le parti d'appliquer le céphalotribe sur l'épaule.

L'opération fut renouvelée trois fois successivement, puis on attendit. A trois heures de l'après-midi, le bras fut désarticulé et l'on attendit encore, enfin, le soir le fœtus avait tourné, l'extrémité pelvienne était dégagée à la vulve, l'enlèvement du bras n'avait pas été inutile. Le tronc fut enveloppé d'un linge destiné à empêcher le glissement; on tira, et la tête sortit beaucoup plus facilement qu'on ne l'avait pensé.

La délivrance se fit rapidement, et dès le soir même M. Pajot faisait, comme la première fois, transporter la malade chez elle pour la soustraire aux émanations trop souvent funestes de l'hôpital.

Je n'ai pas à parler du passage du tronc de l'enfant à travers le bassin rétréci. Cette partie est tellement réductible, que partout où la tête passera, même en s'aplatissant, le corps de l'enfant n'éprouvera pas de difficultés pour suivre. Du reste, pour prouver cette grande facilité de diminution de volume du tronc, poussé par des contractions utérines et comprimé par les surfaces osseuses d'un bassin rétréci, je ne puis mieux faire que de reproduire cette observation.

Obs. VIII. — Bassin rétréci de 0<sup>m</sup>, 055, présentation du siège, détroncation céphalotripsie; guérison de la mère. (1).

G...., âgée de 24 ans, d'une constitution faible, entra à l'hôpital de la Clinique le 17 février 1859, au terme de sa seconde grossesse.

Le premier accouchement a été terminé à la Clinique le 24 décembre 1857, par M. Dubois, à l'aide de la céphalotripsie, l'enfant était à terme

Elle ressentit les premières douleurs le 17 février 1859, à quatre heures du matin. Les membranes se rompirent spontanément chez elle le même jour vers midi, et elle se mit immédiatement en route pour venir à la Clinique. Chemin faisant, le cordon ombilical glissa hors des parties génitales, et à l'arrivée à la salle des accouchements il offrait encore des pulsations évidentes. La partie que l'enfant présentait était fort élevée, et l'on pouvait avoir quelque hésitation pour en faire le diagnostic ; mais, quelques instants plus tard, un pied franchit l'orifice utérin, et la présence de l'extrémité pelvienne ne fut plus douteuse. L'étroitesse du détroit abdominal ne permettant pas d'espérer un accouchement spontané, ni même, avec un peu d'aide, la naissance d'un enfant vivant, M. Dubois attendit que les contractions utérines eussent poussé le tronc à travers la filière du bassin pour agir ensuite sur la tête. L'expulsion du tronc fut complète vers quatre heures et demie du soir, le même jour 17 février ; mais, après le dégagement des épaules, la tête s'arrêta au détroit abdominal. Il fallut opérer la détroncation, et ensuite appliquer sur la tête restée dans l'utérus et au-dessus du détroit supérieur le céphalotribe qui en diminua le volume en l'écrasant. L'application de l'instrument fut difficile à cause de la mobilité de la tête et de l'étroitesse du bassin ; mais une fois qu'elle fut bien prise et écrasée, elle fut entraînée sans trop de difficultés. L'accouchement se termina à six heures trois quarts, le travail ayant duré quinze heures. L'enfant pesait 2,650 grammes, sans cerveau.

Pendant tout le temps de l'opération, la malade fut soumise à des inhalations de chloroforme ; mais on eut quelque peine à la rendre insensible, et l'ébriété fut de longue durée.

Elle sortit de l'hôpital, le 13 mars, complètement rétabli.

Quoique je n'aie pas à m'occuper du manuel opératoire, je crois cependant devoir dire quelques mots de l'époque à

(1) Jones. Considérat. pratiques, dans les cas de retrécissement du bassin, p. 63.

laquelle l'avortement devra être pratiqué, lorsque l'accoucheur aura devant lui un certain espace de temps. Quand par exemple une femme ayant un bassin de cinq centimètres, viendra le trouver étant enceinte d'environ trois mois. On devra se rappeler que dans les cas d'avortement spontané, les choses se passent presque toujours sans accident, quand l'expulsion du produit de la conception a lieu dans les deux premiers mois de la grossesse. De même l'avortement des cinquième et sixième mois se passe également sans faire courir à la femme de grands dangers. Il n'en est plus de même de l'expulsion du produit pendant le troisième et le quatrième mois, l'étendue des connexions de l'œuf avec la matrice, la faiblesse en général des contractions, les hémorrhagies fréquentes qui ont eu lieu dans ces circonstances, la rétention prolongée du placenta et du fœtus ou d'une partie d'entre elles, pouvant se putréfier, sont autant de circonstances qui rendent l'avortement relativement grave à cette période. Il en résulte que l'on fera bien, lorsqu'on en aura la latitude, de provoquer l'avortement dès le début de la grossesse ou, au contraire, après le quatrième mois. Il est bon d'ajouter cependant que très-rarement, les femmes, même celles qui se savent dans des conditions à ne pouvoir accoucher facilement, se présentent, pour demander conseil, avant que deux ou trois époques menstruelles n'aient manqué, de telle sorte que l'accoucheur, dans le plus grand nombre des cas, ne sera pas appelé à pratiquer l'avortement avant le troisième mois.

Enfin on devra toujours se reporter à la mensuration du bassin, et, en tenant compte des particularités que je viens de signaler comme inhérentes à l'avortement des différents termes, choisir le moment le plus favorable.

Quant aux moyens à employer, je n'ai pas à les décrire,

mais en lisant les observations annexées à ce travail, on verra, dans bien des cas, quels sont les procédés les plus généralement adoptés.

Je joins encore aux observations que j'ai citées plus haut les deux suivantes, qui me paraissent intéressantes.

Obs. IX. — Avortement provoqué à 5 mois de grossesse, par M. Devilliers, chez une femme rachitique dont le bassin présente une conformation particulière et rare (1).

Appelé par le docteur Mézières et Boys de Loury, pour examiner une femme qui présentait un vice de conformation du bassin, de nature à rendre l'accouchement à terme impossible, je vis une naine qui ne mesurait qu'un mètre deux centimètres de hauteur et présentait tous les caractères du rachitisme le plus prononcé. Sa colonne vertébrale offrait deux courbures en sens opposés, l'une supérieure à concavité antérieure et gauche, l'autre inférieure à concavité postérieure et droite. Les extrémités inférieures, fémurs et tibias, étaient incurvées aussi en deux sens opposés, de manière à représenter exactement la forme de la lettre X. Mais, ce que la fille Louise M... présentait surtout de remarquable, c'était la conformation du bassin, lequel paraissait extrêmement petit, même relativement à la petite taille de la femme. Les pubis n'offrent qu'une saillie modérée, les hanches sont très-peu saillantes, la droite surtout, qui est complètement effacée et déprimée dans toute sa moitié postérieure. L'examen interne fait constater l'existence d'un rétrécissement considérable du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation, rétrécissement plus prononcé dans le sens du diamètre bisiliaque par suite d'une saillie osseuse que l'on rencontre sur la paroi latérale gauche du bassin, et qu'un examen attentif permet de reconnaître pour être l'angle sacro-vertébral et la partie supérieure du sacrum. Ici, en effet, les dernières vertèbres lombaires et les premières pièces du sacrum ont subi une torsion de gauche à droite sur leur axe et en même temps une forte incurvation en avant. Cette déformation singulière donne à l'ensemble du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation la forme d'un croissant, dont le milieu de l'axe rentrant, correspondant à l'angle sacro-vertébral, regarde la cavité cotyloïde droite, tandis que la pointe droite du croissant se prolongerait en arrière, la pointe gauche restant sur un plan plus antérieur à gauche de la femme. On dirait enfin, que si l'on suppose

(1) Gaz. des hôp., 1865.

les os du bassin ramollis et les deux os pubis et l'os iliaque gauche maintenus dans leur situation normale, une pression a été exercée, d'une part sur l'os et surtout sur la crête iliaque droite, en même temps qu'une torsion de gauche à droite et d'arrière en avant a été imprimée aux parties inférieures de la colonne lombaire et supérieures de l'os sacrum. Il est résulté de cette viciation du bassin un rétrécissement considérable qui a porté à 43 millimètres le diamètre, s'étendant du milieu de la saillie vertébrale, à un point correspondant à l'éminence iléopectinée droite ; les autres diamètres, pris de cette saillie aux différents points du détroit supérieur, n'offrant que de 40 à 35 et 25 millimètres d'étendue. Les mesures internes ont été prises avec le doigt et avec l'intropelvimètre bilatéral que j'ai représenté il y a plusieurs années à l'Académie. Quant au détroit inférieur de ce bassin, il ne présente pas de rétrécissements à noter ; mais les mesures des diamètres, prises à l'extérieur, indiquent une diminution considérable, dans tous les sens, lorsqu'on les compare à celles des bassins normaux. Dans des conditions semblables de rétrécissement du bassin, le parti à prendre ne pouvait être douteux : l'avortement provoqué. La fille Louise M... se trouvait au terme de cinq mois environ. Pour provoquer le travail, j'eus recours à la dilatation au moyen d'un appareil analogue à celui de M. Tarnier, que je n'avais pas sous la main et que je construisis ex-temporément à l'aide d'une petite vessie en caoutchouc, attachée à l'extrémité d'une sonde en gomme et qui fut dilatée graduellement avec de l'eau tiède et à un degré déterminé par l'échelle marquée sur la tige de la seringue à injection ordinaire. Les premières douleurs se manifestèrent dix-huit heures après la première application du dilateur, qui avait été porté à 6 centimètres de diamètres. Le travail marcha régulièrement, et le lendemain, on put saisir l'extrémité pelvienne du fœtus qui se présentait, et procéder à son extraction. Mais, lorsque la tête dut s'engager entre les bords du détroit supérieur, les tissus du cou et les ligaments vertébraux se déchirèrent malgré les précautions prises, et la tête resta dans l'utérus. Profitant alors de la présence du cou dont on sentait les vertèbres au détroit supérieur, j'introduisis, à travers le canal vertébral, un fil de fer recourbé dont je me servis pour broyer la matière cérébrale ; puis j'attendis pendant six heures le résultat que pourraient amener les contractions utérines. Celles-ci, malheureusement, cessèrent, et il fallut chercher à extraire la tête. Mais le degré de rétrécissement ne permettait que d'introduire un ou deux doigts sur leur plat ou d'employer des pinces à dents et des érignes, moyens qui n'eurent pour effet que la disjonction des arcs vertébraux. C'est alors que, comptant sur l'évacuation de la matière cérébrale et sur le degré peu

avancé d'ossification des os du crâne, j'eus l'idée de passer derrière la femme, d'appliquer la paume des deux mains sur le fond de l'utérus, à travers les parois abdominales et d'exercer une pression graduée, mais assez vive sur la tête du fœtus, qui fut écrasée contre les parois du détroit supérieur, se moula sur elles, s'engagea, et fut chassée au-dehors avec le placenta. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier à noter, et la femme se rétablit.

Obs. X. — Bassin de 4 centimètres  $1/2$ . Avortement provoqué.

Le 26 octobre 1871, entrant à la Clinique la nommée B... B... Cette femme âgée de 22 ans, ouvrière, et remarquable par sa petite taille qui n'est, en effet, que de 1 m. 10 centimètres. Elle dit avoir toujours été bien réglée et sa dernière époque aurait eu lieu le 22 juillet 1871 ; elle serait donc enceinte d'environ 3 mois. Quand on examine son squelette, on voit que la colonne vertébrale présente une courbure latérale très-apparente au niveau de la région dorsale. Les membres supérieurs et surtout les membres inférieurs sont fortement tordus, de sorte que la petite taille de la femme dépend non-seulement de la brièveté absolue des os du squelette, si on les mesure en suivant avec un fil leur courbure, mais encore de leur brièveté relative, abstraction faite des courbures qui en rapprochent naturellement les extrémités.

M. Depaul ayant introduit son doigt dans le vagin, atteint avec la plus grande facilité l'angle sacro-vertébral et trouve que le diamètre sacro-sus-pubien, après avoir déduit un centimètre un quart environ, ne doit être que de 4 centimètres et demi ; dans ces circonstances, il se décide à provoquer l'avortement.

Le 1<sup>er</sup> novembre, à 8 heures 45 minutes du matin, le professeur introduit un hystéromètre dans l'utérus, afin de rompre les membranes de l'œuf ; mais ce résultat ne peut être obtenu, celles-ci fuyant devant la pointe de l'instrument. M. Depaul se contente alors de les décoller dans une assez grande étendue et retire ensuite l'hystéromètre légèrement teint de sang. Les douleurs se montrent au bout de quelques heures, elles sont faibles et disparaissent complètement dans la soirée pour ne plus se réveiller. Il s'est fait par les voies génitales un léger écoulement de sang.

Le 3 novembre, M. Depaul introduit de nouveau l'hystéromètre et se contente de décoller les membranes dans une étendue un peu plus considérable que la première fois, sans chercher à les perforer. Les douleurs se montrent dans la journée, elles sont faibles jusqu'au lendemain 4 novembre, 5 heures du soir. A partir de ce moment, elles deviennent très-vives. Le lendemain matin 5 novembre, à la visite, les douleurs augmentent d'intensité, elles sont plus fréquentes qu'au-

paravant et bientôt les membranes s'étant rompues, les eaux s'écoulent. Le toucher nous fait sentir un col petit, dur et ferme et cependant assez ouvert pour permettre l'introduction du doigt.

A 9 heures 45 minutes du matin, le fœtus est expulsé et dix minutes après, le placenta est chassé spontanément.

La malade sort bien portante le 19 novembre.

### *Bassin ostéomalacique.*

Tout ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents sur les bassins rachitiques s'applique en grande partie aux cas d'ostéomalacie. Nous aurions donc pu, à la rigueur, ne pas établir deux chapitres différents; mais nous avons cru qu'il était préférable de diviser ainsi les rétrécissements pelviens, d'autant que dans l'ostéomalacie on observe certains phénomènes qui ne se rencontrent jamais dans les bassins rachitiques. Je veux parler de la dilatabilité possible du bassin au moment de l'accouchement. Ce phénomène spécial au bassin ostéomalacique n'aurait donc pu être discuté utilement en parlant des bassins rachitiques.

J'ai déjà signalé dans une autre partie de ce travail ce fait intéressant, que ce sont les femmes atteintes d'ostéomalacie qui présentent peut-être les rétrécissements pelviens les plus prononcés, le bassin étant déformé par le rapprochement de ses parois. En effet, il peut se faire que l'excavation, remplie par une tumeur osseuse ou fibreuse, ne laisse aucune place au passage du fœtus. Mais dans ce cas, c'est un rétrécissement en quelque sorte étranger au bassin lui-même qui, si l'on suppose la tumeur enlevée, présente alors les dimensions normales.

Nægele (1), dans le mémoire que nous avons déjà cité, dit

(1) Nægele. Des principaux vices de conformation du bassin, trad. Danyau, p. 122, 123.

avoir eu l'occasion de rencontrer un bassin qui, à sa connaissance parmi tous les bassins de cette espèce, était le plus rétréci qui ait jamais été cause de dystocie. Afin, dit-il, de donner de la déformation des os de ce bassin une idée aussi complète que possible, il suffira de faire connaître les dimensions suivantes : la distance qui s'étend de la branche horizontale du pubis gauche, enfoncée vers l'excavation au corps de la quatrième vertèbre lombaire, qui se trouve en face et sur le même niveau, est de deux lignes et demie (soit 5 mm. 6). La même distance, du côté opposé, est de six lignes et demie (soit 1 cent. 4 mm.). Le sacrum est si recourbé sur lui-même, que sa hauteur n'est que de seize lignes (3 cent. 6 mm.). De son sommet au point d'union de la première et de la seconde vertèbre sacrée, il y a dix lignes et demi (2 cent. 3 mm.). La paroi antérieure du bassin est dans son ensemble portée en haut, la postérieure en bas. C'est ce qui fait que le bord supérieur de la symphyse pubienne est au niveau du bord antérieur de la surface supérieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire. Les côtés de l'arcade pubienne convergent en bas, au point qu'ils ne sont plus séparés en cet endroit que par un intervalle de trois lignes (6 mm. 7). Les os iliaques semblent avoir été comprimés d'avant en arrière, et présentent une gouttière dirigée de dehors en dedans, et se terminant par une pointe ou sommet aigu, semblable à un morceau de carton plié. Il en résulte que la distance de l'épine iliaque antérieure et inférieure au point de la crête iliaque diamétralement opposé en arrière est à gauche de deux pouces quatre lignes (6 cent. 3 mm.), et à droite de deux pouces six lignes (6 cent. 7 mm.), et qu'une ligne tirée d'une épine iliaque antérieure à l'autre traverse la surface supérieure du corps de la troisième vertèbre lombaire dans sa moitié postérieure.

On voit par cette description que j'ai cru devoir donner in-extenso, que les bassins ostéomalaciques ne le cèdent en rien aux bassins rachitiques comme déformation et rétrécissement. Je regrette que l'illustre professeur d'Heidelberg ne nous ait pas donné la distance qui séparait les corps des pubis l'un de l'autre, dans cette espèce de gouttière formée par leur rapprochement, en avant de l'angle sacro-vertébral. Cependant, comme il indique que les deux branches ischio-pubiennes n'étaient qu'à une distance de 7 millimètres l'une de l'autre, on peut en conclure que ces deux corps devaient être fort rapprochés, si bien même, qu'en avant du promontoire, il n'y avait peut-être pas place pour le doigt.

Cependant, cette femme était précédemment accouchée sans peine, de cinq enfants bien constitués. Car c'est là un fait bien remarquable, que dans beaucoup de cas, l'ostéomalacie atteint des femmes multipares. Une de ces pauvres malades s'est présentée à l'hôpital des cliniques en 1868, elle était déjà accouchée 4 fois spontanément, et l'on dut faire l'opération césarienne. De telle sorte, que dans les bassins rachitiques on peut, lorsque la femme est multipare, se guider en quelque sorte, sur les accouchements antérieurs et chercher ainsi la limite où l'expulsion du produit est possible spontanément ou avec un peu d'aide. Mais il n'en est plus de même pour les femmes atteintes d'ostéomalacie, et les renseignements qu'elles donnent ne peuvent qu'endormir un médecin inattentif dans une fausse sécurité. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir de pauvres femmes ne se présenter souvent à celui qui doit leur donner des soins qu'au moment même du travail ou quelques jours avant, alors qu'on ne peut plus songer à un autre moyen de délivrance qu'à l'opération césarienne.

Et cependant, il ne faut pas désespérer trop tôt des  
De Soyre.

forces de la nature et certains phénomènes, rares il est vrai, mais qui commencent déjà à représenter un certain nombre, nous enseignent un mode de terminaison tout spécial à ces sortes de bassin. C'est-à-dire la dilatibilité, l'écartement des os du bassin qui, sous la pression de la tête fœtale, s'éloignent peu à peu du centre de cette enceinte et permettent ainsi le passage du fœtus.

C'est à Kilian et à Pagenstecher que sont dus les travaux les plus complets sur cette question. Nous citerons en outre le rapport de M. Danyau à la société de Chirurgie.

Les cas dans lesquels on a noté la dilatibilité du bassin, ne sont pas aujourd'hui très-rares. Outre ceux de Kilian, dont je cite ci-après quelques observations, il y a encore ceux de Olshausen (1), Hugenberg (2) et Kezmarsky (3).

Voici à cet égard quelques observations curieuses que je trouve dans la thèse de M. Collineau, et qui sont extraites de divers recueils, mais principalement du livre de Kilian (4).

Obs. X.— Le bassin d'une femme qui vivait dans une grande pauvreté était tellement rétréci par l'ostéomalacie, surtout à son détroit inférieur, que les branches ascendantes de l'ischion se recouvraient l'une l'autre (*ossibus in vicem superarint*) au niveau du point où elles s'unissaient avec les branches descendantes du pubis. Ce fait fut constaté par Barlow, dans une exploration qu'il pratiqua au mois de février 1794. Il en résultait que l'on arrivait au vagin par deux ouvertures : l'une d'elles, très-étroite, était située sous la symphyse du pubis; l'autre se trouvait sous les tubérosités des ischions. Un an après l'examen pratiqué par Barlow, cette femme, qui avait 39 ans, se trouvait avoir mis au monde neuf enfants, parmi lesquels quatre étaient nés depuis le début de l'ostéomalacie. Les huit premiers étaient venus naturellement. Pour le neuvième, l'étroitesse du bassin était si considérable, qu'on avait

(1) Berlin. Klin Wocken, 1869, p. 33.

(2) Petersb. Méd. zeit., 1852, vol. III.

(3) Arch. v. Gyne. vol. IV, p. 537.

(4) Beitrage zu einer genauen. Bonn. 1829.

au besoin d'employer le crochet. Barlow, qui assistait à ce dernier accouchement, était convaincu que les os du bassin s'étaient écartés pour livrer passage au fœtus (1).

Obs. XII.—La femme Barbara R..., après être accouchée heureusement de trois enfants, ressentit, pendant une quatrième grossesse, des douleurs dans la région sacrée. Ces douleurs cessèrent après l'accouchement, mais reparurent avec plus de violence à une cinquième, puis à une sixième grossesse. Cette fois encore pourtant, la malade revint après ses couches dans un bon état de santé. Pendant une septième et huitième grossesse, les douleurs reparurent, et s'étendirent aux membres inférieurs; mais l'accouchement se fit encore dans les deux cas heureusement. Il est vrai que dans le premier, il eut lieu à sept mois; et que dans le second, la femme mit au monde deux enfants jumeaux. A dater de cette époque, l'ostéomalacie s'accrut d'une manière si marquée, que pendant les deux dernières années, le mouvement le plus léger déterminait dans les articulations les plus violentes douleurs, que le repos ou la position assise pouvaient seuls arrêter. Cette femme devint une neuvième fois enceinte. Homberger, appelé au terme de la grossesse, constata la déformation considérable du bassin, qui diminuait à la fois les diamètres du détroit et de l'excavation. Homberger accordait 3 centimètres à peine au diamètre sacro-pubien. Toutefois, après avoir constaté la flexibilité que l'ostéomalacie laissait aux os, et le développement incomplet de l'enfant, il annonça que l'accouchement pourrait se faire par les seules forces de la nature. Il rompit les membranes au bout de vingt-quatre heures, puis après vingt-quatre heures encore d'expectation, l'engagement était assez prononcé pour qu'on pût appliquer le forceps; malgré la sensibilité, à l'aide de tractions assez fortes, Homberger put amener une petite fille qui vécut quatre semaines.

Au mois de février 1834, les douleurs dont nous avons parlé plus haut cessèrent tout à coup; la faculté de marcher revint, et la malade put de nouveau concevoir des espérances de santé, que la mort vint cependant bientôt détruire.

Son bassin, conservé par Nægele, offre les dimensions suivantes : le détroit supérieur a la forme d'un trigone, dont les côtés sont concaves en dehors, à cause de la courbure des branches horizontales; le sacrum est si fortement recourbé sur lui-même, que l'espace qui sépare le coccyx du promontoire n'est guère que de 3 centimètres, et que le bord supérieur du pubis correspond à la partie moyenne du

(1) Cette observation, qui appartient au D Barlow, est rapportée par J. Hull, — Observations. — Manchester, 1794.

corps de la dernière vertèbre lombaire; l'intervalle intercotyloïdien gauche est de 3 centimètres, le droit de 4; l'écartement des branches horizontales des pubis est de 2 centimètres et demi; les branches descendantes de l'ischion se touchent au niveau du point où elles s'unissent avec les branches descendantes du pubis, de telle façon qu'entre les deux piliers de l'arcade, on peut à peine introduire le petit doigt.

Obs. XIII. — M<sup>me</sup> Clara Protz, née à Sauzen, habitant à Cologne, a joui d'une parfaite santé jusqu'à sa 32<sup>e</sup> année. Elle commença à être réglée à l'âge de 16 ans. Ses menstrues s'établirent régulièrement; elles revenaient toutes les quatre semaines et duraient trois jours.

Vers la fin de sa 32<sup>e</sup> année, elle accoucha sans difficulté d'un enfant qu'elle a nourri elle-même pendant deux ans et qui vit encore.

Six mois après son accouchement elle fut obligée de faire une longue route dans une voiture ouverte, par un temps très-froid. Pour protéger son enfant, elle l'enveloppa dans ses robes, et son bassin se trouva exposé au froid. Immédiatement après ce voyage, elle fut prise de douleurs extrêmement violentes dans tous les membres. Depuis cette époque, elle a toujours éprouvé à monter les escaliers de grandes difficultés. A l'âge de 36 ans elle redevint enceinte. Les douleurs qui avaient toujours persisté, atteignirent un haut degré de violence. La marche devint impossible; assise ou couchée, la malade souffrait considérablement. Pourtant la grossesse eut une marche régulière et se termina heureusement. Elle eut un enfant bien portant; mais, à la suite de la délivrance, et pendant les quinze jours qui suivirent, les douleurs (signe non équivoque d'ostéomalacie) prirent un tel caractère de gravité, qu'on dut mener la malade à l'hôpital. Elle continua d'allaiter son enfant, qui mourut au bout de quatre mois avec des accidents convulsifs. Les six mois qui suivirent se passèrent à essayer diverses espèces de traitement. L'inutilité des efforts et les progrès du mal décidèrent son mari à la faire sortir de l'hôpital. Ses membres étaient alors complètement paralysés et contracturés.

Depuis, les règles reparurent une fois. Immédiatement après, elle devint enceinte pour la troisième fois. Elle vit le terme de cette grossesse arriver, sans que ses anciennes souffrances en aient été diminuées ni exaspérées. Bien plus, son appétit était excellent. Elle possédait toutes ses facultés intellectuelles. Elle avait atteint alors sa 39<sup>e</sup> année. Sa taille était de 4 pieds 9 pouces; son teint pâle, d'aspect cachectique; sa maigreur extrême. Les membres inférieurs étaient fortement courbés et rétractés; l'abdomen était modérément dilaté.

Le 16 mars 1855, le travail de l'accouchement se déclara. Se fondant sur l'état pathologique et l'extrême rétrécissement du bassin. le

Dr Semrock jugea l'opération césarienne indispensable, mais ne pouvant l'entreprendre au domicile de la malade, il la fit entrer à la Clinique. Là elle se plaignit des plus intolérables douleurs ; chaque mouvement lui arrachait des cris. Elle ne pouvait rester couchée que sur le côté gauche. Après avoir vidé la vessie et le rectum, la sage-femme essaya de toucher la malade. D'abord elle ne put y parvenir, à cause de la flexion des deux pubis, et de la proéminence du sacrum vers l'axe du bassin. Toutefois elle reconnut manifestement une chose : c'est que les os cédaient à la pression, et s'écartaient les uns des autres. L'orifice du col avait 1 pouce et demi de diamètre. Les eaux s'écoulèrent mélangées d'un mucus sanguinolent. La tête de l'enfant s'engagea au détroit supérieur. On sentait alors d'une manière distincte que les os du bassin cédaient. Ses douleurs continuaient d'être faibles, revenant tous les quarts d'heure sans grand avancement pour le travail. Les choses restèrent ainsi toute la nuit.

Le 17 mars au matin, leur fréquence et leur intensité augmentèrent ; elles revenaient toutes les dix minutes. Vers huit heures, le col avait 2 pouces de diamètre.

Une bosse sanguine se forma sur la tête de l'enfant, et vint faire saillie dans l'excavation. On put alors faire coucher la malade sur le dos, et on lui permit d'aider ses douleurs ; elles étaient atroces et lui arrachaient des cris. Elles augmentèrent cependant et d'intensité et de fréquence, jusqu'à revenir toutes les deux ou trois minutes. Toup à coup, la mère s'écria que l'enfant devait être sorti, car elle avait cessé de souffrir ; et, chose étonnante, la tête était visible entre les grandes lèvres ; trois ou quatre douleurs très-intenses suffirent à l'expulser. Elle était en première position de l'occiput. L'enfant, qui était une fille, avait une bosse sanguine à la tête. Elle était en état de congestion cérébrale ; ses conjonctives étaient fortement injectées ; ses yeux saillants semblaient sortir de leurs orbites. On lui jeta de l'eau fraîche sur le corps : elle cria et revint promptement à la vie. Son poids était de 10 livres, sa taille était de 20 pouces.

Une demi-heure après l'accouchement, on procéda à la délivrance. L'arrière-faix pesait une livre et avait 7 pouces dans son plus grand diamètre. Le cordon centralement inséré était long de 26 pouces.

Après l'accouchement, la mère se plaignit de douleurs très-violentes à l'épaule gauche et à la région pelvienne : la respiration était difficile ; elle toussait.

19 mars. Les forces vont en diminuant. Pas de réaction du côté des seins. La vessie ne peut se vider que par le cathétérisme. Le poulx ne tarda pas à s'abaisser, et la dyspnée devient plus intense. La malade mourut le 20 mars à onze heures du soir.

*Autopsie.* — L'autopsie fut faite le 21 mars. Le corps du sujet ne pèse que 68 livres. (M. Kilian explique la faiblesse de ce chiffre par la diminution des portions salines des os.)

On ne trouva rien de particulier (?) à l'autopsie dans les organes. Seulement on nota que les parois de l'utérus avaient une grande épaisseur.

Voici maintenant la description du bassin, que j'ai pu (ajoute M. Kilian) examiner à Cologne : il présentait les déformations habituelles en pareil cas ; ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'est la facilité avec laquelle les os pouvaient se plier, comme s'ils avaient été en baleine ou en gutta-percha ; les parties les plus profondément modifiées par le ramollissement sont les trois dernières vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx ; l'altération, du reste, ne rappelle en rien celle d'une affection cancéreuse ou sarcomateuse ; enfin il est possible de dilater le bassin au point de faire passer par ses détroits le corps d'un fœtus à terme d'un volume ordinaire.

Obs. XIV. — Catherine Beker, de Halsenbach, est entrée à la Clinique le 8 avril 1856.

Elle a 41 ans, elle est primipare ; son père, auquel elle ressemble, était d'une haute stature ; les jambes pourtant étaient légèrement incurvées ; sa mère, dont la santé avait été très-bonne, eut plusieurs enfants. A la suite de sa dernière couche, elle devint paralytique et ne put marcher qu'avec des béquilles.

Catherine Beker déclare avoir toujours été bien portante. A 19 ans, elle eut la petite vérole ; les règles commencèrent à paraître à la suite de cette maladie, la seule qu'elle ait faite. Dès cette époque, les menstrues s'établirent régulièrement et revinrent toutes les quatre semaines.

L'aspect de la malade contredit l'assertion qu'elle porte sur l'état satisfaisant de sa santé.

En la pressant de questions, on apprend qu'elle n'a jamais pu sans souffrances se livrer aux travaux des champs, et qu'au moindre changement de température elles s'exaspéraient ; elle éprouvait dans les membres des douleurs qui lui donnaient la sensation de déchirures.

Les règles se sont présentées pour la dernière fois le 23 juillet 1855.

La grossesse qui l'amène à la Clinique n'a offert jusqu'à cette époque rien de particulier, si ce n'est des douleurs au niveau des hanches.

La taille de la malade est de 4 pieds 2 pouces 11 lignes.

Mesurée avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, la *conjugata* extérieure est de 6 pouces.

Dans sa marche, la malade présente une particularité assez curieuse,

on dirait que l'articulation sacro-vertébrale est relâchée. Les jambes sont amaigries; je ne saurais mieux comparer leur direction qu'à la courbure d'un sabre dont la concavité serait dirigée en avant; cette disposition est plus marquée du côté gauche. Les articulations des extrémités inférieures ne sont point tuméfiées; elles sont plutôt effilées, surtout celle des genoux. On ne retrouve pas la saillie connue sous le nom de *crista tibiales*. Pas de lordose à la partie inférieure de la colonne vertébrale, quoique la marche de la maladie en ait pu faire soupçonner l'existence *a priori*. Légère scoliose de la partie supérieure de la colonne vertébrale. La tête a des dimensions normales. Les bras sont bien musclés.

Par le toucher on a pu reconnaître la forme caractéristique des bassins ostéomalaciés. Les branches du pubis étaient très-rapprochées les unes des autres. Il était difficile d'introduire l'indicateur sous la symphyse; les deux tubérosités ischiatiques étaient séparées par un espace qui peut être évalué à 4 pouce et demi. Toutes pression sur les os du bassin réveillait des douleurs très-vives. Malgré des tentatives répétées, malgré les détails les plus minutieux de l'examen, je n'ai jamais pu, et j'insiste sur ce point, constater la moindre élasticité et le moindre degré de mollesse dans les os; au contraire, chaque os, en particulier, était solide et résistant.

D'une autre part, on pouvait constater que l'enfant était parfaitement vivant; à cette époque il devait avoir 36 à 37 semaines; on sentait distinctement ses mouvements et l'on entendait les battements de son cœur.

Le 24 avril, à trois heures du matin, les premières douleurs de l'enfantement se manifestèrent.

Vers midi, le col était effacé; il s'écoula une grande quantité de mucus; les os du bassin continuaient d'être rigides et de ne pas céder.

A une heure de l'après-midi, la poche des eaux se rompit; l'écoulement qui en fut la conséquence fut très-modéré. La tête se présente La grande fontanelle occupait le milieu du bassin.

A trois heures, la tête est poussée par des douleurs violentes: elle dilate le bassin, qui s'était ramolli. L'espèce de bec que formaient les deux branches du pubis n'était plus sensible. Tous les assistants, parmi lesquels se trouvaient trois docteurs, furent vivement frappés de la rapidité avec laquelle les os s'étaient amollis.

A cinq heures du soir, après avoir donné du chloroforme, j'appliquai le forceps. Une première traction, très-légère, fit descendre la tête dans le petit bassin; une deuxième traction lui fit dépasser la vulve; une troisième traction suffit à la dégager; le reste du corps fut expulsé sans difficulté.

L'enfant était vivant; c'était un garçon qui pesait 6 livres 8 onces,

sa longueur était de 16 pouces; le plus grand diamètre de la tête avait 5 pouces; le diamètre droit, 4 pouces un quart; le diamètre transverse, 3 pouces un quart; la largeur des épaules était de 3 pouces et demi.

La délivrance se fit sans peine. Le placenta pesait une livre, le cordon avait 18 pouces de longueur.

Immédiatement après l'accouchement, nous examinâmes le bassin avec un soin extrême; toute sa paroi antérieure était ramollie et céda facilement; une légère traction de l'index, exercée d'arrière en avant, suffisait pour le dilater.

Dix jours plus tard, Catherine Beker se levait, paralysée comme auparavant.

Trente heures après la délivrance, j'examinai de nouveau son bassin; il était aussi dilaté et aussi ramolli qu'au moment de l'accouchement. La branche du pubis gauche ressemblait plutôt à un ligament qu'à un os; au toucher, il semblait avoir complètement perdu ses parties solides. M. Netekoven a constaté le fait, ainsi que M. Weber et tous mes élèves.

L'analyse de l'urine fut faite le 6 mai. (Note donnée par M. le professeur Baumert.)

Urine faiblement acide.

Poids spécifique, 1,012.

Parties solides, 22,79 sur 1000 parties d'urine.

Phosphate terreux en petite quantité.

Phosphate de soude extrêmement augmenté, 40,42 sur 1,000 parties d'urine.

(Chez les individus en santé, on trouve 3 ou 4 parties de phosphate de soude sur 1,000. Ici ce sel est donc en quantité trois fois plus considérable.)

Le neuvième jour, la branche du pubis gauche est redevenue solide; enfin le 9 juin (quarante-cinq jours après l'accouchement), le bassin avait recouvré sa rigidité première. La malade sortit de l'hôpital. Sa taille avait été mesurée le 19 mai (vingt-quatre jours après l'accouchement); elle n'était plus que de 4 pieds 2 pouces 5 lignes. Au moment où elle quitta la Clinique, son bassin était plus large qu'à son entrée.

Je trouve encore dans les livres les cas suivants :

Robert vit extraire un fœtus mort et putréfié au moyen du forceps d'un bassin dilatable (De Dilatat. Pelv. Halister. Thèse Inaug., Bonn, 1859). Breslau (Deutsche Klin, 1859,

n° 36), et M. f. G. bd. 15, Winckel, M. f. G. bd. 17, vit un enf. mort expulsé dans un bassin manifestement extensible.

Grænsér parle d'un cas dans lequel Fenst de Mayence amena par le forceps un enfant vivant bien que d'autres en voulussent venir à l'opération césarienne, à cause d'un rétrécissement excessif du bassin (Lehrbuch, Geb., remarque parag. 601).

Enfin, Olshausen publia un cas dont la dilatation a pu être appréciée graduellement. Cependant on perfora et on appliqua le céphalotribe (Berlin Klin., Wochens., 1869, 33).

Un cas de Kermarcky qui en cite un autre de Braun (Arch. de Gy., t. IV, § 3, p. 537).

Que faut-il maintenant penser de ce phénomène et faut-il en tenir compte quand on est consulté au début d'une grossesse, par une femme dont le bassin déformé par l'ostéomalacie paraît ne pas pouvoir permettre un accouchement à terme ?

Malheureusement, dans la plupart des observations que je viens de citer, le degré du rétrécissement n'est pas noté ou l'est d'une manière un peu trop vague pour qu'on puisse en tenir quelque compte. Cependant dans la XII<sup>e</sup> observation, nous voyons le docteur Homberger appelé à la fin de la grossesse accorder à peine 5 centimètres pour l'étendue du diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien. Dans une autre observation, ce même diamètre sacro-pubien est mesuré extérieurement avec le pelvimètre de Baudeloque, qui donne 6 pouces, ce qui fait 16 centimètres, 2 et, déduction faite de 8 centimètres pour l'épaisseur des os, il ne reste plus que 8 centimètres, de l'angle sacro-vertébral à la partie supérieure de la symphyse pubienne. Mais il ne faut pas oublier que dans ces sortes de bassin, toute l'étendue du diamètre sacro-pubien, ne peut pas concourir au passage

du fœtus ; les corps des pubis repliés en dedans et rapprochés l'un de l'autre, forment une gouttière de 4 centimètre  $1/2$  à 2 centimètres qu'il faut encore retrancher du diamètre conjugué, si bien qu'il ne reste plus en réalité que 6 centimètres à 6 centimètres  $1/2$  pour mesurer d'avant en arrière le vide du bassin. Ces deux bassins (celui des deux observ. XII et XIII) rentrent donc dans la classe des rétrécissements extrêmes du bassin et on devrait leur appliquer le traitement que nous avons considéré comme le meilleur en pareil cas, lorsqu'on est appelé de bonne heure près de la malade, c'est-à-dire l'avortement provoqué.

Cependant on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu, à cause de cette dilatabilité du bassin, de reculer un peu les limites que nous avons admises pour les bassins rachitiques. Par exemple, ne pourrait-on pas tenter un accouchement artificiel dans un bassin de 6 centimètres avec l'espoir, grâce à la dilatabilité, d'y faire passer un enfant de 7 mois à 7 mois  $1/2$ . Mais il faudrait, pour agir ainsi, savoir si la pression d'une tête moins bien ossifiée qu'à terme sera suffisante pour dilater le bassin, et si celui-là se laissera dilater. Car il peut se faire que les os qui se sont écartés à une première grossesse aient acquis, par suite d'un temps d'arrêt dans la maladie, une certaine consistance qui ne leur permette plus une seconde fois de prêter à l'ampliation de la cavité pubienne. Cependant Ritgen a réussi dans ces circonstances.

Une question se pose alors naturellement à l'esprit :

Comment peut-on reconnaître si les os s'écarteront au moment de l'accouchement ?

On sait que dans quelques cas les bassins ostéomalaciques, lorsqu'on les examine peu de temps après la mort de la femme, présentent un certain degré de mollesse et qu'on peut même les redresser, au moins en partie. Celui de la

femme qui fait l'objet de l'observ. XIII était ainsi d'après le rapport de Kilian. De plus, on a remarqué que cette dilatabilité était d'autant plus grande que la maladie datait de plus longtemps et avait suivi une marche ascendante plus régulière. Mais il ne faut pas oublier non plus que le ramollissement des os du bassin par l'ostéomalacie peut se produire dans un espace de temps très court, deux ans, par exemple. Un autre point qu'il ne faut pas non plus perdre de vue est celui-ci : l'ostéomalacie à une certaine période rend les os friables et très-susceptibles de se rompre « et c'est seulement lorsque les os ostéomalaciés, ont dépassé ce degré d'altération qu'il est permis d'attendre la dilatation, A quels dangers ne s'exposerait-on pas si on abandonnait un bassin trop résistant pour fléchir, trop friable pour ne pas se rompre, à des pressions très-énergiques et répétées (1) ».

Le même auteur que je viens de citer, donne comme moyen de diagnostic de la dilatabilité du bassin : les douleurs aiguës à la région pelvienne, dans les derniers mois de la grossesse, l'impossibilité pour la femme de se tenir debout ou même assise, lorsque le vice de conformation a notablement augmenté dans les derniers temps de la gestation et qu'au moment de l'accouchement les douleurs lombaires et pelviennes acquièrent un haut degré de violence. Enfin, quand le travail est déclaré, l'exacerbation des douleurs dans les os du bassin et surtout le toucher fréquemment répété qui permet de constater, de temps à autre, un léger écartement des os.

Comme on le voit, les signes de la dilatabilité des bassins ostéomalaciques ne sont perçus qu'à la fin de la grossesse et au début du travail ; ils peuvent être d'un grand secours quand on agite chez une femme ostéomalacique arrivée au

(1) Collineau. Thèse citée, p. 1115.

terme de sa gestation, la question de la section césarienne. Peut-être étant donné le résultat déplorable de cette opération, ferait-on bien alors de laisser le travail se déclarer et se poursuivre pendant un certain temps avant de se décider à l'opération.

C'est la conduite que tiennent les accoucheurs dans certains pays où les cas d'ostéomalacies sont fréquents. Ainsi les observations de Casati et de Lazzati à Milan, donnent sur 62 accouchements seulement, 2 opérations césariennes. (1) Mais ce n'est pas à ce moment que nous devons nous placer, mais bien au début de la grossesse quand nous sommes consultés sur l'issue probable de l'accouchement. Or, à cette époque nous n'avons aucun signe qui puisse nous faire pressentir la dilatabilité du bassin, et nous ne pouvons guère compter sur une ressource aussi précaire. Cependant M. Dubois (2), conseille dans ces sortes de bassin de renoncer à l'accouchement prématuré, M. Jacquemier, qui dans son manuel d'accouchement avait exprimé la même manière de voir, a changé d'avis depuis, et admet parfaitement l'intervention. (3) Mais si nous considérons que dans bien des cas on a été obligé de faire l'opération césarienne (40 fois sur 72 cas d'après Litzmann (4) et que d'un autre côté, par le fait même de la grossesse de la femme et le retrécissement pelvien, l'état général ne peut que s'aggraver, et qu'après tout nous pouvons nous trouver plus tard devant un de ces cas où, malgré les efforts énergiques de l'utérus et la pression exercée par la tête fœtale, les os du bassin ne s'écartent pas, je crois qu'il faudra ne considérer que le degré du retrécissement, et si l'angustie

(1) Casati Sulla osteomalacia. Milano, 1814.

(2) Dubois. Thèse de concours, p. 53. — (4) Schroder. Manuel d'accouchement, p. 559.

(3) Dict. encycl., t. VII, p. 579.

pelvienne est telle que l'espace laissée libre au détroit abdominal a moins de 6 centimètres dans son diamètre le plus rétréci, nous devons agir comme pour les bassins rachitiques et provoquer l'avortement. Nous sommes du reste d'autant plus disposé à agir ainsi, que le D<sup>r</sup> Henning (1) dans un article sur ce sujet nous apprend que, dans 4 cas où l'avortement fut provoqué, les 4 femmes furent sauvées. L'une d'elles, il est vrai, mourut plus tard des progrès de la maladie. Voici en outre quelques observations où l'avortement fut provoqué avec succès ; l'une d'elles, où l'opération fut tentée par M. Tarnier, est tout particulièrement intéressante.

Obs. XV. — Ostéomalacie. — Septième grossesse.

Dans le mois de juin 1833, lorsque la dame Gervis fut près de la fin du cinquième mois de sa grossesse, j'essayai de provoquer l'avortement en perforant les membranes avec une sonde, stylet d'argent. La première tentative échoua à cause de la résistance des membranes, mais la seconde, faite une semaine après, réussit promptement, le liquide amniotique s'écoula, et au bout de huit jours, l'embryon fut expulsé sans assistance artificielle (2)

Obs. XVI (3). — Ostéomalacie chez une femme enceinte de 4 mois 1/2.

Quatre accouchements antérieurs à terme. Accouchement provoqué par le D<sup>r</sup> Tissier.

Le 10 août 1864, je fus consulté par le nommé D...., demeurant rue du Plâtre, 8. Cet homme me raconta que, depuis environ trois mois, les rapports sexuels avec sa femme étaient devenus très-difficiles, que l'introduction du pénis à l'état d'érection était impossible, que sa femme, ordinairement bien réglée, n'ayant pas vu ses règles depuis le 3 avril dernier, il la croyait enceinte, et que la difficulté du coït devait reconnaître pour cause cet état de grossesse. Il ajouta qu'en 1858, à la suite d'une quatrième couche, sa femme avait été malade pendant quatre à cinq mois, qu'elle avait éprouvé de grandes douleurs dans la région des reins, dans les hanches,

(1) Archiv. de Gyn. T. IV.

(2) Robert Lee, Midwifery, obs. 25.

(3) Je dois cette observation à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Tissier.

principalement dans la hanche gauche ; que, depuis cette époque, la marche lui était pénible, et qu'il existait une légère claudication ; qu'à partir de ce moment les rapports sexuels avaient été assez difficiles, mais pas au point où ils le sont actuellement. Ce récit, sans être extraordinaire, excita du moins ma curiosité ; je lui demandai à examiner sa femme, et le lendemain, 11 août, je me rendis chez lui.

La femme D..., concierge, est âgée de 37 ans ; elle est de taille moyenne, mais plutôt petite que grande ; réglée à 15 ans, aucune maladie, si ce n'est à l'âge de 25 ans, après un troisième accouchement, une diarrhée séreuse qui a duré dix-huit mois : depuis cette époque elle s'est toujours bien portée.

Elle est accouchée déjà quatre fois ; la première fois en 1849 ; la seconde fois en 1851 ; la troisième fois en 1852 ; et la quatrième fois en 1858 : pas de fausses couches, jamais de dérangement dans les fonctions menstruelles. Elle me répète ce que m'a déjà dit son mari sur les douleurs qu'elle a éprouvées à la suite de sa dernière couche en 1858.

En la faisant marcher je constate un peu de claudication.

Elle n'a jamais habité d'endroit humide et sa nourriture a toujours été assez bonne.

Pas d'antécédents dans la famille, le père et la mère habitent la campagne et ils sont bien portants. Des quatre enfants, trois sont morts : l'aîné et le dernier sont morts en nourrice, de convulsions, le troisième est mort à l'âge de 4 ans, par suite d'abcès le long de la colonne vertébrale ; un abcès s'est même ouvert dans l'aîne. Le docteur Moussel, qui a donné alors des soins à cet enfant, m'a dit, en effet, qu'il était mort du mal de Pott. L'enfant qui existe est une jeune fille de 13 ans  $\frac{1}{2}$ , assez bien constituée, réglée depuis l'âge de 11 ans.

La femme D... étant déshabillée et couchée sur son lit, on ne constate aucune déformation appréciable dans les os du tronc et des membres, la hanche droite me paraît seulement un peu plus saillante que la gauche, et la courbure du sacrum est plus prononcée.

Je procède par le toucher vaginal à l'examen des os du bassin et voici ce que je constate :

Le doigt indicateur ne peut être introduit à plat dans l'écartement des branches ischio-pubiennes, il ne peut y pénétrer que de champ, son bord radial étant porté en haut, et alors il parcourt cet écartement assez facilement ; les branches ischio-pubiennes sont pour ainsi dire parallèles dans toute leur étendue jusqu'aux tubérosités ischiaques. Le diamètre biischiatique est mesuré par un travers

de doigt : il a de 2 centimètres  $\frac{1}{2}$  à 3 centimètres au plus. En arrière du diamètre biischiatique se trouve un espace qui constitue, à proprement parler, le détroit inférieur et dont les diamètres sont les suivants :

1° Diamètre antéro-postérieur allant du sommet du coccyx au milieu du diamètre biischiatique, — 0<sup>m</sup>, 05 centimètres.

2° Diamètre oblique allant de la symphyse sacro-iliaque droite, au milieu du grand ligament sacro-sciatique gauche. — 4 centimètres.

3° Diamètre oblique allant de la symphyse sacro-iliaque gauche au milieu du grand ligament sacro-sciatique droit, 4 centimètres  $\frac{1}{2}$ .

Je n'ai pas cherché à mesurer les diamètres du détroit supérieur ; du reste, il m'était impossible, vu la difficulté d'introduction du doigt, d'atteindre ni l'angle sacro-vertébral, ni même la face antérieure du sacrum.

Le col de l'utérus est peu élevé et facilement accessible au doigt ; il est largement entr'ouvert et le pourtour de l'orifice semble présenter un peu de ramollissement.

Les signes de la grossesse sont les suivants : absence des règles depuis le 3 avril ; quelques troubles digestifs vers la même époque ; gonflement des seins, coloration de l'aréole, saillie de la région hypogastrique, développement de l'utérus, dont le fond remonte presque au niveau de l'ombilic. Léger bruit de souffle, isochrone aux battements du pouls. En outre, la femme D... prétend sentir remuer depuis dix à douze jours. Il était donc à peu près évident que j'étais en présence d'une grossesse d'un peu plus de quatre mois, chez une femme atteinte d'ostéomalacie et présentant un rétrécissement extrême.

Tout en rassurant cette femme sur sa position, je lui demandai à revenir l'examiner le lendemain en compagnie d'un confrère.

Le docteur Tarnier, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté, actuellement chirurgien en chef de la Maternité, voulut bien voir cette femme et m'assister de ses conseils. Mais, vu la rareté du fait et surtout en prévision du parti extrême qu'il y avait à prendre, nous priâmes M. le professeur Depaul de vouloir bien nous donner son avis et nous éclairer de ses lumières.

MM. Depaul et Tarnier complètent mon examen, et ils me font remarquer :

1° Que les ligaments sacro-sciatiques font un relief inaccoutumé du côté de l'excavation.

2° Que les branches horizontales des pubis fortement repoussées en dedans font dans l'excavation une saillie latérale très-prononcée, tandis que l'articulation pubienne parait portée plus en avant.

Ce dernier résultat se trouve confirmé par l'exploration extérieure

du bassin. On reconnaît, en effet, par la palpation, que le pubis fait une saillie très-accusée, tandis qu'au niveau du pli de l'aîne les os s'enfoncent profondément du côté l'excavation.

Après cet examen fait avec le plus grand soin, la grossesse étant bien constatée, M. Depaul rejetta l'opération césarienne et nous engage à provoquer l'avortement. Ce fut le mercredi 24 août, à quatre heures de l'après-midi, que le docteur Tarnier appliqua, avec mon aide et en présence de notre collègue et ami le docteur de Soyre, l'instrument dilateur du col, dont il est l'inventeur.

L'introduction du dilateur intra-utérin fut faite très-facilement et sans que la malade éprouvât la moindre douleur. Voici, du reste, la note que m'a fournie le docteur Tarnier sur l'effet produit par l'instrument pendant tout le temps qu'il est resté appliqué.

« Aussitôt après l'application du dilateur intra-utérin, j'engageai la malade à se lever et à se livrer à ses occupations ordinaires. Une demi-heure après, elle ressentit trois ou quatre petites contractions douloureuses, mais tout s'arrêta là.

« Le lendemain, 25 août, je trouvai la malade à son travail ; elle m'apprit qu'elle avait passé une excellente nuit et qu'elle ne ressentait aucune douleur. Dans la même journée je la vis avec mon collègue le docteur Blot, qui l'examina. Le col était légèrement dilaté, et l'on pouvait y faire pénétrer le doigt à côté du tuyau de caoutchouc. M. H. Blot pensa, comme moi, que les douleurs allaient bientôt apparaître, mais il n'en fut rien.

« Les 26, 27 et 28, même état. Le col était plus entr'ouvert, plus ramolli, le doigt y entraît facilement et profondément à côté du tube de caoutchouc ; de temps en temps naissaient quelques petites douleurs, puis tout rentrait dans le calme. Pendant tout ce temps le dilateur était resté en place, et la malade en éprouvait si peu de gêne qu'elle vaquait à ses occupations ordinaires. Sa santé n'était nullement troublée.

« Le 29, je n'osai pas laisser cet état se prolonger davantage, et je retirai le dilateur intra-utérin, le col étant à ce moment assez largement dilaté pour recevoir le dilateur de Barnes, qui fut placé à onze heures du matin. Immédiatement après son application, les douleurs apparaissaient avec force, à trois heures je trouvai le col dilaté plus largement, mais mon doigt ne pouvait arriver jusqu'aux membranes. J'augmentai le volume du sac de caoutchouc, en y injectant une nouvelle quantité d'eau, et je le laissai en place. A onze heures du soir les douleurs étaient régulières, l'orifice était dilaté ; son ouverture présentait un diamètre de 5 centimètres au moins ; mais il m'était toujours impossible de toucher l'œuf. Je me décidai à rompre les membranes. Je me servis, à cet effet, d'une longue

pince à polypes, à mors plats, que je poussai d'abord dans le col en la guidant sur mon doigt ; puis je la fis pénétrer plus profondément. Lorsque je fus arrêté par un corps d'une consistance molle, j'ouvris largement la pince, puis je la refermai. Je sentis à la résistance que j'éprouvais que j'avais saisi une partie des membranes ; j'imprimai alors à mon instrument un mouvement de torsion sur son axe, et après quelques tours, je fis une légère traction, qui fut aussitôt suivie de l'écoulement d'une assez grande quantité d'eau. J'avais ramené entre les mors de la pince une petite portion des membranes. Les eaux écoulées, il me fut impossible de sentir aucune partie fœtale. Je quittai la malade dans cet état. »

Il y avait environ deux heures que le docteur Tarnier avait quitté la malade lorsque je fus appelé en toute hâte par le mari pour me rendre auprès d'elle ; c'était le 30 août, vers deux heures du matin. Le docteur de Soyre, qui avait observé avec nous la malade depuis quelques jours, voulut bien m'y accompagner. Je trouvai le fœtus descendu dans le vagin, mais ne pouvant sortir, arrêté par les branches ischio-pubiennes. Je saisis entre deux doigts un membre, c'était un bras, je l'amenai au dehors et je le maintins avec la main droite pendant qu'avec l'indicateur gauche je pénétrais entre deux côtes : je tirai alors sur le fœtus, et je pus en opérer l'extraction assez facilement. Le délivre fut retiré immédiatement, mais avec un peu plus de difficulté. Les suites de couches furent des plus régulières et le 15 septembre la femme D... se trouvait complètement rétablie, ou plutôt dans les mêmes conditions qu'avant sa dernière grossesse.

Voici quelques détails sur l'état du fœtus que j'ai déposé au Musée de la clinique d'accouchements de la Faculté :

Poids du fœtus	510 grammes;
Poids du placenta	410 —
Longueur totale	0 m., 30 cent. 1½.
Du sommet à l'ombilic	0 m., 15 cent.
De l'ombilic aux talons	0 m., 14 cent. 1½.
Diamètres de la tête :	
Occipito-frontal	0 m., 06 cent. 1½.
Occipito-mentonnier	0 m., 07 cent. 1½.
Bipariétal	0 m., 05 cent. 1½.
Tête très-molle.	

Obs. XVII. — Femme ostéomalacique.

Trois accouchements faciles à la suite desquels la maladie fait de tels progrès, que les tubérosités ischiatiques en étaient venues à se toucher l'une l'autre.

De Soyre

7

Quatrième grossesse. — La pression des doigts suffit pour écarter les ischions qui se touchaient l'un l'autre. Accouchement provoqué à 7 mois 1/2. A chaque contraction utérine on pouvait constater que les tubérosités ischiatiques s'écartaient de plus en plus.

Enfant vivant. — (Ritgen cité par Spengel *Dilatatio Pelvis*), etc.

### *Bassin spondylolisthésique.*

Les autres causes de déformation du bassin ne donnent pas à proprement parler des indications spéciales, et nous aurions pu à la rigueur nous en tenir à ce que nous avons dit pour le bassin rachitique. Que le canal pelvien, en effet, soit rétréci par suite d'une maladie de l'enfance comme le rachitisme ou par une maladie de l'adolescence comme la carie vertébrale, la conduite de l'accoucheur n'en sera pas moins déterminée par l'appréciation de l'espace laissé libre pour le passage du fœtus.

Je ne fais que citer par conséquent les bassins spondylolisthésiques qui ont été surtout bien décrits par Kilian (1) et dont on ne possède du reste que de très-rares exemples. D'après Schröder (2), on ne connaîtrait que huit de ces bassins ; mais comme cet auteur ajoute que dans sept d'entre eux l'altération ne fut découverte qu'à l'autopsie, on voit que ce mode de déformation ne manque pas d'avoir une certaine gravité. Les bassins spondylolisthésiques n'ayant été décrit que depuis peu de temps, je crois qu'il est bon de rappeler en peu de mots quels sont leurs caractères principaux.

La déformation dans ce cas est principalement déterminée par le glissement en avant de la dernière vertèbre lombaire. On peut en considérer deux variétés selon que cette vertèbre quitte entièrement ou partiellement la face supé-

(1) Kilian. De spondylolisthesi. Bonn, 1853.

(2) Schröder. Loc. cit., p. 522.

rière de la première vertèbre sacrée avec laquelle elle s'articule. Quand le mouvement de glissement est incomplet le corps de la 5<sup>e</sup> lombaire s'avance au-dessus de l'excavation pelvienne d'une plus ou moins grande quantité, laissant ainsi une partie de sa face inférieure complètement libre dans le bassin. C'est alors le bord inférieure du corps de cette vertèbre et sa face antérieure que le doigt rencontre dans la mensuration du bassin. Le disque intervertébral s'est atrophié, et les vertèbres déformées par une sorte d'usure.

Dans la seconde variété le glissement s'est plus prononcé, la face inférieure de la dernière vertèbre lombaire a quitté la face supérieure de la première vertèbre sacrée et est venue s'appliquer en avant de cette dernière, laissant entre elle d'eux un sillon peu large mais assez profond, la vertèbre lombaire étant soudée à la partie supérieure et antérieure du corps de la première vertèbre sacrée.

Dans ce mouvement la partie inférieure de la colonne vertébrale est entraînée et forme une courbe plus ou moins prononcée dont la convexité en avant recouvre plus ou moins le détroit supérieur. C'est à cette forme que Kilian a donné le nom de *pelvis obtecta* qui lui convient parfaitement. On trouve dans la thèse de M. le D<sup>r</sup> Didier, sur la cyphose angulaire sacro-vertébrale la description d'un bassin semblable, se rapprochant beaucoup de celui que Kilian a décrit sous le nom de bassin de Prague. On comprend que dans ce cas le véritable retrécissement ne siège pas toujours dans le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire partant de la symphyse pubienne pour se porter à la dernière vertèbre lombaire basculée et abaissée. Il peut se faire que la lordose soit assez prononcée pour rapprocher davantage du pubis un point plus élevé de la colonne lombaire.

Enfin le sacrum bascule en arrière, sa pointe se portant

un peu en avant et présente moins de concavité; si bien que le bassin n'est pas seulement retréci au détroit supérieur mais il l'est encore au détroit inférieur. Ceci était surtout remarquable sur le bassin dit de Belloc où la colonne vertébrale était soudée à angle droit avec le sacrum, si bien que la femme étant assise, c'était la face postérieure du sacrum qui reposait sur la chaise. (1)

J'ai cru devoir donner ces explications, parce que dans ces sortes de bassins l'appréciation du retrécissement peut être très-difficile, et là où l'on espère, grâce à l'accouchement prématuré artificiel, obtenir une heureuse terminaison de la grossesse, on se trouve quelquefois obligé d'arriver à l'embryotomie et même l'opération césarienne comme cela a été pratiqué plusieurs fois. Dans les trois cas publiés dans l'atlas complémentaire de Lenoir et Tarnier, l'opération césarienne a été faite, elle a même été pratiquée deux fois sur la femme qui portait le bassin dit de Paderborn décrit par Kilian.

Dans les huit bassins connus, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur présentait les mesures suivantes : 5 cent. et demi, 6 cent., 7 cent. un quart, 6 centimètres et demi, 7 cent. trois quarts, 2 fois 8 cent. un quart et 9 cent. trois quarts (2).

On voit que deux de ces bassins seraient rentrés dans la classe des rétrécissements extrêmes, et que si les femmes qui les portaient avaient survécu aux opérations et aux accidents de leurs premières couches, le médecin eût été parfaitement autorisé à provoquer la seconde fois l'avortement avant le terme de 6 mois. La femme du bassin de Paderborn était dans ces conditions, elle eut 4 grossesses. Une première se termina spontanément par une fausse

(1) Lenoir et Tarnier. Atlas d'accouchement (texte), p. 83.

(2) Schröder. Loc. cit., p. 522.

couche au bout de peu de mois. Une seconde grossesse nécessita l'opération césarienne à laquelle la femme survécut. Une troisième grossesse se termina comme la première prématurément, cependant l'enfant faible et débile vécut 3 heures. Dans la quatrième, la femme, fut « soumise à l'observation médicale à partir du moment où elle sentit remuer son enfant. » Il me semble que le D<sup>r</sup> Everken qui l'observait si religieusement, aurait pu, prenant en considération sa troisième grossesse qui avait donné naissance à un enfant vivant, chercher à déterminer l'accouchement prématuré avant terme, s'il ne se décidait pas positivement pour l'avortement. Pour notre compte, nous n'aurions pas hésité à suivre cette dernière voie, le bassin n'ayant que 5 cent. 02 dans son diamètre antéro-postérieur.

Voici, du reste, d'après Nægele et Grenser (1) l'histoire de ces quelques bassins.

Le premier, décrit par Kiwisch (2) et plus tard par Seyfert (3), est connu sous le nom de bassin de Prague et donna lieu à l'opération césarienne. Le second, connu sous le nom de bassin de Paderborn, donna lieu à deux opérations césariennes. Le troisième, décrit par Spœth (4), nécessita la craniotomie, la femme mourut des suites de couches.

Le quatrième provient d'une femme qui mourut d'hypertrophie de cœur, il a été décrit par Rokitansky (5).

Un cinquième a été décrit par Breslau (6).

(1) Nægele et Grenser. Traité d'accouchem., p. 461.

(2) Kiwisch. Die Geburtok, 2<sup>e</sup> partie, p. 168.

(3) Seyfert. Wiener med. Wochenschrift, janv. 1853.

(4) Zeitsch. der krank. Gesellsch. der Aertzte zu Wien. 10<sup>e</sup> année, fasc. 1, Wiener, 1854.

(5) Rokitansky. Handbuch der Pathol. anat., t. II, 1856, p. 106.

(6) Scanzoni's beitrage zur Geburt. u. Gyne., t. II, 1855.

Un sixième qui a été également décrit par Breslau (1), appartient à une femme chez laquelle on avait essayé en vain la version, la craniotomie et la céphalotripsie, elle mourut non délivrée.

Un septième est décrit par Olshausen (2). Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait que 51 millimètres. L'opération césarienne fut pratiquée.

Enfin, un huitième décrit par Hartman (3), et un autre par Burns (4), pour lesquels on provoqua l'accouchement avant terme, et par ce moyen, on put sauver la mère.

M. Didier (5) reproduit la description d'un autre bassin semblable signalé par Fehling (6) et pour lequel on fit l'opération césarienne.

Je n'insiste plus sur ce point ; je crois que cette énumération suffit pour prouver que, dans ces sortes de bassin, l'accouchement à terme entraîne de graves dangers pour la mère et pour l'enfant, et que l'on ne peut sauver la mère que par l'accouchement prématuré ou l'avortement provoqué, selon le degré de rétrécissement du bassin.

*Bassins cyphotiques. Bassins obliques ovalaires. Bassins viciés par luxation coxo-fémorale.*

Les bassins *cyphotiques* qui sont surtout bien connus depuis les travaux de Rokitansky, Neugebauer, Breisky, en Allemagne et en France, par la thèse inaugurale de M. le D<sup>r</sup> Chantreuil, ont cela de remarquable, que le rétrécissement, au lieu de siéger au détroit supérieur, se rencontre

(1) Monats f. Geburts, t. XVIII, 1861, p. 441.

(2) Olshausen M. f. Geburts., t. XXIII, p. 190.

(3) Monats f. Geburts., t. XXV, p. 465.

(4) Obst. Trans., t. VI, p. 78.

(5) Didier, These inaug. Stras., p. 25.

(6) Fehling. Arch. de Gyn, t. IV, p. 1.

le plus souvent dans l'excavation ou au détroit inférieur, le détroit abdominal étant au contraire plus évasé.

Il est rare que l'angustie pelvienne soit assez prononcée pour contre-indiquer l'accouchement prématuré artificiel, dans la plupart des cas où l'on peut observer la femme dans les premiers mois de sa grossesse.

Cependant le D<sup>r</sup> Chantreuil, dans sa monographie, nous donne une observation publiée dans le *Monatsschrift für Geburskunde*, par le D<sup>r</sup> Schmeidler de Breslau, dans laquelle l'accouchement ne put se faire qu'à l'aide de crochets et de pinces, et en extrayant pour ainsi dire les os du crâne les uns après les autres. Il s'agissait d'un bassin cyphotique dont voici les diamètres pris au moment de la sortie de la femme de la polyclinique.

Diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.	8 cent.
— transversal	5 »
De la pointe du coccyx à la tub. gauche.	5 »
— — droite,	5 »

On voit donc que dans ce cas, tous les diamètres du détroit inférieur étaient rétrécis et que l'ouverture pour le passage de l'enfant, en ne tenant pas compte de l'élargissement possible par le refoulement des parties molles et du coccyx, était représentée par un triangle équilatéral ayant 5 cent. de côté. Cette femme, étant sortie guérie, si elle redevient enceinte de nouveau, on peut se demander quelle devra être la conduite du médecin. Il est évident qu'il n'y a pas lieu de laisser la grossesse aller jusqu'à terme, les accidents de la première couche sont là pour contre-indiquer cette décision.

Faut-il au contraire pratiquer l'avortement provoqué dans le 6 premiers mois de la gestation comme nous l'avons établi pour les cas où le rétrécissement siège au détroit supérieur ?

Il me semble qu'en pareille circonstance, avant de se décider à ce sacrifice du fœtus, on pourrait essayer d'un accouchement prématuré artificiel au terme de 7 mois ou 7 mois et demi.

Ce qui m'engage, en pareille circonstance, à déroger à la règle générale que j'ai tracée précédemment, c'est que le rétrécissement siégeant au détroit inférieur, la partie fœtale devient plus accessible à nos moyens d'action. Nos efforts par le forceps seront mieux dirigés, on peut plus espérer de la dilatabilité des parties molles. On agit dans une partie du canal vulvo-utérin, moins susceptible, l'utérus étant laissé en dehors de la sphère d'action des instruments.

En un mot, et c'est là un des motifs qui m'a fait ouvrir un chapitre à part pour le bassin cyphotique, je pense que toutes les fois que le rétrécissement siègera au détroit périméal, on devra faire de plus grands efforts dans l'intérêt de l'enfant, et abaisser en conséquence jusqu'à 4 cent. ou 4 cent. et demi, la limite de l'avortement provoqué.

Le bassin *oblique ovalaire*, avec ou sans ankylose d'une des deux symphyses sacro-iliaques, ne nous arrêtera pas longtemps. Ce genre de bassin décrit par Nægele et que l'on désigne souvent par cela même sous le nom de bassin de Nægele, a, dans un certain nombre de cas, donné lieu à de graves complications qui ont entraîné la mort des femmes. Dans d'autres cas, au contraire, l'accouchement s'est passé parfaitement, au point de laisser complètement ignorer l'existence de la déformation pelvienne, et ce ne fut qu'après la mort, survenue pour une cause indépendante de l'accouchement, qu'on s'est aperçu, à l'autopsie, de l'obliquité du bassin. M. Depaul a dans sa collection le bassin d'une femme bien proportionnée en toute sa personne et qui succomba pendant les suites de couches à une pneu-

monie. Son squelette fut jugé propre à être conservé comme un spécimen de belle conformation, et c'est grâce à la préparation des os, que l'on découvrit un jour accidentellement que ce bassin était un type du bassin oblique de Nægele.

Au point de vue qui nous occupe, il est assez difficile de poser une règle absolue. Ces bassins sont encore assez peu nombreux pour qu'on puisse se baser sur une statistique. D'un autre côté, chez les femmes qui ont succombé à la suite de l'accouchement et chez lesquelles on a reconnu un bassin oblique ovalaire, s'il existe en réalité une diminution dans l'étendue de l'ouverture du détroit supérieur suffisante pour empêcher le passage d'une tête d'enfant à terme, cette déformation n'est pas tellement prononcée qu'elle contre-indique l'accouchement prématuré artificiel. Si on ajoute à cela la difficulté du diagnostic, qui est tel, que c'est à peine si les lenteurs et les difficultés de l'accouchement attirent l'attention du côté de ce genre de déformation. Si l'on ajoute que les femmes qui ont de tels bassins sont en général de taille moyenne et ne présentent rien extérieurement qui puisse faire croire à une malformation pelvienne, on pourra conclure, à mon sens : 1° que l'accoucheur n'est pas consulté avant le premier accouchement; 2° que si des conseils lui sont demandés à l'occasion d'une seconde grossesse, il devra se guider sur l'étendue de la déformation pelvienne, mais à en juger par les cas qui ont été publiés jusqu'ici, ce sera à l'accouchement prématuré qu'il devra s'adresser, et non pas à l'avortement provoqué.

Telle est du reste la manière de voir de M. le professeur Depaul, de Schroder et Nægele lui-même; cependant, Grenser et Nægele pensent, d'après les recherches de Litzmann, Stoll et Thomas, qu'on peut être obligé d'avoir

recours à la craniotomie, la céphalotripsie ou l'opération césarienne. Mais il ne s'agit évidemment là que de la grossesse arrivée à terme, et, comme ces deux derniers auteurs rejettent à peu près complètement la céphalotripsie sur un fœtus vivant, comme il est prouvé de plus que les opérations instrumentales ne sont guère couronnées de succès dans ces sortes de bassins, cela ne contredit pas l'opinion que j'émettais plus haut sur l'accouchement prématuré.

Je laisserai de côté, comme se rapportant aux deux derniers genres de bassins viciés, les cas d'ankylose double des symphyse sacro-iliaques. Ce bassin participe à la fois pour quelques points du bassin oblique ovalaire, et pour d'autres du bassin cyphotique. Il se rapproche en effet de ce dernier par le fait que son rétrécissement est transversal et que la forme générale de ce bassin est surtout en entonnoir. On devra donc, dans le traitement, se reporter principalement à cette dernière classe du bassin et agir de la même façon.

Les bassins déformés par *luxation coxo-fémorale* ne présentent presque jamais de rétrécissements extrêmes, du moins quand la luxation a été seule cause de la déformation. On pense bien que si cette luxation se présente chez une femme rachitique, le bassin peut être plus ou moins rétréci ; mais au point de vue qui nous occupe, c'est surtout le rachitisme qui est la cause de l'angustie pelvienne, et c'est à ce chapitre que je renvoie pour les indications. Les luxations coxo-fémorales simples ou doubles, d'après les recherches de M. le D<sup>r</sup> Guéniot (1), ont pu déterminer M. Depaul et M. Dubois à provoquer l'accouchement, mais l'angustie pelvienne n'a jamais été assez prononcée pour faire songer à l'avortement ou à la section césarienne.

(1) Guéniot. Luxations coxo-fémorales au point de vue des accouchements. Thèse de concours, 1869.

*Bassin rétréci par des tumeurs osseuses.*

Nous croyons devoir rapprocher des tumeurs osseuses les obstructions résultant de cals difformes, suite de fractures du bassin et l'enfoncement de la cavité cotyloïde par la tête du fémur.

Parmi les tumeurs osseuses, nous avons à distinguer les exostoses, les ostéo-sarcômes et les ostéostéatômes. On pourrait encore évidemment rencontrer d'autres tumeurs, des enchondromes, par exemple, mais jusqu'ici il n'en a pas été signalé.

Voici pour les *exostoses* les deux observations rapportées par Danyau dans ses notes ajoutées à la traduction de l'ouvrage de Nægele (1).

Je donnerai seulement la description du bassin de la première femme qui avait été assistée par le D<sup>r</sup> Kraus.

Le bassin, examiné d'après les préceptes de Nægele, présente une bonne conformation, à l'exostose près. La tumeur s'élève de la face antérieure du sacrum ; elle prend particulièrement naissance sur le corps de la seconde vertèbre sacrée, en partie sur celui des première et troisième, et enfin de la face antérieure des trois premières apophyses transverses du sacrum ; de là, cette masse osseuse se porte en avant dans la cavité du bassin.

L'exostose semble formée de trois tumeurs dont la moyenne est la plus considérable ; elle remplit presque entièrement l'entrée et l'excavation du petit bassin, et occupe une grande partie du grand. La moitié supérieure de cette exostose, située au-dessus du détroit supérieur, s'élève dans le grand bassin ; elle est beaucoup plus large que la moitié inférieure contenue dans le petit bassin, en sorte que si l'on considère la pièce par en haut, on ne voit

(1) Nægele. Des principaux vices de conformation du bassin, trad. Danyau, p. 214.

qu'une faible partie de la ligne innommée, et on n'aperçoit pas du tout l'entrée du bassin. De chaque côté, la tumeur n'est distante de l'ouverture du détroit supérieur que de deux ou trois lignes, de trois lignes et demie au plus, et de la face postérieure du corps des pubis, d'une ligne et demie seulement; en bas, un intervalle de neuf à dix lignes sépare la partie antérieure de la tumeur et l'os pubis.

L'exostose a six pouces onze lignes dans sa plus grande largeur, et six pouces une ligne de large. Le sommet de la tumeur dépasse l'articulation de la troisième vertèbre lombaire avec la quatrième; sa partie la plus inférieure n'est éloignée du sommet du sacrum que de deux lignes et demie.

La texture de l'exostose est compacte et cellulaire; les cellules et les interstices, de formes variées, contenant un liquide jaunâtre, sont formés en partie par une membrane et surtout par des parois osseuses, d'un tissu dur, solide et très-semblable à la portion pétrée des temporaux. Toutes ces cellules sont tapissées par une membrane ténue, blanchâtre. Dans le lieu où l'exostose provient de la seconde vertèbre sacrée, cette vertèbre présente une texture semblable à celle du corps des vertèbres. Le corps des trois premières vertèbres sacrées, et surtout celui de la seconde, sont moins compacts; ils sont boursoufflés, tuméfiés; ce qui a diminué de beaucoup la capacité du canal sacré.

Le bassin, dépouillé de ses parties molles, préparé à l'état sec, avec les deux dernières vertèbres lombaires, une moitié de la troisième et une partie des fémurs sciés à trois pouces au-dessous du col, pèse trente-huit onces un drachme et demi (poids médicinal).

J'ajoute encore l'observation suivante que l'on trouve dans le même ouvrage (Nægele, trad. Danyau).

Obs. XVIII de M. Kibbin, communiquée par M. Campbell.

Anna M..., âgée de 26 ans, bien portante, et en apparence bien conformée, fut prise pour la première fois des douleurs de l'enfantement, le dimanche soir, 27 septembre 1829. M. Macluskan la vit le lundi matin. Ce chirurgien l'ayant examinée, reconnut que le côté gauche du bassin était en grande partie occupé par une volumineuse exostose qui remplissait toute la concavité du sacrum et s'étendait en avant jusqu'à un quart de pouce de la branche gauche du pubis. C'était du côté droit du bassin, c'est-à-dire entre la tumeur et la partie droite de la marge du bassin, qu'il restait le plus d'espace pour le passage du fœtus dont on sentait la main. En cet endroit, on ne trouvait dans la plus grande largeur, que 3 pouces et demi à 4pouce trois quarts (1), et l'espace allait en diminuant, à mesure qu'on approchait, d'un côté, du sacrum, de l'autre, du pubis. Du pubis à la symphyse sacro-iliaque droite, on trouve 3 pouces et demi à 4 pouces. Considérant que l'accouchement serait fort difficile, sinon impossible *per vias naturales*, M. Macluskan réclama les avis des docteurs MM. Donnel et Thomson, accoucheurs expérimentés qui partagèrent son opinion sur l'impossibilité de pratiquer l'*embryulcie*. La femme, vu son état d'indigence, fut conduite à l'hôpital, le mardi à 8 heures du soir. Une consultation eut lieu entre les chefs de service de l'établissement et quelques-uns des chirurgiens et des accoucheurs les plus expérimentés de la ville; on se décida pour l'opération césarienne.

Malgré tous les soins qu'on put donner à cette pauvre femme, son état déjà grave au moment de l'opération, ne fit qu'empirer et la mort survint dix-sept heures après.

*Autopsie.* Le bassin dépouillé de ses parties molles, était bien conformé et avait ses dimensions ordinaires; toute la face antérieure du sacrum, à l'exception de la première pièce et d'une partie de la seconde, était, en quelque sorte, enveloppée par une large exostose de forme conique, se prolongeant, d'une part, en avant, d'où rétrécissement considérable de la cavité pelvienne, et d'autre part, en arrière, plus d'un pouce au-delà de l'épine sciatique. Le coccyx faisait saillie au-devant de la partie inférieure de la tumeur; la partie de cet os qui correspondait à l'excavation du bassin, polie dans quelques points, rugueuse dans d'autres, était coupée de deux ou trois fissures superficielles; la partie qui recouvre le sacrum en arrière, présentait une surface irrégulière, rugueuse. Voici quelques mesures qui furent

(1) Il ne faut pas oublier que le pied anglais n'équivaut qu'à 11 pouces du pied français.

prises : diamètre antéro-postérieur, 4 pouces; diamètre latéral 5 pouces trois huitièmes; diamètre diagonal, 5 pouces; grand diamètre du détroit inférieur (de la symphyse au coccyx), 4 pouces; diamètre transverse, 4 pouces un huitième; du sommet de la tumeur à la partie inférieure de la symphyse, 1 pouce un huitième; du côté droit du détroit supérieur, immédiatement au-dessus du *trou sous-pubien*, à la partie latérale de la tumeur, au niveau de sa plus grande largeur, 1 pouce trois quart, plus en arrière 1 pouce et demi; de la symphyse sacro-iliaque droite à la symphyse du pubis (le plus grand diamètre de l'ouverture pubienne), 3 pouces un quart.

Du côté gauche de la marge du bassin au côté gauche de la tumeur, dans la plus grande largeur, 1 pouce un huitième; cette distance diminue rapidement à mesure qu'on approche du sacrum.

D'après Schröder, on trouverait encore dans les auteurs les cas suivants : Behm (1), dans sa thèse inaugurale a décrit un autre cas d'exostose du bassin ayant nécessité l'opération césarienne. Marchant (2) pratique l'opération césarienne avec succès pour une tumeur osseuse hémisphérique, située à la partie supérieure du sacrum. Wigand, Burns, etc.

On trouve encore relatés par Harris d'autres cas d'exostose du bassin qui ont nécessité l'opération césarienne. (3)

Parmi les *ostéostéatomes* ou tumeurs ostéiformes du tissu cellulaire consécutivement adhérentes aux os, nous citerons les observations du Dr Pellegrini. (4)

Obs. XVII. — Une femme de 38 ans, d'une bonne constitution et mère de 9 enfants, était parvenue sans accidents au terme de sa grossesse. La sage-femme qui lui donnait des soins fit appeler le second jour le Dr Pellegrini. Elle lui apprit que quoique commencé depuis 36 heures, le travail avait marché fort lentement, que la poche des eaux s'était rompue depuis 20 heures et que la tête restait immobile au-dessus du détroit supérieur. La malade ne présentait rien d'extraordinaire à l'extérieur, et le toucher fit reconnaître que les parties

(1) Behm. Monat. f. Gebursk, t. IV, p. 12.

(2) Marchant. Journ. de méd. de Bruxelles, 1864.

(3) Harris Amer. Journ. of. obst., vol. IV, p. 633 et 645.

(4) Lenoir. Atlas compl., p. 101.

étaient bien conformées, on sentait seulement une tumeur dure, immobile, qui adhérant fortement à la partie interne de la symphyse pubienne et qui se portant d'avant en arrière, réduisait à 2 pouces le diamètre antéro-postérieur du bassin. La femme s'étant absolument refusée à l'opération césarienne, on dut pratiquer une embryotomie, irrégulière que le Dr Pellegrini appelle dans sa relation une horrible boucherie, — l'enfant était mort avant l'opération.

La malade mourut 36 heures après l'opération.

L'autopsie permit de reconnaître la nature de la tumeur. Celle-ci mise à nu avait la forme et la grosseur du poing, son grand diamètre était dirigé de haut en bas, sa surface externe était un peu rugueuse, son extrémité supérieure offrait un peu de résistance, en bas et en arrière, elle était excessivement dure. Elle adhérait à toute la face interne de la symphyse pubienne et son adhérence était telle qu'on ne pouvait reconnaître aucun signe de mobilité: cependant on put la séparer du pubis à l'aide d'une dissection attentive.—Elle mesurait:

Hauteur	2 pouces 9 lignes (7 cent. 02.)
Largeur	2 id. — (5 cent. 4. )
Épaisseur	1 id. 10 lign. (4 cent. 95.)

Le diamètre antéro-postérieur du bassin, mesurait 4 pouces 3 lignes (11 cent. 47), les autres présentaient leur dimension ordinaire. Or, si on retranchait de 4 pouces 3 lignes mesure du diamètre sacro-pubien, 1 pouce 10 lignes, épaisseur de la tumeur, il ne restait plus, pour le diamètre antéro-postérieur, que 2 pouces 3 lignes (6 cent. 52.)

La tumeur fendue dans son axe présentait l'aspect d'une grenade. Elle était ossifiée à sa base et dans plusieurs points de son intérieur. Son extrémité supérieure présentait une petite cavité qui contenait une cuillerée d'un liquide huileux épais; quant à sa texture intime, elle paraissait formée d'un mélange de tissu fibreux, cartilagineux et osseux.

A cette observation je crois bon de joindre celle que rapporte Burns dans son traité d'accouchements. (1)

Obs. XX. — Dans un cas effrayant que j'observai il y a quelques années, je rencontrai une tumeur assez volumineuse pour remplir le bassin, et ne permettre qu'à un doigt de passer entre elle. Du côté droit du bassin, elle adhérait depuis la symphyse du pubis, tout à l'entour, jusqu'au sacrum, étant attachée à l'urèthre, au muscle

(1) Burns. Traité d'accouchem., p. 23.

obturateur et au rectum ; elle adhérait intimement au détroit supérieur du bassin et débordait même un peu vers la cavité cotyloïde gauche. Elle était dure, un peu irrégulière et à peine mobile ; la malade, M<sup>me</sup> Broadfoot, était dans son neuvième mois de grossesse : il n'y avait d'autre choix qu'entre l'opération césarienne ou l'extirpation de la tumeur. Le dernier parti fut adopté, et avec l'aide de MM. Cowper et Russel, je fis l'opération, le 16 Mars, quelques heures après que de légères douleurs d'accouchement eurent été ressenties. Une incision fut pratiquée du côté gauche de l'orifice du vagin, du périnée et de l'anus, à travers la peau, la substance cellulaire et le muscle transverse du périnée. Le releveur de l'anus étant largement découvert, la tumeur fut aisément sentie par le doigt. Un cathéter fut introduit dans l'urèthre et la tumeur séparée de l'utérus, du vagin et du rectum, en partie par le scalpel, en partie avec le doigt ; je pus alors la saisir comme la tête d'un enfant ; mais elle était entièrement fixée au bassin : une incision fut pratiquée au dedans avec un bistouri, aussi près du bassin que possible ; mais à cause de la difficulté d'agir sûrement avec cet instrument, j'employai, lorsque j'arrivai à la partie postérieure, les ciseaux que je guidais avec le doigt ; et au lieu de couper tout à travers, je m'arrêtai quand je fus près de la surface postérieure, de peur de blesser le rectum ou un gros vaisseau ; et je terminai l'opération avec une spatule. La tumeur fut ensuite extraite en sa base, où ses attaches aux os furent disséqués aussi près que l'on put. La malade perdit peu de sang. Les douleurs devinrent aussitôt fortes et avant qu'elle fût mise dans son lit, elles furent très-poignantes. Au bout de quatre heures, elle accoucha d'un enfant mort-né, d'une grosseur plus qu'ordinaire ; l'inflammation du péritoine et une grande irritation dans la constitution survinrent ; mais, par un usage prompt et vigoureux des saignées et des purgatifs, le danger disparut et la convalescence alla bien. Dans le mois de mai la blessure fut guérie. En examinant le vagin, on le trouva adhérent comme de coutume au bassin, au rectum, etc. Le bord du bassin était moussé ; et une personne ignorante de l'opération qui avait eu préalablement lieu, ou qui ne verrait pas la cicatrice externe, n'aurait pu découvrir qu'on y avait pratiqué une opération. Après un laps de plus de quinze ans, elle continua de se porter bien, mais depuis elle n'a jamais été enceinte.

Parmi les cas, du reste peu nombreux, d'*ostéosarcome* compliquant la grossesse, je citerai celui qui appartient à M. Stoltz et qui est rapporté par Lenoir. (1)

(1) Atlas complém., p. 9 i.

Obs. XXI. — Elisabeth Fritz, âgée de vingt-neuf ans, bien confor-  
mée, mais délicatement constituée et portant les traces d'une mala-  
die grave qui la mine depuis plusieurs années, est entrée à la  
Clinique de M. Stoltz, le 13 Janvier 1846. Elle était enceinte pour la  
seconde fois, et à la fin du huitième mois de sa grossesse.

A la suite de sa première couche, qui eut lieu spontanément il y a  
trois ans, elle était déjà entrée à la Clinique pour des douleurs vives  
et déchirantes qu'elle ressentait dans le bassin et à la région sacrée.  
On reconnut alors que ces douleurs étaient dues à une tumeur  
saillante dans l'excavation et appliquée sur la face antérieure du  
sacrum. On se convainquit plus tard que cette tumeur était de la  
nature du sarcôme médullaire, quoiqu'elle eût de prime abord l'appa-  
rence fibreuse. Au début de la maladie, les douleurs produites par  
cette tumeur n'avaient lieu que pendant la menstruation ; mais plus  
tard, et depuis son premier accouchement jusqu'à ce jour, elles ont  
été continues, et se sont fait sentir, surtout pendant la nuit, au  
sacrum et dans la fesse gauche.

L'examen fait par le professeur Stoltz, trois mois après le premier  
accouchement, lui fit constater l'existence d'une tumeur interne fixée  
par sa base à l'extrémité coccygienne du sacrum, et ayant environ le  
volume d'un œuf d'oie. A cette époque, on combattit les accidents  
qu'elle produisait par l'application de quelques sangsues, l'usage de  
la morphine, des purgatifs : mais ces moyens ne produisirent que  
peu de soulagement. Néanmoins la malade sortit de la Clinique,  
dans le mois d'octobre suivant, trois mois environ après son entrée.  
Elle rentre à l'hôpital après une absence de quatre mois ; on put  
alors reconnaître que la tumeur avait considérablement augmenté  
de volume, qu'elle avait repoussé le rectum et le vagin en avant, et  
qu'elle présentait une espèce de fluctuation à son centre. On résolut  
de faire une ponction exploratrice dans son intérieur, mais cette  
ponction ne donna issue à aucun liquide, seulement la canule du  
trocart renfermait quelques grains blanchâtres de l'apparence du riz  
ou du sagou cuit.

Quelques jours après cette ponction, on reconnut que la tumeur  
avait augmenté de volume au point qu'on pouvait l'atteindre par  
l'hypogastre ; elle était aussi devenue plus sensible. Plus tard, on  
constata un gonflement inflammatoire de la fesse droite, qui aug-  
menta avec une grande rapidité. On fait une nouvelle ponction par  
le rectum : même résultat qu'à la première ; il ne s'écoule qu'un peu  
de sang et une matière gélatineuse transparente, d'une odeur sper-  
matique. Elle est suivie de douleurs vives, de fièvre, d'insomnie. La  
tumeur augmente encore et devient fluctuante à son centre. Le tou-

De Soyre.

8

cher anal fait reconnaître une communication entre le point fluctuant extérieur et la tumeur du bassin; il s'écoule par la dernière ouverture faite avec le trocart une matière sanieuse et fétide qui tombe dans le rectum et sort constamment par l'anus, d'où on l'enlève par des injections émoullientes. Plus tard encore, on pratique une nouvelle ponction dans le point fluctuant de la fesse, mais avec un bistouri étroit. Il s'en écoule un liquide épais, noirâtre, entremêlé d'une matière purulente, d'une fétidité cadavérique, et paraissant formée de sang décomposé : on évalue à 300 grammes la quantité qui s'en écoule. La fesse s'aplatit et redevient molle; la tumeur de l'excavation se ramollit, sans s'affaisser tout à fait : une mèche de charpie fut placée dans l'ouverture; la malade se sentit soulagée. Les jours suivants, il s'écoula une grande quantité de même liquide fétide qui devint peu à peu plus fluide et plus puriforme. La tumeur s'était affaissée de plus de moitié. L'excrétion des urines, qui, depuis le développement de l'inflammation de la tumeur intérieure et de la fesse, avait été provoquée par la sonde, redevient spontanée. Au moyen d'une sonde exploratrice portée dans la plaie, on reconnaît un large foyer et une grande dénudation du sacrum, qu'on trouve ramolli à sa partie inférieure. La malade était très-maigre; mais le pus était devenu plus crémeux. On applique deux moxas sur les fesses, et on les transforme plus tard en cautères : insensiblement la fièvre diminue et la suppuration devient moins abondante. Quelques jours après, la malade peut se lever et marcher un peu. L'abcès se ferma, les douleurs disparurent, et le toucher rectal fit reconnaître que la tumeur de la concavité du sacrum était affaissée, mais solide, à coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse à peu près indolore.

La malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital. On lui recommanda d'entretenir ses cautères et de ne pas s'exposer à devenir enceinte.

M. Stoltz avait perdu cette femme de vue, lorsqu'elle revint à la Clinique, en janvier 1846, deux ans et demi après sa sortie; elle y revenait enceinte de huit mois, et offrait un accroissement considérable extérieur et intérieur de sa tumeur. Elle raconta que ses règles paraurent huit jours après sa sortie de l'hôpital, et que des douleurs se firent sentir dans le sacrum après elles, pour ne discontinuer qu'au moment où elle devint grosse. Elle souffrait surtout la nuit, et, pendant tout l'hiver de 1844 à 1845, elle n'avait pu rester couchée plusieurs heures de suite; la position assise était devenue aussi de jour en jour plus pénible et enfin presque impossible. Les règles se sont présentées exactement; mais elles ont été accompagnées de tranchées extrêmement douloureuses. Du reste, elle a repris des forces, et elle offre une belle carnation, malgré les douleurs qu'elle a endurées.

On procède à l'examen de cette femme le 13 janvier. Toute la ré-

gion sacrée et fessière forme une saillie en segment de sphère, légèrement déprimée au milieu et verticalement par la ligne de séparation des deux fesses, continuée par la région sacrée. Cette saillie, en forme de tumeur fixée par sa base sur la région postérieure du bassin, présente en hauteur (à la base) 22 centimètres, en largeur 235 millimètres; sa saillie apparente antéro-postérieure est de 10 centimètres; enfin la circonférence, prise à la base, est de 78 centimètres. La peau qui la recouvre est luisante et parsemée de veines dilatées qui lui donnent une teinte bleuâtre; la consistance est molle ou plutôt élastique, et présente une fluctuation apparente en plusieurs endroits, notamment en haut et à gauche, où se trouve une saillie de la forme d'un verre de montre très-convexe. Au-dessous de cet endroit existe encore le cautère appliqué deux ans auparavant: celui du côté droit n'avait pas été entretenu et se trouvait fermé depuis plusieurs mois. La région périnéale est saillante, convexe, l'anüs avance en forme de cône, et toute la région comprise entre lui et le coccyx paraît refoulée en arrière et en bas; la vulve présente une résistance élastique, comme la tumeur de la convexité du sacrum. En écartant les lèvres de la vulve, la paroi postérieure du vagin apparaît sous forme d'une saillie rouge, comme dans le rectocèle. Cette saillie présente au doigt la même résistance que la tumeur principale; enfin, en pénétrant dans le vagin lui-même, on reconnaît que l'excavation pelvienne est occupée par une tumeur lisse, élastique, qui a poussé le vagin en avant et le rectum à gauche contre le trou ovalaire, où il est facile de le reconnaître par la saillie cylindrique qu'il présente et que lui font faire les matières fécales qu'il renferme. On constate d'ailleurs ce fait par le toucher anal.

En poussant le doigt introduit en supination dans le vagin, le long de la symphyse des pubis, on arrive, au niveau de la crête des os, au col de l'utérus. Il forme un mamelon saillant et mou, ainsi que cela arrive dans le dernier mois d'une grossesse tout à fait normale.

On ne peut pas explorer le segment inférieur, et on ne rencontre aucune partie du fœtus. On peut facilement glisser le doigt explorateur en haut, à gauche et à droite, et parcourir ainsi le cintre antérieur du bassin; mais l'espace manque pour le passage de quelque partie que ce soit d'un fœtus à terme.

La tumeur intra-pelvienne est en communication directe avec la tumeur externe. La percussion et même une pression un peu forte se communiquent avec une grande facilité de l'extérieur à l'intérieur, et *vice versa*. On sent même une espèce d'ondulation ou de fluctuation, comme celle qui est le résultat de la mise en mouvement d'un liquide renfermé dans un kyste. La tumeur externe et la tumeur interne n'en forment donc qu'une seule, au milieu de laquelle est com-

pris le sacrum avec toutes les parties qui en sont inséparables, et notamment la queue de cheval et les plexus sacrés.

Le rudiment de tumeur qui restait au devant du sacrum à la sortie de la malade du service de clinique d'accouchement, en juillet 1844, s'était donc de nouveau développé *intus et extra pelvim*, et avait acquis un volume qui rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles.

M. Stoltz, dans le but sans doute de diminuer le volume de la tumeur, y pratiqua une ponction avec un trocart à hydrocèle. Il ne sortit rien; mais la canule amena dans son intérieur une petite quantité de matière molle, transparente et granuleuse, analogue à du sagou bien cuit. Soumise à l'analyse microscopique par M. Huss, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg, cette matière a été reconnue pour être du tissu cancéreux.

Du reste, cette ponction, si elle n'amena aucune diminution dans le volume de la tumeur, ne fut suivie d'aucun accident.

Ce fut dans la nuit du 18 au 19 février que les douleurs de l'enfantement se déclarèrent. M. Stoltz procéda à l'opération césarienne, le 20, à une heure du matin. Celle-ci fut courte et simple; elle permit d'extraire un enfant mâle bien portant. Les suites en furent heureuses. La mère se rétablit en vingt-deux jours; mais elle continua à souffrir dans sa tumeur et dans les extrémités inférieures. La marche et la station assise devinrent plus difficiles.

La tumeur augmenta de volume, se ramollit davantage et son sommet devint brunâtre et marbré. Quatre moxas, appliqués successivement sur la partie gauche et inférieure de celle-ci, sont suivis de beaucoup de soulagement, mais bientôt les douleurs aussi vives qu'avant reparaissent dans la tumeur et dans les extrémités inférieures, que l'application de deux nouveaux moxas ne soulage pas.

Un ramollissement général s'empare de la tumeur, en même temps une toux suivie de l'expectoration de crachats mucoso-purulents fatigue beaucoup la malade. Enfin, une tumeur fongueuse contenant de la matière cérébriforme et fournissant un écoulement de sang assez abondant se développe sur la plaie de l'un des premiers moxas, et exige, pour être réprimée, l'abrasion suivie de nombreuses cautérisations. En dernier lieu, il se joignit aux signes de la cachexie cancéreuse ceux d'une affection putride produite par la fonte sanieuse et la fragmentation spontanée de la tumeur. Des douleurs atroces continuelles arrachent des cris à la malade et lui font désirer la mort. Celle-ci arriva le 8 août.

A l'autopsie, on trouva à la place de la tumeur de la région sacrée, qui est affaissée et vidée, une vaste poche contenant une

espèce de bouillie rougeâtre lie de vin et des esquilles osseuses. En cherchant à déterminer la position et l'état du sacrum, on ne trouve plus que la première fausse vertèbre qui en forme la base. L'aile droite est entière, et l'articulation sacro-iliaque est attaquée seulement à son extrémité inférieure, l'articulation est ouverte largement, et il existe une communication avec l'extérieur par laquelle s'est fait jour le premier abcès ouvert avant que la femme ne devint enceinte. Tout le reste du sacrum a disparu ; ses débris forment des plaques osseuses ou des paillettes de la largeur de l'os *unguis* à celle d'une pièce de 2 francs, mêlées à la matière cérébriforme renfermée dans le sac ou attachées aux cloisons fibreuses qui parcourent ce dermier en différents sens. Les plexus sacrés sont libres au milieu de cette bouillie ; les muscles presque entièrement détruits ne peuvent plus être retrouvés. Le bassin est du reste d'une conformation très-régulière et présente des dimensions normales. Les glandes lymphatiques situées dans la portion lombaire de la colonne vertébrale sont gonflées, doublées au moins de volume et légèrement ramollies, les vaisseaux lymphatiques et le réservoir de Pecquet distendus. Des veines iliaques ouvertes s'écoule un liquide jaunâtre, onctueux, comme huileux. Plus loin, dans la veine cave inférieure, on voit de larges gouttes huileuse mêlées à du sang décoloré et fluide. Le réservoir de Pecquet, incisé, laisse aussi s'écouler un liquide huileux. On ne reconnaît nulle part des traces d'inflammation des veines ou des lymphatiques.

On trouve encore un cas d'ostéosarcome, décrit par Elkington (1), et un cas de fungus médullaire, observé à la clinique d'Iéna, et décrit par Stapf (2), dans sa thèse inaugurale.

Pour ne pas m'étendre plus longuement sur ce chapitre, je signalerai encore, parmi les rétrécissements du bassin provenant de cals difformes, suite de fracture des os du bassin, l'observation rapportée par James Barlow (3), où l'opération césarienne fut nécessitée par l'existence d'une fracture ancienne des os du pubis, fracture consolidée,

(1) British Recorder, t. I, 1848.

(2) Stapf. Schmit's Jahrb., t. LXXXVII. 1855, n° 8, et Atlas complément., Lenoir, p. 96.

(3) Voy. Lenoir. Atlas compl., p. 71.

mais avec chevauchement des deux parties osseuses, le tout englobé dans un cal osseux qui formait une tumeur d'un volume tel, que la face postérieure de ce cal n'était distante que d'un demi-pouce de la face antérieure du sacrum (1 cent. 3).

Je rappellerai encore l'observation de Papavoine(2), où le rétrécissement était moins considérable mais suffisant pour avoir entraîné des difficultés telles à l'accouchement, que la femme mourut des suites de l'opération. Cependant on avait pu le terminer par le forceps. Celle du D<sup>r</sup> David, qui constata, sur une femme morte sans être accouchée, une tumeur provenant du sacrum, et étant le résultat de la soudure de trois pièces de cet os qui avait été brisé dans une chute.

Quant aux fractures et enfoncements de la cavité cotyloïde, Burns (2) rapporte avoir vu, « à la suite de la cavité cotyloïde, des ossifications pointues s'étendre à presque deux pouces dans le bassin. » C'est à peu près la seule indication que nous ayons de ces cas excessivement rares.

Et maintenant quelles indications pouvons-nous tirer de ces genres de rétrécissements, au point de vue spécial qui nous occupe. Il me semble que, dans les cas d'exostose, l'avortement provoqué dans les premiers mois de la grossesse est parfaitement indiqué ; il en est de même des autres tumeurs fixes de l'excavation comme les ostéostéotomes. Cependant, nous voyons, dans ce cas particulier, l'observation rapportée par Burns, où l'extirpation de la tumeur a été couronnée de succès. De plus, ce genre de tumeur peut se ramollir jusqu'à un certain point et permettre au moins le passage d'un enfant né un peu avant le terme régulier.

(1) Voy. Lenoir. Loc. cit., p. 72-75.

(2) Burns. Traité d'accouch., p. 23.

Quant aux ostéosarcomes, j'avoue que la conduite de M. Stoltz est parfaitement expliquée, et je crois que, dans tous les cas où la vie est compromise à courte échéance, comme dans les cas de cancer, de quelque point que vienne cette affection, toute l'attention du médecin devra se porter sur l'enfant. Nous aurons, du reste, à revenir sur ce point spécial, quand nous parlerons des hémorrhagies provenant d'un cancer de l'utérus concomittant à la grossesse.

Quant aux cals difformes, résultant de fractures du bassin, comme dans le cas rapporté par James Barlow, il faudra agir comme pour une exostose, et je dirai même que la conduite du médecin se rapprochera plus encore, dans ce cas, de la ligne que nous avons retracée pour les rétrécissements rachitiques, car il n'aura pas à tenir compte de l'augmentation possible de la tumeur et du retentissement que celle-ci peut avoir jusqu'à un certain point sur la santé générale de la mère.

J'ajouterai, en terminant, que, dans les rétrécissements résultant d'ostéosarcome et d'ostéostéatome, il est presque impossible de donner une formule applicable dans tous les cas, et qu'il faut, en pareille circonstance, comme pour les cas que nous avons à examiner maintenant, laisser une large place à l'appréciation de l'opérateur.

#### *Obstruction de la cavité pelvienne par des tumeurs de l'utérus, du vagin, etc.*

On peut diviser ce chapitre en deux parties. Nous considérerons dans le premier paragraphe, les tumeurs qui proviennent de l'utérus, et dans l'autre partie, les tumeurs qui dérivent des organes voisins ou des autres parties du canal vulvo-utérin.

Les corps fibreux de l'utérus peuvent se présenter sous trois aspects différents : ou bien ils proviennent de la por-

tion cervicale, et font une saillie plus ou moins considérable dans le vagin, ou bien ils sont encore situés dans la cavité utérine, ou bien ils forment au-dessous du péritoine une tumeur plus ou moins considérable, pédiculée ou sessile, et qui, selon son lieu d'implantation sur l'utérus, peut, avec la matrice, pendant la gestation, s'élever dans la cavité abdominale, ou descendre dans l'excavation du bassin, en remplir, presque totalement, la cavité, et faire encore une saillie plus ou moins considérable au-dessus du détroit supérieur.

Nous laisserons donc de côté les corps fibreux intra-utérins et sous-péritonéaux qui séjournent en entier dans la cavité abdominale. Si ces deux variétés peuvent, par leur présence, compromettre la grossesse, en déterminant des hémorrhagies, ils ne sauraient, dans tous les cas, constituer une indication de l'avortement provoqué. Les cas ne sont pas rares où la grossesse s'est continuée jusqu'à terme, et s'est heureusement terminée pour la mère et pour l'enfant, malgré un polype intra-utérin, qui n'a été reconnu qu'au moment où il a été expulsé spontanément peu de temps après le fœtus, ou quand on a été obligé de porter la main jusque dans l'utérus. En voici un exemple :

En 1868, à la société de chirurgie, M. Depaul, au nom de M. le D<sup>r</sup> Falien, fait la communication suivante (1) :

M. le D<sup>r</sup> Falien fut appelé à donner des soins à une dame, âgée de 30 ans, habitant la rue Saint-Honoré. Cette personne était habituellement bien réglée : quoique un peu lymphatique, elle jouissait d'une assez bonne santé.

Cette dame a déjà eu trois grossesses et est accouchée à terme. Les grossesses ont été pénibles, il existait, pendant leur durée, des varices très-développées.

Les dernières règles sont venues du 10 au 15 juillet 1867. Trois mois avant ce quatrième accouchement, on a observé de l'anasarque

(1) Gazette des hôpitaux, 1868, n° 69.

et de l'ascite, lesquels ont disparu, un mois avant l'accouchement, à la suite d'évacuations d'urine extraordinairement abondantes.

Le 14 avril 1867, cette dame fut prise de quelques douleurs et perdit des glaires.

Le 16, à onze heures du soir, le véritable travail commença ; les membranes étaient intactes, elles furent rompues. Quelques instants après, cette dame accoucha spontanément d'une fille peu volumineuse mais bien portante.

La délivrance fut facile, et lorsqu'elle fut terminée, M. Falien introduisit la main dans l'utérus pour extraire des caillots ; il trouva alors un corps dur, lisse, glissant, qu'il ne put saisir.

L'absence de tout accident engagea à temporiser.

Les jours suivants, la malade éprouva quelques malaises et expulsa quelques petits caillots. Le toucher fut pratiqué tous les jours, et on constata que le col reprenait sa forme habituelle.

Les lochies étaient fétides, il existait un peu de douleurs dans la fosse iliaque droite. Puls à 80.

Le 20 avril, quatre jours après l'accouchement, sans qu'il y eût eu de douleur vive, ni d'hémorrhagie, une tumeur volumineuse fut expulsée.

Je n'insiste pas sur ces faits.

Je ne veux parler ici que des tumeurs du col ou de la partie inférieure de l'utérus qui occupent une plus ou moins grande partie du vagin, et de celles qui, faisant saillie à la face extérieure de l'utérus, obstruent plus ou moins complètement l'excavation du petit bassin.

Voici pour le premier groupe une observation de madame Lachapelle.

Obs. XXIII.—Le 8 fév. 1813, nous reçûmes à l'hospice, une femme de forte constitution, et enceinte de 7 mois : depuis 8 jours, elle avait cessé de sentir les mouvements de son enfant, et elle attribuait sa mort présumée à une chute qu'elle avait faite alors. Cette femme avait déjà senti des douleurs à diverses reprises; mais à son arrivée, elles étaient plus fortes et occupaient l'abdomen et les lombes. Le col de la matrice était effacé ; son orifice avait un pouce de diamètre ; mais il était dévié par une tumeur que l'on sentait également à travers les parois du vagin et celles de la matrice, hors de laquelle elle siégeait évidemment. Cette tumeur paraissait renfermée dans les parois laté-

rales et postérieures du col utérin ; elle avait la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, et aurait pu d'autant mieux en imposer à une personne inattentive, qu'on y sentait une dépression semblable à une fontanelle. L'excavation du bassin en était presque totalement obstruée ; mais au-dessus on sentait une poche membraneuse qui devait contenir un enfant.

La rupture de cette poche, qui était comprimée et repoussée en devant, nous donna bientôt la certitude de l'existence d'un fœtus qui heureusement fort petit (8 mois) et mort depuis longtemps, put s'aplatir et passer, sous l'influence des contractions utérines, à travers l'étroit passage qui restait libre (1).

C'est dans ce même chapitre qu'il faut mentionner l'hypertrophie considérable de la lèvre antérieure, qui peut faire obstacle aux progrès de l'accouchement. Nous rappellerons les observations de Cazeaux (2), et le Mémoire lu dernièrement à la Société de chirurgie, sur un fait semblable rapporté par M. Calmeille (3) en faisant remarquer que cette hypertrophie est causée par la grossesse et ne lui pré-existe pas ; il n'y a pas lieu d'y insister ici.

Dans les cas où la tumeur est constatée avant la viabilité du fœtus, faut-il arrêter la grossesse dans sa marche. Nous ne le pensons pas. Le plus souvent on voit, au moment de l'accouchement, les efforts naturels triompher des difficultés apportées par la présence de ce fibrome. Dans tous les cas, on pourra imiter la conduite de M. Danyau (4), qui, dans un cas semblable à celui de madame Lachapelle, énucléa la tumeur située dans la lèvre postérieure et put l'enlever en totalité ; elle pesait 650 grammes et présentait 15 cent. dans son plus grand diamètre.

J'arrive à la partie beaucoup plus intéressante des tumeurs développées à l'extérieur du vagin et en dehors de nos moyens d'action directs.

(1) Pratique des accouchements, M<sup>me</sup> Lachapelle, tome III, p. 381.

(2) Cazeaux, Traité d'accouch., 7<sup>e</sup> éd., p. 714.

(3) Archives de tocologie, 1875, p. 124.

(4) Lambert, thèse de Paris, p. 27.

« Les obstructions du bassin, par des tumeurs fibreuses, dit M. Depaul, sont très-sérieuses. Celles-ci peuvent partir surtout de l'utérus, et ce sont spécialement celles qui naissent de la partie inférieure du corps de cet organe, qui offrent des dangers d'autant plus grands, que la grossesse a pour résultat de les développer dans des proportions considérables. On les voit alors descendre dans l'excavation, se mouler à toutes ses inégalités et s'y enclaver d'une manière définitive, sans qu'il soit possible de les soulever et de les faire sortir. Lorsqu'on est appelé à constater un pareil état pathologique, alors que la grossesse est à terme, il n'y a évidemment que l'opération césarienne qui permette de délivrer la femme.

M. Depaul communique alors l'observation suivante :

Obs. XXIV. — « Je fus, dit M. Depaul, dans son art. *Bassin* du Dict. encyclopédique, appelé à constater une grossesse à terme chez une femme qui présentait un semblable état pathologique. C'était une fruitière de Paris près de laquelle je fus demandé par M. Jacquemier, et je dus faire l'opération césarienne, le seul moyen qui restât de délivrer cette femme. »

Faisant remarquer que ces corps fibreux peuvent avoir pendant la grossesse une influence sur la santé générale de la mère et déterminer des accidents graves, le professeur de la Clinique cite le fait suivant à l'appui de sa description.

Obs. XXV. — « Je fus appelé à Laon près d'une jeune femme qui était arrivée à 4 mois et demi d'une première grossesse, et qui éprouvait des accidents formidables qui exposaient sa vie (arrêt des matières fécales et de l'urine, ténésme et besoin d'expulsion qui la portait à des efforts incessants, etc.). Après examen, je reconnus un corps fibreux de l'utérus engagé dans le bassin, qu'il remplissait si complètement, qu'il me fut impossible de faire pénétrer une sonde en gomme élastique dans le rectum. La matrice, fortement allongée, s'élevait dans la cavité abdominale. On n'arrivait que très-difficilement à son col très-élevé, à travers un espace étroit qui existait en arrière, du côté du rectum. Mon avis, après avoir examiné avec tout

le soin possible et m'être assuré que la vie de la femme était en péril fut qu'il fallait sacrifier la grossesse en provoquant l'avortement. Je crus cependant qu'on pouvait attendre un ou deux jours, et je repartis pour Paris. Mais deux heures s'étaient à peine écoulées, que je fus redemandé par la famille et par les confrères qui étaient auprès de la malade. La situation était des plus critiques, la mort imminente; j'introduisis une sonde dans la cavité utérine, et je décollai une partie de l'œuf; le travail ne tarda pas à se déclarer, et quelques heures après le fœtus complètement aplati fut expulsé. Le délivre ne tarda pas à suivre; presque aussitôt les accidents se calmèrent, et la malade se rétablit. Elle vint à Paris quelques mois après, et je pus l'examiner et la faire examiner à mon collègue M. Danyau. La tumeur, qui s'était singulièrement réduite, n'offrait plus que le volume d'une petite pomme. Elle naissait tout près du col, au-dessus de l'insertion vaginale. Comme on le pense bien, je conseillai d'éviter une seconde grossesse. »

Ce cas présente des indications spéciales, mais ce ne sont pas, à proprement parler, des accidents propres à un corps fibreux, et nous trouverons, surtout en parlant de la rétroversion des observations semblables.

Au point de vue qui nous occupe, on ne peut pas dire que ce soit la présence du corps fibreux qui ait déterminé M. Depaul à provoquer l'avortement, mais bien plutôt l'état de santé général de la femme, la menace de la mort qui allait survenir. Aussi croyons-nous ne pas devoir nous appesantir sur cette observation. Cette question, toute spéciale qu'elle soit, déterminée par un corps fibreux ou par un utérus rétroversé, sera étudiée avec plus de fruit dans une autre partie de ce travail. Pour le moment, c'est du chapitre des obstacles mécaniques que nous nous occupons.

Dans ce même article du Dictionnaire encyclopédique, M. Depaul cite ce fait, qu'au moment où il écrit, MM. Guéniot et Tarnier donnent leurs soins à une femme enceinte de 8 mois, dont l'excavation du bassin est remplie par une tumeur fibreuse volumineuse, pour laquelle le premier de

ces deux opérateurs, sera, selon toutes les probabilités, obligé de pratiquer l'opération césarienne.

Je crois devoir rapporter ici cette observation si intéressante de M. le D<sup>r</sup> Guéniot, opération qui, transmise plus tard à la Société de chirurgie, fut le point de départ d'une discussion fort instructive.

Obs. XXVI. — M. Guéniot. — Accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin.

Le 5 mars dernier, je fus prié de donner mes soins à M<sup>me</sup> C..., alors enceinte de près de sept mois et affectée de corps fibreux de la matrice. Cette dame âgée de 40 ans, d'une constitution délicate, très-amaigrie et très-souffrante de son état de grossesse, ne quittait plus son appartement depuis quatre mois. Épuisée de longue date par des pertes sanguines abondantes, puis minée par des excès fébriles quotidiens, par des vomissements et une difficulté considérable des excréctions intestinale et urinaire, etc., elle semblait menacée de ne pouvoir atteindre sans accident fatal le terme de sa grossesse.

Des règles dès l'origine prolongées, très-abondantes, et qui, dans ces dernières années, avaient atteint chaque mois seize à dix-sept jours de durée; l'expulsion, habituelle à ces mêmes époques, de caillots sanguins qui donnaient au flux menstruel un caractère franchement hémorrhagique; une première grossesse (la seule qui eût précédé la grossesse actuelle), laquelle se termina, il y a dix-huit ans, par la naissance facile d'une fille qui mourut à l'âge de 5 ans 1/2; le début et l'accroissement successif de plusieurs corps fibreux utérins, dont le premier fut constaté il y a trois ans; une atteinte de péritonite grave en novembre 1866, péritonite que le regrettable professeur Jarjavay jugea être la conséquence d'une hématoécèle périutérine; enfin, après un traitement prolongé de ce dernier accident, l'existence d'une légère amélioration dans l'état général, de même que la diminution dans l'abondance du flux de la dernière époque menstruelle, époque qui ne dura que huit jours au lieu de dix-sept (du 4 au 12 août 1867): telles sont les principales circonstances antécédentes qu'il convient de mentionner.

Par l'examen direct de la malade, je constatai que son abdomen était très-proéminent et plus développé que ne le comporte une grossesse ordinaire de sept mois, d'où une grande gêne des mouvements et de la respiration. La matrice elle-même était volumineuse, inclinée en avant. Plusieurs petites tumeurs fibreuses, mobiles et dures, se reconnaissaient, à la palpation, dans l'épaisseur ou à la surface de

ses parois. Ces dernières, généralement souples et indolores à la pression, permettaient de distinguer assez nettement quelques parties fœtales. Il me fut, toutefois, alors impossible de préciser la situation exacte de l'enfant.

A l'aide du toucher, je trouvai une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, d'une dureté élastique, qui remplissait presque entièrement l'excavation pelvienne. De tous côtés, le doigt rencontrait cette tumeur qui repoussait en avant le col utérin et aplatisait le rectum en arrière. Un intervalle de 3 centimètres à peine semblait la séparer des pubis, et c'est en ce point que le col utérin, très-élevé, déformé, aplati, se trouvait refoulé contre la vessie. A sa partie inférieure, la tumeur correspondait au coccyx; mais ses limites supérieures, même par le toucher rectal, échappaient à toute investigation. Sa situation en arrière et au-dessous du segment inférieur de la matrice explique comment le palper hypogastrique ne me fournit également aucune donnée à cet égard. Les pressions exercées avec le doigt à sa surface étaient douloureuses et ne produisaient aucun déplacement de sa masse.

Il s'agissait donc d'une tumeur dure, volumineuse et fixe, implantée sur la face postérieure de la matrice, probablement vers la jonction du corps et du col, et anticipant sur ce dernier, tumeur située au-dessous du péritoine, refoulant en bas la muqueuse vaginale, et remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin. Cette tumeur, à n'en pas douter, était bien celle dont le professeur Jarjavay avait, plus d'un an auparavant, constaté l'existence, et qu'il avait représentée, avec quelque exagération à la malade, comme « ayant le volume d'une tête d'enfant et la dureté du marbre. » Evidemment, c'était là une tumeur fibreuse de l'utérus, qui, à moins de circonstances très-exceptionnelles, mettrait un obstacle absolu au passage de l'enfant par les voies naturelles. Les seules éventualités, en effet, qui pussent faire éviter l'opération césarienne étaient les suivantes :

1° La mort prématurée du fœtus, suivie d'une macération prolongée de ses parties dans le liquide amniotique, pouvait provoquer dans ces dernières un ramollissement tel, qu'elles devinssent assez réducibles pour traverser, à la manière d'un linge mouillé, un col même extrêmement étroit.

2° Quoique la grossesse fût déjà fort avancée et que la tumeur fût restée jusque-là très-consistante, celle-ci cependant pouvait encore, avant l'échéance des neuf mois, se ramollir assez pour permettre une réduction notable de son volume et, en conséquence, une augmentation proportionnelle dans le calibre du canal rétréci.

3° Enfin, malgré son volume, sa fixité probable et son espèce d'enclavement dans le petit bassin, la tumeur pouvait à la rigueur se

déplacer et remonter au-dessus du détroit supérieur, de manière à rendre libre le canal pelvien.

Mais si de tels faits étaient possibles, leur réalisation me paraissait si problématique, ou plutôt si improbable qu'il eût été déraisonnable de fonder sur elle un espoir sérieux. En face d'une situation aussi périlleuse pour M<sup>me</sup> C..., je me hâtai de provoquer une consultation, et, le 11 mars, MM. Depaul et Tarnier voulurent bien, après un examen minutieux de la malade, m'éclairer de leurs avis. Il parut à M. Depaul que l'espace laissé libre entre la tumeur et les pubis était peut-être plus étroit encore que je ne l'ai indiqué ci-dessus. M. Tarnier exprima un certain espoir dans le ramollissement prochain de la tumeur. Bref, à part ces nuances d'opinions, l'état de choses était si nettement dessiné que nous fûmes unanimes pour admettre : 1° Qu'il convenait de laisser la grossesse continuer son cours jusqu'à terme; 2° qu'il serait toutefois nécessaire, à huit mois révolus, d'explorer de nouveau avec soin la tumeur, à l'effet de s'assurer si elle n'avait pas subi, soit dans sa consistance, soit dans son siège, quelque changement qui pût faire sérieusement espérer un accouchement par les voies naturelles; 3° enfin, qu'en l'absence de ces modifications (toute réserve faite, bien entendu, pour celles qui pourraient encore se produire dans le cours du neuvième mois), la section césarienne était la seule ressource qui restât pour délivrer M<sup>me</sup> C..., et, en conséquence, que cette opération devait être, en principe, complètement décidée pour l'époque du travail.

Le 14 avril, c'est-à-dire à huit mois de grossesse, j'explorai de nouveau minutieusement et la tumeur et la matrice. Cette dernière avait notablement augmenté de volume. Les petits fibrômes durs et saillants de son corps se distinguaient aisément, même à l'œil, à travers la paroi abdominale. Le liquide amniotique paraissait être un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. L'enfant, dès lors, était assez mobile; sa tête correspondait à l'hypochondre gauche de la mère, son extrémité pelvienne à la fosse iliaque droite et son dos était dirigé vers l'hypochondre droit. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au-dessus de l'ombilic. La souplesse des parois utérines me permit de déterminer très-nettement cette situation des parties fœtales.

Quant à la tumeur intra-pelvienne, elle présentait exactement les mêmes caractères que précédemment; elle n'avait, en particulier, subi aucune modification notable, soit dans son siège, soit dans sa consistance. Toute réserve faite pour le cas d'un déplacement ultérieur de sa masse (déplacement dont la possibilité était admise, mais dont la réalisation était à peu près inespérée), l'opération césarienne fut donc définitivement résolue pour le temps du travail.

L'état de santé de M<sup>me</sup> C..., déjà si alarmant le 5 mars, lors de ma première visite, ne fit qu'empirer peu à peu avec le cours de la grossesse. C'est à peine si, grâce à l'emploi très-circonspect de certains médicaments (calmants, laxatifs, eaux minérales, toniques, etc.), la malade put obtenir, avec quelques périodes de mieux-être passager, un faible ralentissement dans les progrès de l'anémie, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la déperdition des forces, etc. Ces divers symptômes finirent, en effet, par atteindre leur degré le plus extrême. Une teinte jaunâtre de la peau, une toux fatigante et l'insomnie qui en est la conséquence, vinrent encore, sur la fin de la grossesse, augmenter la gravité du pronostic. Un courage exceptionnel soutenu par de vifs sentiments religieux et un ardent désir de progéniture, un esprit résolu et une docilité parfaite à suivre mes conseils, constituaient en réalité, chez M<sup>me</sup> C..., les seules ressources qui permettent peut-être de ne pas absolument désespérer de sa situation.

C'est dans ces conditions que, le 17 mai dernier, après deux ou trois jours de malaise, d'insomnie et de fatigue plus grande encore que de coutume, la malade fut prise des premières douleurs de l'accouchement, vers six heures du matin. A huit heures, les membranes se rompirent brusquement et donnèrent lieu à un écoulement abondant de liquide amniotique. De là, suspension presque complète du travail et sentiment de bien-être chez la patiente, dont l'abdomen avait perdu sa tension douloureuse.

A neuf heures, je constatai que la tumeur avait subi un déplacement très-sensible : elle était moins accessible au doigt et se trouvait refoulée à droite et en arrière de manière à laisser, derrière le pubis gauche, un espace libre d'environ 5 centimètres. L'orifice utérin avait acquis la largeur d'une pièce de 5 francs, et la mollesse de ses bords indiquait que sa dilatation avait été plus grande. Quant à l'enfant, dont j'avais encore, une dizaine de jours auparavant, reconnu la tête dans l'hypochondre gauche et l'extrémité pelvienne dans la fosse iliaque droite, il se présentait manifestement en première position du sommet. L'exploration des sutures et fontanelles, jointe à d'autres signes, ne me laissa aucun doute à cet égard. Il avait donc, depuis peu, effectué spontanément une mutation complète. Les choses étant ainsi, je recommandai à madame C... de garder la position couchée, afin d'éviter une trop grande déperdition de liquide amniotique, puis de s'incliner fortement lors des contractions, sur le côté gauche, à l'effet de favoriser, par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension déjà commencée de la tumeur pelvienne.

Vers deux heures de l'après-midi, le travail reprit son cours régulier ; les contractions étaient bonnes, et l'état général de la malade

relativement satisfaisant. La tumeur continua de s'élever peu à peu vers l'abdomen en déterminant, à chaque contraction, une vive douleur ou sorte de déchirement dans la région iliaque droite. Je pensai que ce phénomène était dû soit à la rupture de quelques adhérences, soit au frottement exercé par la tumeur dans son mouvement ascensionnel, et je ne m'en préoccupai pas autrement. La tête fœtale, retenue au-dessus et en arrière du pubis gauche, n'attendait évidemment, pour pénétrer dans le petit bassin, que la disparition de l'obstacle. Aussi, vers dix heures du soir, dès que la tumeur fut remontée au-dessus du détroit supérieur, le sommet prit sa place et descendit dans l'excavation pelvienne en première position. A partir de ce moment, l'accouchement suivit une marche ordinaire, et à deux heures du matin, pour éviter à la patiente une prolongation fâcheuse du travail, j'appliquai le forceps sur la tête, arrivée au détroit inférieur. L'enfant fut extrait en parfait état de santé : il était volumineux, du sexe masculin et pesait plus de 7 livres (3 kil. 550 gr.). Quelques vomissements glaireux, un sentiment d'extrême faiblesse chez la malade et une difficulté particulière dans l'amincissement du bord antérieur de l'orifice utérin, telles sont les seules autres particularités du travail qui méritent d'être signalées. Sa durée totale, abstraction faite des six heures de suspension, fut d'environ quatorze heures.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, madame C... éprouva une sorte d'anéantissement général et de *feu intérieur* qui, joints à une distension gazeuse subite des régions supérieures de l'abdomen, me causèrent la plus grande inquiétude. Ces phénomènes furent heureusement de courte durée. L'utérus, quoique bien rétracté, ne décolla le placenta que tardivement, et je dus attendre plus d'une demi-heure avant d'opérer la délivrance qui, d'ailleurs, n'offrit pas d'autre irrégularité.

Tout se trouvait donc réuni dans cette observation qui aurait pu faire pencher la balance en faveur de l'avortement provoqué. Mais au moment où M. Guéniot fut appelé, la grossesse datait déjà de 7 mois, et l'on ne pouvait plus songer à ce moyen. Mais c'est alors que cette question peut être posée : si cette dame se représentait aujourd'hui à un accoucheur, alors que sa grossesse n'aurait pas dépassé le terme de 4 mois, quelle devrait être la conduite du praticien ?

Evidemment, il faudrait agir de même et laisser la grossesse aller jusqu'à terme. C'est ce qui ressort du reste de l'observation absolument semblable que M. Depaul (1) a communiquée à la Société de chirurgie quelque temps après celle de M. Guéniot. Cependant, il ne faudrait pas croire que toutes les tumeurs remontent au-dessus du détroit supérieur pour laisser passer le fœtus. M. Blot (2), dans cette même discussion, a relaté un fait dont il fut témoin, où la tumeur avait contracté des adhérences avec les parties environnantes, ce qui l'empêcha sans doute d'opérer sa translation.

Du reste, nous ne pouvons mieux faire que de citer, à l'égard de la conduite du médecin en pareil cas, les sages paroles de M. Tarnier (2), qui est venu, lui aussi, apporter son contingent d'observations intéressantes dans cette question des tumeurs fibreuses.

M. Tarnier, après avoir discuté la question de l'hypertrophie et du ramollissement de ces tumeurs pendant la grossesse, de leur diminution graduelle après la gestation, établit, qu'en ce qui concerne la grossesse, elles peuvent, en prédisposant aux hémorrhagies, rendre plus facile l'expulsion d'un œuf avant terme, que de plus, elles ont sur la santé générale une influence fâcheuse qu'on ne saurait mettre en doute. « Sur 42 observations que j'ai pu réunir, dit-il, j'ai trouvé 4 cas dans lesquels la santé et la vie des malades ont été très-sérieusement compromises. Dans une observation qui m'est personnelle, celle d'une malade de la rue de la Roquette, la santé, qui avait été excellente jusqu'au milieu de la grossesse, s'altéra rapidement à dater de cette époque. La malade ressentait d'horribles douleurs dans le ventre, était tourmentée par des envies d'uriner

(1) Gaz des hôp., 1867, p. 374.

(2) Gaz. des hôp., 1868, p. 147.

incessantes et très-douloureuses ; elle maigrit rapidement, s'étiola, et à 7 mois et demi, je fus obligé de provoquer artificiellement l'accouchement, plutôt à cause de l'état de santé de la femme, qu'à cause d'une tumeur fibreuse dans l'excavation. Dans trois autres observations de Pillore, Wegscheider, Thibaud et Malgaigne, les malades ressentirent également de très-vives douleurs dans le ventre, furent tourmentées par une diarrhée ou une constipation excessive, quelquefois par de la rétention d'urine. Ces faits confirment l'observation de M. Depaul sur la femme de Laon ; sans doute, de pareils accidents ne sont pas fréquents, mais ils sont possibles, et ils peuvent être assez graves pour obliger les accoucheurs à provoquer l'avortement comme l'a fait M. Depaul, ou à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, comme je m'y suis décidé moi-même. »

On voit donc que la provocation de l'avortement ne trouve son indication que dans l'état de santé général de la femme. Cependant, il y a des tumeurs fixes qui, malgré le ramollissement, ne laisseront pas passer le fœtus. Il faudra alors, quand la grossesse arrivera au terme, après avoir accordé au travail un certain temps pour permettre à la tumeur de se déplacer, si ce résultat ne se produit pas : il faudra, dis-je, faire le choix entre l'embryotomie et l'opération césarienne, choix qui sera établi selon le plus ou moins de place qui restera entre la tumeur et les parois du bassin.

Je m'arrête après avoir rapporté les paroles du savant professeur de la Maternité, qui a si bien résumé en peu de mots toute l'influence des myômes utérins par rapport à la grossesse et à l'accouchement. Je n'ai cité dans ce chapitre que 4 ou 5 observations. Mais ce ne sont pas les exemples qui manquent, surtout depuis la discussion sur ce sujet à la

Société de chirurgie. Je renvoie donc ceux qui désireront de plus grands détails à la thèse fort bien faite de M. Lambert sur les myômes utérins.

*Tumeur formée par un cancer du col de la matrice.*

La question du cancer du col est très-complexe. En effet, nous avons à nous préoccuper de la masse de la tumeur qui peut faire obstacle à l'accouchement en obstruant plus ou moins le vagin. En voici une observation.

Obs. XXVII.—Dans un cas de cancer du col de l'utérus, compliquant une grossesse, Oldham plaça la malade sous l'influence du chloroforme au commencement du travail, et comme, à cause du volume de la masse cancéreuse, il était évident que l'enfant ne pourrait sortir par les voies naturelles, le chirurgien pratiqua l'opération césarienne et sauva l'enfant. La mère se rétablit et survécut quelque temps après l'opération (1).

D'un autre côté, cette tumeur développée dans le col de la matrice peut, au moment du travail, empêcher la dilatation de l'orifice de se faire régulièrement, et, par conséquent, devenir un obstacle sérieux à l'accouchement. Dans le mémoire publié par M. Chantreuil, sur ce sujet, nous trouvons plusieurs exemples de ces difficultés. Enfin, la grossesse peut exagérer les hémorrhagies qui s'observent d'habitude dans cette maladie.

Or, quand nous nous trouverons en présence d'une femme affectée d'un cancer du col, devra-t-on provoquer l'avortement ?

Je ne crains pas de répondre ici par la négative. En effet, il est d'abord très-rare que la production morbide soit aussi considérable que dans le cas du D<sup>r</sup> Oldham ; mais, en supposant qu'il en soit ainsi, c'est le cas de se demander si nous devons protéger la mère condamnée par le fait même

(1) Du cancer de l'utérus, etc., par M. G. Chantreuil.

de son affection aux dépens du fœtus. Dans le cas particulier où il se trouvait, le D<sup>r</sup> Oldham a fort bien fait.

D'un autre côté, la provocation de l'accouchement n'est pas une chose facile à obtenir dans ces cas là. Le col envahi par la production carcinomateuse ne se laisse que bien difficilement dilater au terme de la grossesse, par les efforts du travail régulier. Il est moins sensible à toutes les excitations que l'on peut porter sur lui, excitations qui n'ont généralement pour résultat que de déterminer une grave hémorrhagie. Si l'on s'adresse à un autre procédé, comme la rupture des membranes, on court le risque de voir l'œuf se rompre, le fœtus mourir, séjourner dans la cavité utérine un temps plus ou moins long sans être expulsé, et là, se putréfiant, être cause d'accidents plus graves que ceux que l'on voulait éviter par cette méthode.

#### *Obstructions du canal vulvo utérin.*

Nous avons vu, dans l'un des paragraphes précédents, que le vagin pouvait être rempli par une tumeur provenant du col de la matrice, soit par un polype, soit par une hypertrophie de la lèvre antérieure, soit même par une production cancéreuse du col de la matrice. Nous allons passer rapidement sur d'autres causes d'obstructions du canal pelvien qui ne sauraient entraîner l'indication de l'avortement provoqué. Nous mettrons, en première ligne, le cancer du vagin, dont nous trouvons un exemple fort intéressant publié par le D<sup>r</sup> Bailly.

OBS. XXVIII. — Cancer volumineux de la cloison recto-vaginale; accouchement naturel à terme. Par M. Bailly, professeur agrégé

Le 6 août 1872, de bonne heure, M<sup>me</sup> Mittelhauser, sage-femme, m'appelle rue du Petit-Carreau, près de M<sup>me</sup> P..., sa cliente, en travail d'accouchement et à terme. Elle trouve chez cette femme, me

dit-elle, le vagin obstrué en partie par une tumeur dure, dont elle ne s'explique pas la nature, et pour laquelle elle désire avoir mon avis.

La parturiente est une femme de 28 ans, blonde, maigre, de constitution affaiblie. Elle a eu quatre couches à terme, naturelles et assez promptes, à de courts intervalles de douze à dix-huit mois. Aucun phénomène anormal n'a signalé les six premiers mois de sa grossesse; mais, pendant les trois derniers, elle a perdu d'une façon continue, par la vulve, un liquide séreux ou lactescent, parfois rougeâtre, et d'une odeur fade, non fétide. Depuis quinze jours, cette perte était très-abondante, continuelle, et lui avait fait croire à un écoulement des eaux de l'amnios. Toutes les deux ou trois heures, les ingles dont elle se garnissait étaient imprégnés de ce liquide, et il allait les renouveler. Les draps du lit étaient pareillement mouillés toutes les nuits. Aucune douleur d'ailleurs à l'intérieur du bassin, sauf pendant les rapports sexuels, qui étaient constamment suivis, dans ces derniers temps, d'une petite hémorrhagie.

Après avoir recueilli ces renseignements, je touche et trouve la cloison recto-vaginale épaissie par une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur, de forme allongée, commence à un pouce de l'orifice vulvaire, et se termine au-dessous du cul-de-sac postérieur du vagin. Sa surface de ce côté est inégale, bosselée, et uniformément dure.

Cette exploration digitale, faite pourtant avec ménagement, détermine une petite perte. En entr'ouvrant avec la main l'orifice vulvo-vaginal, on peut apercevoir l'extrémité inférieure de la tumeur. Sa surface en ce point est lisse, non ulcérée et d'une teinte blanchâtre qui contraste avec la coloration rouge foncé des portions saines du vagin.

Du côté du rectum, la tumeur semble plus large et plus régulièrement arrondie que du côté du vagin; elle forme également une saillie considérable, qui comprime le doigt porté dans le rectum, et remplit la concavité du sacrum.

Ainsi que je l'ai dit, M<sup>me</sup> P... est en travail. Les contractions utérines sont rapprochées et plus douloureuses que dans les couches précédentes. L'ouverture du col égale le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le crâne se présente et remplit déjà le tiers supérieur de l'excavation. Comme malgré son volume cette tumeur pouvait permettre un accouchement naturel, je laisse M<sup>me</sup> Mittelhauser près de sa cliente, me réservant d'intervenir plus tard, s'il en est besoin.

Je reviens à neuf heures et demie du matin, et trouve M<sup>me</sup> P... heureusement accouchée d'une fille bien constituée et d'un volume

ordinaire. J'apprends de la sage-femme que l'accouchement s'est terminé spontanément vers neuf heures ; que, pendant la période d'expulsion, la paroi postérieure du vagin et la tumeur avaient été à peu près chassées par la tête de l'enfant hors de la vulve, formant en arrière de cette ouverture une tumeur livide et hideuse, du volume du poing ; qu'ayant pris soin de soutenir cette masse pendant le passage de la tête, celle-ci avait heureusement franchi l'anneau vulvaire, après quoi toutes les parties prolabées s'étaient spontanément réduites ; qu'enfin aucune déchirure ni aucune hémorrhagie inquiétante ne s'étaient produites à la surface de la masse indurée du vagin, ni pendant le travail, ni pendant et après la délivrance, qui fut opérée naturellement au bout de dix minutes.

L'introduction du doigt dans le vagin confirme que la tumeur a repris sa place dans l'excavation pelvienne. Elle paraît aussi volumineuse que pendant mon premier toucher, mais peut-être plus inégale et rugueuse. L'écoulement sanguin est modéré, et l'état général mauvais de la fin de la grossesse n'est point aggravé.

M<sup>me</sup> P... se rétablit assez vite et se lève le onzième jour. Elle vient me voir au bout d'un mois. Je la trouve d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes, et dans un état de cachexie avancée. Elle me dit que, depuis son accouchement, la marche, les mouvements, provoquent de fréquentes hémorrhagies. Elle en éprouve quelquefois étant couchée. Dans l'intervalle de ces pertes sanglantes, elle est constamment mouillée par une sérosité blanchâtre fade, extrêmement abondante.

Le spéculum introduit avec difficulté jusqu'au milieu du vagin seulement, découvre une masse considérable à surface mamelonnée, blanchâtre, occupant toute la paroi postérieure du vagin. La consistance de la tumeur me paraît aujourd'hui beaucoup moins ferme qu'au moment de l'accouchement. Le contact du doigt et de l'instrument provoquent presque aussitôt une hémorrhagie assez considérable et une douleur accompagnée d'un sentiment de faiblesse, qui m'obligent à suspendre mon exploration.

Le 16 décembre 1872, je désire m'assurer de l'état de M<sup>me</sup> P..., et j'apprends que, repoussée de l'atelier dans lequel elle travaillait à cause de l'odeur incommode qu'exhalent les liquides qu'elle perd incessamment par la vulve, pressée d'ailleurs par une faiblesse croissante et par la misère, elle s'est décidée à entrer dans un hôpital, où les progrès incessants de son mal font entrevoir la fin prochaine de cette malheureuse femme.

Nous voyons comment les choses se sont passées au moment de l'accouchement, et il y a lieu d'espérer que les

choses se passeront toujours ainsi. Cependant on trouve, dans la thèse du D<sup>r</sup> Marchand le récit d'une opération césarienne pratiquée par Leduc et Gauthier pour un squirrhe qui n'avait pas permis l'entrée du doigt, tant le vagin était étroit (1). Dans des cas de cancer du vagin, comme dans ceux de cancer du col, le danger que l'on doit craindre pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, c'est l'hémorrhagie, qui peut être considérable. Pendant les premiers temps de la gestation, toute la préoccupation du médecin sera donc de permettre à la grossesse de poursuivre son cours le plus longtemps possible, afin que si un accident arrivait à la mère, le fœtus soit parvenu à une époque où l'on pût espérer de le sauver.

Il n'y aurait lieu de provoquer l'avortement que, si la mère était dans un tel état de faiblesse, par suite des pertes successives, on pût craindre sa mort dans un délai trop court pour que le fœtus puisse arriver à la viabilité. Dans ce cas, on pourrait tenter l'avortement dans l'intérêt de la mère, mais je doute fort, qu'en pareille circonstance, on obtienne quelque résultat même passable.

Il ne faut pas oublier, en effet, comme nous l'avons noté précédemment, que la grossesse et l'accouchement précipitent, en général, la marche de ces affections cancéreuses.

Je ne parle pas des autres affections du vagin, les brides transversales, les rétractions cicatricielles, etc., j'ajoute seulement une observation fort intéressante de kyste de la paroi vulvo-vaginale due à M. Guéniot.

Obs. XXIX. — Grossesse compliquée de tumeur hydatique.

Le 11 janvier 1863, mon ami le docteur Maurice Raynaud me pria d'examiner et de prendre sous ma direction une femme en état de parturition, qui était entrée la veille dans le service de M. Hardy, à

(1) Puchelt de Tumoribus in pelvi partum impeduntibus.

l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, âgée de vingt-sept ans, bien conformée et jouissant d'une bonne santé habituelle, avait eu déjà deux grossesses qui s'étaient terminées l'une et l'autre facilement, la première à sept mois et la seconde à terme, après deux heures de travail seulement. Devenue enceinte pour la troisième fois, après plus de deux ans de vacuité, elle n'éprouva, durant sa grossesse, aucune gêne notable qui pût faire présumer l'existence d'une complication. A part quelques vomissements pendant les deux premiers mois, elle traversa tout le temps de la gestation avec une santé excellente. Les garde-robes furent toujours normales et la miction, quoique plus fréquente et plus abondante, ne fut jamais douloureuse. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait eu encore des rapports avec son mari, sans qu'il en résultât la moindre gêne et sans que ni l'un ni l'autre soupçonnât quelque chose d'anormal.

Le travail s'étant déclaré le 10 janvier, vers sept heures du soir, M. Hardy examina, dès le lendemain, la parturiente, et trouva, dans la haut du vagin, une tumeur volumineuse qu'il prit d'abord, en raison de sa forme sphérique et de sa consistance élastique, pour la poche membraneuse d'un second fœtus. Mais après une exploration plus complète, il ne tarda pas à reconnaître que la grossesse était simple et non composée, que l'œuf déjà rompu avait perdu une partie de son liquide et, enfin, que la tumeur était d'origine pathologique. M. Reynaud examina à son tour et arriva aux mêmes conclusions que M. Hardy. Mais quelle était la nature de cette tumeur qui commençait à entraver le travail, et surtout que convenait-il de faire en telle circonstance ? C'est ce qu'il s'agissait de déterminer, et c'est alors que ces messieurs voulurent bien me confier la direction de l'accouchement.

Il était trois heures et demie, le 11, quand je vis la malade pour la première fois. Le travail durait depuis vingt heures ; les contractions utérines, de moyenne intensité, revenaient toutes les six à huit minutes et les eaux étaient en partie écoulées. L'orifice utérin, large comme une pièce de cinq francs, avait une forme elliptique à grand diamètre transversal. Il était assez élevé et fortement repoussé en avant par la tumeur. On pouvait néanmoins percevoir le crâne de l'enfant qui était retenu au-dessus du détroit abdominal et se présentait en première position. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à gauche et en avant.

Quant à la tumeur, elle siégeait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, commençant vers le milieu de la hauteur de cette cloison et s'élevant à un niveau inaccessible au doigt. Très-exactement médiane, explorable à la fois par le vagin et le rectum, elle échappait à tout examen dans sa partie supérieure. Plus volumi-

neuse que le poing et régulièrement sphérique, elle repoussait en avant la muqueuse vaginale qui glissait à sa surface, et en arrière, la paroi rectale qui était aussi restée indépendante. Sa consistance était ferme, élastique, semblable à celle d'une vessie fortement distendue. Elle n'était ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile, et remplissait en grande partie l'excavation pelvienne, ne laissant entre sa face antérieure et les pubis qu'un intervalle d'environ 4 centimètres. Enfin, aucun sillon ou sinus ne séparait la paroi antérieure de cette tumeur du bord postérieur de l'orifice utérin, de telle sorte que le doigt explorateur passait d'une façon continue du vagin dans le segment inférieur de la matrice.

En présence de ces caractères, surtout de cette sphéricité et de cette régularité parfaites de la tumeur, de même que de sa rénitence particulière et de son élasticité, il ne me parut pas douteux qu'il s'agissait d'une tumeur liquide. Aussi, bien que je ne pusse faire que des conjectures sur sa nature, j'étais à la rigueur suffisamment renseigné au point de vue des indications obstétricales. L'état général de la femme étant toujours très-satisfaisant et le fœtus ne paraissant jusque-là nullement souffrir, je conseillai de différer toute intervention, afin de laisser encore à la nature la faculté d'agir efficacement.

A huit heures, malgré la continuation des douleurs, le travail n'avait pas avancé et les choses étaient exactement dans le même état qu'auparavant, avec de la fatigue et des craintes de plus du côté de la patiente. J'invitai alors l'interne de garde, M. Gingeot, à ponctionner la tumeur. L'opération fut faite, à travers le vagin, au moyen d'un trocart fin, et donna lieu à l'issue de 95 grammes d'un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche.

Ce dernier cessant de couler, quoique la tumeur n'eût diminué que d'environ le tiers de son volume, je voulus en rechercher la cause et fus bientôt frappé d'un frémissement particulier très-accusé qui était transmis à ma main par la canule. Ces vibrations, extrêmement sensibles, révélaient, d'une façon non douteuse, la nature de la tumeur : c'était bien, en effet, un frémissement hydatique et non un frémissement vasculaire, ainsi que nous n'eûmes pas de peine à nous en assurer, M. Gingeot et moi. Je ponctionnai de nouveau, séance tenante, avec un trocart à hydrocèle, mais ne pus rien obtenir, malgré la pénétration bien constatée de la canule jusque dans le kyste. La canule retirée, nous reconnûmes qu'elle était obstruée par deux vésicules hydatiques qui, placées dans le liquide précédemment extrait, s'étalèrent de façon à présenter chacune le volume d'une aveline.

Après une courte interruption, le travail ayant repris son cours et

la tête fœtale paraissant franchir le détroit supérieur en déprimant la tumeur amoindrie, je m'abstins de toute manœuvre et abandonnai de nouveau le travail à la nature.

Enfin, le 12, à dix heures du matin, près de quarante heures après le début du travail, la tête du fœtus n'étant encore que partiellement engagée dans l'excavation et la femme se trouvant fatiguée de la prolongation des douleurs, il me parut opportun de terminer l'accouchement. Sur le conseil de M. Hardy, la patiente fut chloroformisée; puis, M. Raynaud retira, à l'aide du forceps, et sans difficulté notable, un garçon bien conformé et à terme, dont les épaules furent un instant arrêtées par la tumeur, et nécessitèrent, pour leur dégagement, quelques tractions énergiques.

La délivrance et les suites de couche furent naturelles; la tumeur ne provoqua aucun accident, et la femme sortit de l'hôpital avec son enfant vers le dixième jour après l'accouchement.

Dans son article *Avortement*, M. Jacquemier dit avoir, dans ses recherches, rencontré un cas d'avortement, provoqué pour cause d'étranglement des passages tenant à une atésie considérable et étendue du vagin, consécutive à une gangrène de ce conduit. M. Jacquemier dit, avec raison, qu'il faut, avant de prendre une telle décision, se rappeler que la nature possède des ressources précieuses pour triompher de l'obstacle, sans dommages sérieux pour la mère et pour l'enfant (1).

#### *Obstacles provenant des organes voisins.*

Si nous passons en revue les obstacles provenant des organes voisins déplacés ou des corps étrangers contenus dans ces organes comme une pierre dans la vessie, nous dirons que ce dernier cas, par exemple, n'intéresse qu'au moment de l'accouchement, et si l'on désire savoir quel procédé l'on doit suivre pour permettre à l'accouchement de se terminer facilement, on trouvera des observations

(1) Jacquemier, Dict. encyclop., T. VII, p. 576.

dans Nægele (1), Dubois (2), Lauverjat (3), Plauque (4), Smellie (5), etc.

Un exemple rare de diminution de calibre du canal vaginal par la présence d'une petite tumeur fibreuse, se trouve dans l'observation suivante ; mais pas plus que la présence d'une pierre dans la vessie, cela ne saurait constituer une indication de l'avortement provoqué.

Obs. XXX.—La femme X... fut amenée à la Clinique pendant mon externat (1868). Agée de 30 ans, mariée depuis quinze ans à peu près sans pouvoir être mère, devenant enceinte elle appela une sage-femme et ensuite un médecin qui, après l'avoir examinée, constata une anomalie dans la conformation de son bassin, et, craignant un accouchement difficile, lui conseilla d'entrer à la Clinique. Arrivée aux quinze derniers jours de sa grossesse, elle s'y décida. Le mari déclara avoir toujours rencontré des difficultés dans les rapports sexuels. Grande, forte, bien constituée. Aucune trace de rachitisme, pas de présomption d'ostéomalacie. Au toucher, M. Depaul remarqua que l'arcade pubienne n'avait pas ses dimensions ordinaires, la branche ischio-pubienne du côté droit était plus avancée vers le plan antéro-postérieur que la branche gauche, et il diagnostiqua un rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur. Le travail chez cette femme dura soixante heures, et fut terminé par une application de forceps. Prise de péritonite quelques jours après, la malade voulut s'en retourner chez elle ; mais là, loin de se guérir, son état devint plus inquiétant, et elle rentra mourir à la Charité. A l'autopsie, on trouva une tumeur fibreuse grosse comme un œuf de poule aplati, située contre la branche ischio-pubienne droite, et dépendant de la partie antérieure et inférieure de l'utérus. C'était la présence de cette tumeur qui en avait imposé et avait fait croire à un rétrécissement du détroit inférieur.

Je passe rapidement sur d'autres causes d'obstruction qui ne doivent pas nous arrêter, et j'arrive aux tumeurs solides ou liquides provenant de l'ovaire, et qui peu-

(1) Nægele Danyau. Des principaux vices de conf., p. 236.

(2) Dubois. Thèse de concours, p. 13.

(3) Lauverjat. Nouvelle méth. de prat. l'op. césar., p. 12.

(4) Dict. choisi de méd., p. 81.

(5) Smellie. Obs. d'accouch., p. 139.

vent, en occupant une certaine place dans l'excavation, faire craindre à terme un accouchement excessivement laborieux, dans lequel l'enfant perdra la vie, parce qu'il faudra en diminuer le volume, et qui, par sa longueur et ses difficultés, peut compromettre la santé de la mère.

Rien ne sera donc plus naturel que de se demander si dans ces conditions il ne serait pas préférable d'arrêter la grossesse de bonne heure, afin d'éviter toutes ces difficultés, car il ne faut pas non plus oublier que la gestation détermine toujours une exagération de développement de ces tumeurs solides ou liquides.

Voici une observation intéressante de tumeur solide de l'ovaire que nous résumons.

Une dame de 35 ans, enceinte pour la première fois, commença à éprouver les douleurs de l'enfantement le 27 septembre 1848. M. Hawburg, qui lui donnait des soins, reconnut une tumeur considérable dans le bassin ; elle était élastique, appuyée sur le rectum qu'elle comprimait, et si rapprochée de la symphyse du pubis, qu'en la pressant fortement d'avant en arrière, on pouvait à peine produire un espace d'un pouce dans le sens du diamètre antéro-postérieur ; on atteignait le col de l'utérus avec une grande difficulté. Comme cette tumeur paraissait contenir un liquide, il fut évacué en partie par une ponction. L'accouchement fut laborieux : la malade succomba. On reconnut à l'autopsie que l'ovaire droit était descendu dans l'excavation pelvienne entre le vagin et le rectum. Il avait acquis le volume d'une vessie de mouton distendue, et contenait une matière grasseuse, au milieu de laquelle se trouvait une grande quantité de poils et trois dents (1).

On trouve encore dans l'ouvrage de Puchelt un certain nombre d'observations à peu près semblables et extraites

(1) Puchelt. Ouvrage cité, et Merriman, synopsis, p. 228.

de Merriman (1), d'Herbiniaux (2), Baudelocque (3), Moreau (4), Hofer (5), etc.

. Je rapprocherai de ces tumeurs de l'ovaire un autre cas d'obstruction par une tumeur hydatique du foie, dont voici l'observation.

Obs. XXXI. Opération césarienne pour un rétrécissement du bassin par une tumeur hydatique du foie (6).

Une malade, âgée de 21 ans, enceinte pour la première fois, s'était présentée à M. Th. Salder, de Londres, avec les caractères d'une dystocie complète. La patiente était en travail depuis six jours, et se montrait faible et abattue.

Il semblait qu'il y eût une exostose du sacrum dure et oblitérant le vagin au point que deux doigts à peine pouvaient être introduits entre le pubis et l'exostose, qui avait pris naissance sur le sacrum. Le diamètre antéro-postérieur du bassin, mesuré rigoureusement, n'avait pas plus de 4 centimètres ; après mûre réflexion l'opération césarienne fut décidée.

. La vessie et le rectum ayant été vidés, M. Salder a fait une incision sur la ligne blanche étendue de l'ombilic au pubis ; les tissus ont été coupés couche par couche. Aussitôt que le péritoine eût été ouvert, un grand nombre de kystes, semblant être formés dans l'épiploon, se sont présentés à la plaie et ont été repoussés dans le ventre. L'utérus a été ouvert un peu sur le côté. Le liquide amniotique évacué est bien épongé pour ne point en laisser pénétrer dans le ventre ; un fœtus mort a été extrait avec le placenta et une certaine quantité de méconium. Après que le chirurgien se fut assuré que l'utérus était bien vide et était contracté, que le sang et les caillots avaient été rejetés par la plaie et par le vagin, celle-ci a été refermée avec des sutures métalliques et des bandes de diachylon. Un bandage plein a été appliqué autour de l'abdomen.

Le soir, la malade avait sa connaissance, ne souffrait pas et disait vouloir dormir.

Vingt-quatre heures après, la malade mourait en pleine connaissance et sans accuser de douleur.

(1) Med. chir. trans., t. III, et t. X.

(2) Herbiniaux. Acc. laborieux, T. I, p. 297.

(3) Baudelocque. Traité d'accouch., t. II.

(4) Moreau. Bull. facul. méd., 1820.

(5) Journ. de Græfe et Walther, t. III, H. III, n° 5.

(6) Gazette des hopitaux, 1864.

L'autopsie que l'on a pu faire seulement à travers l'ouverture abdominale, a appris qu'il existait dans l'abdomen une masse globuleuse et semi-transparente, constituée par une multitude de kystes. La tumeur qui avait tous les caractères d'un kyste hydatique, occupait toute la partie supérieure de la cavité abdominale, partait du foie, et s'étendait le long de la colonne vertébrale jusqu'au bassin, où elle comprimait l'utérus et avait simulé ainsi une tumeur osseuse née sur le territoire du sacrum.

Dans sa communication au journal *Med. Times and Gazette*, M. Salder dit qu'il eût été impossible de préciser la nature de la tumeur par une ponction exploratrice, mais qu'une incision avec le bistouri eût pu permettre d'évacuer une certaine quantité d'hydatiques, et laisser le vagin assez libre pour que le passage de l'enfant fût possible. Le cas paraît unique au chirurgien de Londres.

On pourrait également ranger dans ce même chapitre toutes les tumeurs solides de quelque nature qu'elles soient, qui, développées dans l'abdomen, peuvent faire irruption dans le petit bassin.

Y a-t-il lieu, dans les différents cas que nous venons de rapporter, de provoquer dès le début de la grossesse l'avortement? D'une façon générale, nous ne le pensons pas, d'abord parce que le diagnostic du genre de tumeur auquel on a affaire est très-obscur, puisque dans la plupart des observations citées par les auteurs, le diagnostic n'a été bien établi qu'à l'autopsie; en suite, parce qu'un certain nombre d'entre ces tumeurs sont mobiles et peuvent laisser passer l'enfant. Cependant, si l'on était parfaitement certain d'avoir affaire à une volumineuse tumeur de l'ovaire, ayant contracté des adhérences avec les parties voisines, il y aurait lieu de discuter la question de l'accouchement prématuré artificiel, s'il reste un espace suffisant, ou celle de l'avortement provoqué, si la tumeur occupe une place trop considérable dans le petit bassin.

De toutes façons, ce sont là des cas où il est impossible

d'établir une règle absolue : autant d'observations, autant de variétés; aussi l'opérateur devra-t-il se conduire suivant son inspiration, en tenant compte des moindres détails qui pourront l'éclairer. Voici, en terminant, la statistique de Puchelt à ce sujet.

<i>Mères</i>		<i>Enfants</i>	
Mortes pendant le travail	1	Nés morts	21
Peu après	14	Morts p. après	2
Plus tard par d'aut. causes	3	Nés vivants	7
Guéries	13	Sort inconnu	1
	<hr/> 31		<hr/> 31

### 2° *Tumeurs liquides de l'ovaire.*

Cette concomitance des kystes de l'ovaire et de la grossesse mérite de nous arrêter un instant.

Pour répondre à la question qui nous est posée, nous devons nous demander :

1° En admettant que la grossesse suive son cours normal, la tumeur ovarique apportera-t-elle quelque obstacle à l'accouchement ?

2° Une grossesse qui se développe en même temps qu'un kyste de l'ovaire peut-il influencer gravement l'état général de la femme ?

A la première question, nous répondrons que, si parfois l'accouchement est plus long, il ne se passe pas moins le plus souvent sans trop de difficultés. Il est évident que, d'une part, les contractions des muscles abdominaux ne peuvent venir en aide à l'expulsion fœtale, et que, d'autre part, si une portion de la tumeur ovarique s'est glissée dans l'excavation, il y a là un ralentissement obligatoire dans l'expulsion fœtale. Mais, en général, la nature triomphe de l'obstacle, qui se déprime ou se déplace, et la naissance a lieu sans autres difficultés.

Voici une observation de M. Stolz, qui donne une juste idée de la façon dont les choses se passent en pareil cas.

Obs. XXXII.—M<sup>me</sup> N..., 34 ans, habitant la campagne, vint consulter dans un double but, à savoir si elle était enceinte et si la tumeur volumineuse qu'elle portait dans le ventre, et qu'on lui avait dit être un kyste de l'ovaire ne pourrait donner lieu à une indication thérapeutique spéciale. Mère d'un enfant, elle avait vu quelque temps après être relevée de couches, son ventre grossir peu à peu, quoique ses règles fussent exactes et d'une abondance habituelle. Quand le volume du ventre eut atteint celui d'une femme grosse de sept mois, on consulta pour la première fois, et le médecin déclara qu'il existait une hydropisie enkystée, probablement ovarique. Les moyens que l'homme de l'art prescrivit restèrent, comme à peu près toujours dans ces cas, sans succès, c'est-à-dire qu'ils n'amènèrent aucune diminution du kyste, qui semblait cependant rester stationnaire pendant un certain temps. Pendant ce traitement, on fit un voyage à Paris, et là on consulta le docteur Beau, qui conseilla les injections iodées après la ponction préalable. M. Beau ne laissa pas, à ce qu'il paraît, ignorer l'incertitude du résultat de l'opération ; aussi refusa-tion de s'y soumettre.

L'existence d'un kyste volumineux, montant jusqu'au-dessus de l'ombilic et simulant une grossesse de sept mois environ, était bien patente. Ce kyste était très-fluctuant, peu tendu et paraissait uniloculaire ; mais existait-il en même temps une grossesse effective ? Les règles auraient dû se présenter le 14 de ce mois ; elles ont manqué sans influence accidentelle, et M<sup>me</sup> N... craignait d'être devenue enceinte à la fin du mois de juin. L'exploration par le vagin fit constater quelques signes d'une grossesse probable, notamment l'augmentation de volume, le ramollissement de l'utérus et la forme circulaire de l'orifice. Néanmoins, il eût été imprudent de baser sur ces signes un diagnostic positif. On déclara donc que la grossesse était probable, mais nullement certaine, et que pour acquérir plus de certitude, il fallait attendre le moment de l'époque suivante. M<sup>me</sup> N... revint à la consultation le 13 septembre.

A cette époque, le ventre avait sensiblement augmenté de volume ; les règles n'étaient pas revenues le 14 août et ne s'étaient pas montrées en septembre. La fin du troisième mois de la grossesse supposéé approchait. Une nouvelle exploration fit reconnaître que les changements organiques constatés en juillet s'étaient notablement développés. Les mamelles étaient gonflées, l'aréole rembrunie, les tubercules aréolaires saillants ; enfin la dame N... avoua qu'elle avait depuis longtemps des nausées et des vomituritions tous les matins, surtout à jeun. La grossesse n'était plus à mettre en doute. Restait à savoir si elle pourrait parcourir toutes ses phases sans accidents. On avait dit à M<sup>me</sup> N... de se faire ponctionner ; n'en voyant pas la nécessité, on conseilla de laisser la grossesse se développer, sauf à

De Soyre.

10

intervenir suivant les indications en cas d'accident. Le ventre augmenta rapidement de volume ; les mouvements de l'enfant se firent sentir au commencement de novembre. La matrice se développait le long du flanc droit ; l'ovaire hydropique occupait le côté gauche et le milieu de l'abdomen. Le kyste resta mou et ne devint jamais douloureux. signe qu'il n'avait pas été influencé par la grossesse.

Le 10 mars 1864, la malade déclara qu'elle ne pouvait plus être éloignée du terme de la grossesse. On demanda à examiner. Au toucher vaginal, on trouva la tête fœtale plongeant dans l'excavation pelvienne comme chez une primipare et coiffée par le segment inférieur, le col presque entièrement effacé, mais l'orifice fermé. La situation déclive de la tête et la saillie de la partie inférieure de la matrice dans le bassin provenaient sans doute de la difficulté que l'organe chargé du produit de la conception avait éprouvée de s'élever dans le ventre.

Le 15 mars au soir, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent. Le travail marcha lentement ; à dix heures du soir, l'orifice commençait lentement à s'entr'ouvrir. A l'exploration externe, on distinguait parfaitement, pendant les douleurs, l'utérus de forme allongée refoulé à droite, dans la fosse iliaque et dans le flanc par le kyste ovarique, qui occupait tout le reste du ventre. Toute la nuit, il y eut des douleurs assez régulières et agaçantes. Vers sept heures du matin seulement, elles prirent un caractère plus expulsif. Alors l'orifice était complètement ouvert ; la tête se présentait en première position et parut volumineuse. Les membranes n'étaient pas encore rompues, la tête pressait fortement sur elles, on les perça dans un moment favorable avec une aiguille à tricoter. Il s'écoula peu d'eau ; mais, au bout de quelques minutes, les contractions prirent un caractère plus expulsif, et à neuf heures et demie l'enfant vint au monde. C'était un gros garçon bien vivant, et qui n'avait pas l'air d'avoir souffert dans son développement. Au bout d'un quart d'heure, on put enlever l'arrière-faix.

L'accouchée eut des tranchées vives, le pouls resta excité, les lochies devinrent fétides ; un instant on crut voir les signes d'une métrite-péritonite commençante ; malgré cela, il se fit une réaction laiteuse très-prononcée. Le huitième jour, l'extrémité inférieure gauche gonfla et devint d'une sensibilité exquise, surtout le long des veines saphènes, particulièrement de l'externe (phlébite, phlegmasie blanche). Les moyens employés (purgatifs salins, frictions d'huile de jusquiame, enveloppement du membre dans du taffetas ciré et de la flanelle) arrêtèrent les progrès du mal et procurèrent un soulagement notable. Le seizième jour, on put même transporter la malade dans un autre logement. A cette époque, le kyste était large, mais mou et fluctuant, comme s'il y avait eu un peu de résorption du liquide qui le distendait. Le ventre n'était plus douloureux, la matrice était bien

contractée; mais l'enflure de l'extrémité inférieure gauche continua, cependant pas au point d'empêcher une légère flexion. La phlébite ne guérit que lentement par l'effet du repos, de la chaleur du lit, de l'enveloppement chaud et de purgatifs salins. Les règles revinrent, au bout de onze semaines, mettre fin à la puerpéralité.

Le kyste ovarique parut rester longtemps stationnaire, lorsqu'au printemps de cette année 1868, il prit peu à peu un volume considérable, en même temps que le corps maigrissait. Le 23 juin, on pratiqua pour la première fois la ponction de cet ovaire, qui était distendu considérablement depuis huit ans. On retira vingt-deux litres d'un liquide sirupeux foncé en couleur, évidemment sanguinolent.

Le kyste se vida complètement, ce qui montre qu'il était uniloculaire; mais une tumeur dure, du volume d'une grosse pomme, indiquait en même temps une dégénérescence d'une autre nature, qui doit engager à conseiller l'extirpation de l'ovaire dès que le kyste sera de nouveau un peu rempli et la santé devenue meilleure.

Il est bon de noter que des accidents graves peuvent survenir. La rupture du kyste n'est pas très-rare au moment de l'accouchement. Treille (1), dans sa thèse inaugurale, en cite des observations. Hunt, Hewlett, Schamberg, Mighels auraient assisté à de pareils accidents.

Quant aux troubles qu'ils peuvent apporter dans l'état général de la femme, il est facile de comprendre que cette réunion de deux masses qui occupent une place considérable dans l'abdomen, pourront, comme nous le verrons en parlant de l'hydropisie de l'amnios, gêner considérablement les diverses fonctions de l'économie. Sera-t-on, même dans ce cas, conduit à provoquer l'avortement? C'est à la ponction de l'ovaire qu'il faut alors s'adresser. Chailly (2), Krause (3), Boinet (4), Macléan (5), Spencer Wells (6), ont employé avec succès cette méthode, qui est recommandée par tous les accoucheurs en pareil cas.

(1) Treille. Les tumeurs de l'ovaire, p. 31.

(2) Chailly. Traité d'accouch., p. 341.

(3) Krause. Théorie méd., proxis der Geburtshilfe, T. II., p. 77.

(4) Boinet. Monats of G., T. VII, p. 419.

(5) Macléan. Med. and phy. de J. 1802.

(6) Spencer Wells. Diseases et of the ovaries, 1865.

## ÉTATS GRAVES DÉPENDANT DE LA GROSSESSE.

### *Vomissements incoercibles.*

On sait qu'un des accidents les plus fréquents de la grossesse sont les vomissements. Dans le plus grand nombre des cas, ils ne constituent qu'un malaise qui disparaît souvent vers le troisième ou le quatrième mois, ne se répétant que deux ou trois fois dans la journée. Ces vomissements peuvent cependant être plus fréquents, douloureux, et déterminer une certaine dépression de l'économie, se continuer plus longtemps que nous l'avons dit plus haut, et cependant ne pas mettre les jours de la femme en danger.

Mais il est une autre forme de vomissements beaucoup plus grave, et qui, résistant à tous les moyens thérapeutiques, finissent, par leur persistance, à menacer sérieusement les jours de la mère. Ce sont ces vomissements que l'on appelle incoercibles, et dont nous allons nous occuper ici.

Giordano, qui a publié sur ce sujet un excellent mémoire dans l'*Union médicale*, définit ainsi ces vomissements : On est convenu d'appeler incoercibles les vomissements des femmes grosses, qui dépendent purement et simplement de la réaction dynamique de la matrice à l'état de gestation

sur l'estomac, à l'exclusion de toute autre cause. Il faut, pour qu'ils soient incoercibles, qu'ils résistent aux moyens ordinaires de la thérapeutique et se terminent par la mort, ou mettent les jours de la femme en danger.

Nous n'avons à nous occuper ici que de l'influence de l'avortement provoqué comme mode de traitement des vomissements graves de la grossesse. Mais nous serions mal compris et incomplet si nous ne donnions pas rapidement un aperçu de la maladie et de l'état des femmes qui en sont atteintes.

Ce sera principalement dans la thèse d'agrégation de M. le D<sup>r</sup> Guéniot que je puiserai les détails de cette exposition.

. Sans entrer dans l'historique de cette question, qui ne doit former qu'un chapitre de ce travail, qu'il me soit permis de remarquer que ce sont surtout les discussions sur l'avortement provoqué qui ont attiré l'attention des auteurs sur cet accident de la grossesse. Aussi, peut-on assigner comme point de départ des travaux publiés sur cette question le mémoire de M. le professeur Dubois, publié dans la *Gazette médicale* (1843), mémoire qui n'a pas été terminé, et qui ne traite, comme nous l'avons vu, que de l'application de l'avortement provoqué aux rétrécissements du bassin. Mais on peut considérer comme une suite à ce travail les leçons publiées en 1848 par Laborie, alors chef de clinique de M. Dubois. Ces leçons ont paru dans l'*Union médicale*. La même année, M. le professeur Pajot publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* d'autres leçons du maître, qui complètent à peu près la série. Puis vient la fameuse discussion en 1852 à l'Académie de médecine, dans laquelle M. Dubois traita spécialement la question des vomissements incoercible, et fut suivi sur ce terrain par M. Danyau, qui

rappela un bon nombre des observations déjà publiées sur ce sujet en Angleterre. On peut, sans nul doute, considérer la discussion académique de 1852, qui eut alors un grand retentissement, comme l'événement qui mit les vomissements incoercibles à l'ordre du jour.

Passant rapidement sur la fréquence qui est assez grande, puisque M. Guéniot a pu réunir 118 cas de cette affection, j'arrive à l'exposé général de cette maladie.

M. Dubois a considéré que l'on pouvait diviser la marche de cet accident en trois périodes distinctes.

La première période débute rarement d'une manière brusque ; il semble que ce soient des vomissements simples de la grossesse avec un peu plus de fréquence dans leur répétition et un retentissement un peu plus marqué sur l'économie. Quant à l'époque de leur apparition, M. Guéniot dit que sur 43 cas où le début a été indiqué d'une façon assez précise, il a trouvé que neuf fois les vomissements se manifestèrent dès les premières semaines de la grossesse. Quinze fois au bout du premier mois, neuf fois de un à deux mois, cinq fois de deux à trois mois, une fois de trois à quatre mois, deux fois de quatre à cinq mois, et enfin deux fois de six à sept mois. Cette notation est très-importante pour nous, puisque si la cessation de la grossesse se trouve indiquée, comme nous le verrons plus loin, c'est dans les premiers mois de la grossesse que l'on se trouve aussi dans la nécessité d'intervenir.

Quant à déterminer d'une manière exacte à quel moment les vomissements simples prennent le caractère d'incoercibilité, c'est ce qu'il est impossible d'établir.

Dans cette période, les vomissements incoercibles n'ont pas de caractères bien nets qui permettent de les différencier des vomissements simples de la grossesse. Cependant ils s'annoncent le plus souvent par un état « nauséux

presque continuel et par une fréquence et une violence insolites. Ils reviennent non-seulement le matin et après les repas, mais ils se répètent dans la journée sans que le plus léger aliment ou la plus petite quantité de boisson les ait provoqués. » Déjà, à cette période, les femmes quelquefois ne peuvent prendre aucun aliment, aucune boisson, qui ne soit rejeté immédiatement ; et quand les efforts sont très-violents, il se mêle aux matières ingérées une certaine quantité de bile et de sang. La vue ou l'odeur des aliments suffit pour provoquer de nouveaux efforts. On a noté aussi un ptyalisme presque continuel dans certains cas.

Cette abstinence à laquelle les malades sont condamnées, la fatigue, l'anxiété, la douleur que produisent les vomissements, retentissent d'une manière grave sur leur santé générale. Aussi l'amaigrissement fait-il de rapides progrès, les saillies osseuses deviennent plus marquées, les yeux perdent de leur éclat, se cernent et semblent s'enfoncer dans leur orbite. Le visage pâlit, les traits s'altèrent, les forces diminuent et s'éteignent rapidement. Cependant, bien que cette première phase de la maladie ne soit accompagnée d'aucune réaction générale, ou plutôt seulement d'un léger mouvement fébrile le soir, et bientôt de sueur pendant la nuit, bientôt se manifeste une aggravation notable dans les symptômes. »

La deuxième période est caractérisée par l'intensité des symptômes de la première période, et principalement par l'état fébrile qui devient presque continu et s'accroît de plus en plus. La maigreur fait des progrès, les forces diminuent de plus en plus, les facultés morales et intellectuelles s'affaiblissent, la peau perd sa souplesse et sa transparence et présente une sécheresse et une chaleur anormales. Les vomissements sont continuels et douloureux ; à peine si les

efforts réitérés parviennent à expulser un peu de bile verdâtre ; les malades ne peuvent rien prendre ; ils repoussent tout aliment, même de l'eau, et les médicaments souvent ne peuvent être absorbés sans être rejetés aussitôt. On a signalé aussi la sécheresse de la bouche et de la gorge, des fuliginosités sur les dents, la langue rouge et sèche à la pointe, est recouverte plus profondément d'un enduit jaunâtre ou brunâtre, la fétidité de l'haleine, une soif ardente que rien ne peut satisfaire.

La physionomie s'altère de plus en plus ; la femme est d'une maigreur extrême, et la faiblesse est telle que des défaillances ou des syncopes se produisent au moindre mouvement.

Si dans la deuxième période, la fièvre et la dépression allant sans cesse en augmentant, constituent les signes distinctifs de la phase parcourue par la maladie, la troisième période est essentiellement caractérisée par les troubles cérébraux et sensoriels, le délire et le coma.

« L'épuisement des forces est porté à sa dernière limite, les défaillances et les syncopes se reproduisent parfois sous l'influence des causes les plus légères. M. Lambert a cité un cas où il a observé une syncope qui dura trois heures. Le pouls devient petit, misérable, presque imperceptible, et bat de 120 à 140 fois par minute. Puis, se présentent les accidents cérébraux : céphalalgie, rêvasseries, hallucinations, un délire continu, la vue se trouble, la sensibilité se perd, tous les sens s'émoussent, les extrémités se refroidissent de plus en plus, la peau se couvre d'une sueur visqueuse, enfin, la malheureuse femme tombe dans la somnolence, le coma, et succombe. »

Tel est le tableau que trace M. Guéniot, de cette terrible maladie pour laquelle on a épuisé tous les remèdes imaginables sans en trouver un seul qui réussisse d'une façon

certaine. Aussi, ne doit-on pas être étonné de l'effrayante mortalité qui est la conséquence de cet accident ; en effet, sur les 118 observations de M. le D<sup>r</sup> Guéniot, la maladie s'est terminée 72 fois par la guérison, et 46 fois par la mort, ce qui fait environ les deux cinquièmes.

Si donc il est une maladie causée par la grossesse qui mette la vie de la femme en danger, c'est bien celle dont nous nous occupons en ce moment. Je mets naturellement de côté les cas où les vomissements ont pu tenir à toute autre cause qu'à la grossesse, et n'ont reçu en réalité de la gestation qu'un surcroît de fréquence et de gravité. Tel est le cas qui s'est présenté à M. Depaul dans le service de Trousseau, la femme avait un cancer du pylore dont on ne s'était pas aperçu.

Il n'est donc pas étonnant que, dans une affection aussi grave pour la mère, et dont la grossesse était en réalité la cause initiale, qu'on se soit demandé s'il n'était pas de bonne pratique d'arrêter brusquement cette grossesse. On pourrait au contraire être surpris que ce mode de traitement n'ait pas été employé plus tôt, surtout quand on voit la nature en quelque sorte montrer la voie qu'il faut suivre. En effet, on a vu dans bien des cas la mort du fœtus et son expulsion suffire pour arrêter aussitôt les vomissements ; quelquefois les accidents se sont suspendus dès la mort du fœtus, alors que l'œuf restait encore dans l'utérus. Plus souvent les vomissements ont continué jusqu'à l'expulsion de l'œuf, en conservant et en perdant leur intensité première, et, à la suite de ces avortements spontanés, des femmes, dont la vie semblait irrévocablement compromise, ont pu se relever peu à peu et reprendre bientôt leurs occupations comme s'il ne leur était rien arrivé.

---

**Obs. XXXIII. — Vomissements incoercibles, avortement spontané. — par M. Bubola de Venise (1).**

Femme de 30 ans, mariée depuis neuf, enceinte pour la cinquième fois, dont deux avortements à trois ou quatre mois. Vomissements opiniâtres, avec douleurs d'estomac au deuxième mois; rejet des solides et des liquides, aussi bien le jour que la nuit. Oppression pénible du creux de l'estomac, nausées continuelles, et après un mois de souffrances, émaciation générale. Au toucher, développement normal de l'utérus, sans altération de tissu ni de situation. Les opiacés, les anti-spasmodiques sous toutes les formes, le froid à l'épigastre, les bains de siège, la pepsine, la teinture d'iode, furent tentés en vain; seule, la potion de Rivière amena une amélioration passagère au début.

L'état s'aggravant de jour en jour; voix presque éteinte, langue rougeâtre, soif continue, pouls petit et fréquent, abaissement de la chaleur du corps, insomnie, agitation, douleur à l'épigastre, météorisme de l'abdomen, le D<sup>r</sup> Bubola se décida à provoquer l'avortement après en avoir référé au célèbre accoucheur Pastorello, de Padoue; mais le 18 mai, avant sa réponse, l'avortement spontané eut lieu. Les vomissements diminuèrent le jour même et graduellement jusqu'au cinquième où il n'y en eut plus qu'un seul. L'usage de la pepsine et des toniques rétablit les forces, et cinquante jours après, cette femme avait repris ses occupations.

Sur les 72 cas de guérison notés par M. Guéniot, on trouve :

Sans avortement, cas tous très-graves. Traitements variés	31
Après avortement spontané, cas très-graves,	20
Après avortement provoqué ou accouchement prématuré, cas plus ou moins désespérés,	21
	<hr/>
	72

Dans les cas de guérison après l'avortement spontané, cinq fois la mort du mort du fœtus avait précédé son expulsion, et la cessation des vomissements avait coïncidé avec l'époque de la mort de l'enfant, et avait, par conséquent, précédé le travail de l'avortement.

(1) Gaz. des hôp., 1861.

Sur les 21 cas de guérison consécutive à la provocation de l'accouchement, celui-ci eut lieu 6 fois après le septième mois et 15 fois avant cette époque.

Les 46 cas de mort se décomposent ainsi :

Sans avortement, cas	28
Après avortement ou accouchement prématuré spontané,	7
Après avortement provoqué,	11
	<hr/>
	46

Dans les vingt-huit premiers cas, il faut noter que quelques-uns ont été compliqués d'éclampsie, d'affection de l'estomac, etc.

Les 7 cas après accouchement spontané se décomposent ainsi : 2 fois cancer de l'estomac, une fois corps fibreux de l'utérus, une fois diarrhée incoercible, et les trois autres cas par épuisement.

Quant aux 11 cas de mort après avortement, ils se décomposent ainsi :

1 cas de Robert Lée (1),	Mort occasionnée par une hémorrhagie.
1 — de M. Depaul (2),	— un cancer de l'est.
1 — de Delbet (3),	— une éclampsie.
1 — de Dubois (4),	— une fièvre puerpér.
1 — de Campbell (5),	— une infect. purul.
6 — de divers auteurs,	— un épuisement gén.

(1) Robert Lée (Clinical midwifery).

(2) Depaul. De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte.

(3) Delbet. Thèse de Paris, 1856.

(4) Dubois. Union médicale, 1852.

(5) Guéniot. Thèse de concours, p. 124.

Je crois devoir reproduire à cet égard le tableau suivant, qui a été communiqué à la Société obstétricale de Dublin, par A. M. Clintock, à la séance du 8 mars 1873.

Je dois dire cependant qu'un certain nombre d'observations se trouvent en double avec celles de M. Guéniot; mais j'ai voulu laisser au tableau toute son authenticité, en le conservant tel qu'il a été publié.

*Travail prématuré dans les cas de vomissements incoercibles.*

1	primip.	3	m. de gross.	Guérison.	Munro Glasg. méd. Journ. Août 1872.
2	—	7	—	—	Dervis, Obst. méd.
3	—	8	—	—	—
4	—	6	—	—	—
5	Multip.	6	—	—	Edwards Raukirc's, obs. IV.
6	—	3	—	—	Churchill Dis of Wom. 650.
7	—	3	—	Mort.	—
8	—	8	—	Guérison.	Copeman obst. Trans. XIII.
9	—	8	—	—	Merriman méd. chir. Tr. III.
10	—	8	—	—	Hergott.
11	—	8	—	Mort.	Aubenas.
12	—	8	—	Guérison.	Burns Midwif. 265.
13	—	8	—	—	—
14	—	8	—	Mort.	—
15	—	3	—	—	Dubois, Bull. de méd., T. 17.
16	Primip.	1	—	—	—
17	—	2	—	—	—
18	—	1-2	—	Guérison.	—
19	—	3-4	—	—	Harris Phil. méd. exam.
20	Multip.	6-7	—	—	Garraway British med. Jour. Octobre 1857.
21	—	6-7	—	Mort.	—
22	—	2	—	Guérison.	Tarnier Cazeaux, accouch.
23	Primip.	2	—	—	M. Clintock.
24	—	2	—	—	Trousseau, cité par Danyau.
25	—	4	—	—	Lée, clin. méd., 107.

26	Primip.	2	—	Mort.	Lée. Clin. méd., 107.
27	—	6	—	Guérison.	—
28	—	6	—	—	—
29	Multip.	8	—	Mort.	—
30	—	8	—	Guérison.	Barnes Lancet, 1863, V. I.
31	—	5	—	—	Griolel, cité par Danyau.
32	—	7	—	—	Danyau.
33	Primip.	3	—	—	Stolz, Gaz. méd. Juin 1852.
34	—	7	—	—	Hardy. Dublin Quart. J. 38.
35	Multip.	6	—	—	Campbell. Brit. méd. Journ. Octobre 1872.
36	—	2-4	—	—	Dr E.-B. Sinclair.

On voit, par ce tableau, que les vomissements peuvent avoir acquis, même à une époque avancée de la grossesse, un caractère de gravité tel qu'on puisse les nommer incoercibles.

Robert Lee, Barnes, Copeman, Merriman, Davis, ont pensé avec juste raison que le mieux était alors d'interrompre la grossesse par l'accouchement prématuré artificiel, qui pouvait à la fois sauver la mère et l'enfant. Sur les cinq cas qui sont notés par M. Clintock, et qui rentrent dans cette catégorie, nous voyons qu'il y eut 4 guérisons et une mort. Ce dernier cas est celui de Robert Lee, où la femme mourut d'hémorrhagie *post partum*. Cette conduite a donc été couronnée de succès dans le plus grand nombre des cas ; elle se trouve d'ailleurs justifiée par l'état grave de la mère, et la viabilité fœtale qui permet de sauver les deux êtres à la fois, mais on n'aura pas souvent l'occasion de la mettre en pratique, les vomissements incoercibles étant surtout une affection des premiers mois de la grossesse.

Pour terminer cette question de chiffres, j'ajouterai que je dois à M. Tarnier la communication suivante :

Deux fois M. Tarnier a provoqué l'avortement avec

succès dans des vomissements incoercibles. Une autre fois la femme mourut, malgré l'avortement, qui n'avait été, du reste, tenté qu'*in extremis*.

Mais ce qui a pendant longtemps empêché d'entrer dans cette voie, c'est d'abord la répugnance que l'on a eu pendant longtemps à venir détruire le germe fécondé, à interrompre l'existence d'un être vivant, et, en second lieu l'incertitude du moment où l'intervention était utile. En effet, si dans bien des observations, comme je le relatais plus haut, l'avortement spontané a été suivi d'un heureux résultat ; dans d'autre cas, cette expulsion tardive du produit n'a pas suffi pour arrêter la marche de la maladie, et la mort est survenue au milieu du cortège de symptômes habituels. Enfin quelques médecins ont craint les suites d'un avortement, comparant mal à propos, à mon sens, l'avortement provoqué, conduit judicieusement par des mains habiles et instruites, à l'avortement accidentel et à l'avortement criminel, résultant de manœuvres inconsidérées et maladroités.

Malgré toute la répugnance que l'on puet avoir à provoquer l'avortement, et sans revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet, au début de ce travail, il est bon de remarquer combien les choses sont différentes dans le cas présent que dans les rétrécissements du bassin, par exemple.

En effet, dans la plupart des obstructions du pelvis, ni la mère ni l'enfant ne souffrent de cet état pendant la durée de la grossesse, et si l'on se décide à interrompre la gestation, c'est que l'expérience a appris que les choses allant jusqu'à terme, les deux existences sont très-compromises, et que l'une d'elle est presque toujours sacrifiée. On agit donc pour obvier à un danger futur que l'on connaît, que l'on prévoit qui arrivera sûrement à un moment donné. C'est un traitement prophylactique à longue échéance. Dans les vo-

misements incoercibles, au contraire, la vie de la mère est immédiatement compromise ; elle l'est par des accidents qui trouvent leur source dans la grossesse, et qui vraisemblablement ne s'arrêteront qu'avec cette grossesse. Si l'on n'intervient pas et que la maladie poursuive son cours, c'est la mort de la femme et celle du fœtus en même temps, ce sont donc deux existences sacrifiées ; si l'on intervient, en sacrifiant l'enfant, et surtout si l'on agit à temps, on a de grandes chances de sauver la mère. Il n'y a à ce mode d'opérer que deux objections ; la première que dans des cas graves, désespérés, on a vu quelquefois les accidents s'arrêter tout à coup, la femme reprendre ses forces, et la grossesse poursuivre son cours. La seconde, que dans certains cas l'avortement n'avait rien arrêté et avait même semblé hâter la solution funeste.

Voici une observation de Cohnstein qui répond au premier cas.

Obs. XXXIII. — L'année dernière, je vis à Blankenberghe une jeune dame primipare, arrivée au troisième mois de sa grossesse, et qu'on avait envoyé sur le bord de la mer pour se guérir de vomissements rebelles qui duraient depuis plusieurs semaines. Pendant les premiers jours les changements d'air, et le climat parut amender son mal ; mais bientôt les vomissements reparurent avec autant de persistance qu'auparavant et l'estomac ne retenait plus rien. Il était d'une telle faiblesse qu'elle ne pouvait rentrer chez elle. J'ordonnai des lavements d'eau de mer pour faire disparaître la constipation. La malade est anémique, amaigrie, très-impressionnable moralement, elle vomit toutes les fois qu'on tente de lui faire prendre quelque aliment. Pyrosis, céphalées, nausées, pesanteur, douleur à la région abdominale, sommeil relativement bon interrompu seulement par la soif.

Le pouls est petit, modérément fréquent, respiration normale et langue belle, bouche mauvaise, utérus gros et normalement anté-fléchi. Comme il n'y avait rien de ce qu'il fallait dans cette localité pour provoquer l'avortement, je n'eus pas recours à ce moyen de salut,

mais j'ordonnai des lavements nutritifs de lait pur, de bouillon, additionné d'un jaune d'œuf qu'on lui donnait trois fois par jour. Les deux premiers lavements nutritifs ne furent pas retenus longtemps, mais le troisième et les suivants furent conservés. Il se présenta parfois de la diarrhée qui s'arrêta d'elle-même. Les vomissements persistèrent pendant la première semaine de ce traitement et ils revinrent à des intervalles de plus en plus éloignés. Ce traitement releva les forces et le poulx reprit de l'ampleur. J'appris plus tard que la malade avait pu retourner chez elle après quatre semaines de ce traitement et qu'elle avait mené à bonne fin sa grossesse, dont le résultat fut un enfant vivant.

Je place ici l'observation suivante, publiée par M. Fériel, qui répond à la seconde objection.

Obs. XXXV.—Marie M..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 17, le 26 décembre 1871 ; elle dit qu'elle a toujours été d'une santé délicate, sans avoir fait aucune maladie grave ; elle aurait été réglée à 21 ans seulement, après avoir eu des fleurs blanches très-abondantes, qui sont restées habituelles ; les règles coulent peu, mais viennent tous les mois. Elle est très-nerveuse. présente la boule hystérique, mais n'a jamais eu des grandes attaques ; constipation habituelle, très-opiniâtre. Il y a quatre ans, à la suite d'une constipation très-prolongée, elle fut prise de vomissements de matières filantes, glaireuses, qui revenaient habituellement le matin, au saut du lit, et rarement dans la journée. Elle nie toutes habitudes alcooliques (?) ; cependant elle était fille de salle à la Maternité. Cet état persista pendant deux ans, sans l'empêcher de faire son service, et sans amener de dépérissement notable.

Au commencement du siège de 1870, les vomissements apparurent de nouveau, semblables à ceux qu'elle avait eus auparavant : pas de souffrances, si ce n'est un peu de pesanteur à l'estomac après le repas ; mais point d'aigreurs et de renvois.

Vers la fin de septembre 1871, les règles manquèrent ; les vomissements devinrent plus fréquents et elle commença à vomir ses aliments ; les signes d'une grossesse s'accrochèrent dans les mois suivants, et aussi les troubles gastriques. Vers la mi-novembre, ils se compliquèrent de violentes coliques avec diarrhée. Ses forces allèrent en diminuant, en même temps que les douleurs abdominales la forçaient de s'aliter, et c'est ce qui l'oblige à entrer à l'hôpital, le 26 décembre 1871.

A cette époque, on constate chez elle une pâleur anémique très-marquée, avec un peu de gonflement scorbutique des gencives ; elle accuse une douleur continuelle au creux de l'estomac, avec exacerbations dilacérantes, remontant un peu dans la direction de l'œsophage, et augmentant à la pression. L'abdomen est modérément distendu ; on perçoit nettement le ballonnement vaginal et abdominal, mais la palpation la plus attentive ne révèle aucune tumeur appréciable à la région épigastrique. Les vomissements ont lieu surtout le matin, et sont constitués par un liquide filant, verdâtre, sans odeur ; en outre la malade est épuisée par un crachottement incessant de liquide d'apparence salivaire. L'amaigrissement est marqué ; la faiblesse très-grande. Pas de toux ; l'auscultation et la percussion ne révèlent aucune lésion au poumon et au cœur ; rien à noter du côté du foie. Au toucher, le col utérin est mou, entr'ouvert, reporté en arrière ; l'utérus mobile, indolent, un peu en antéverson. La malade a une soif assez vive ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le pouls est petit, fréquent ; la peau chaude et sèche. Il y a un dégoût marqué pour toute alimentation.

On essaie successivement les moyens suivants : vésicatoires répétés au creux de l'estomac, avec pansements à la morphine ; emplâtre de thériaque de Gueneau de Mussy, (soulagement momentané, apaisement des vomissements pendant vingt-quatre heures) ; cautère volant ; bicarbonate de soude, eau de Vichy, eau de Spa, eau de Seltz, pilules de noix vomique, de belladone, de bismuth, de seigle ergoté, d'extrait d'opium, (on varie les doses, la fréquence des pilules, etc.), quassia amara, quinquina, pepsine, glace, régime lacté, potion de Todd.

On touche au nitrate d'argent une érosion du col utérin qui ne présente du reste rien de plus notable que ce que l'on constate habituellement dans la grossesse.

Ces médications restent absolument sans effet ; la malade ne se nourrit qu'à peine, et prend seulement quelques potages qu'elle vomit régulièrement plus ou moins tôt, plus ou moins tard après les avoir pris. Le régime lacté lui a été intolérable, même en donnant le lait glacé, et à très-petites doses répétées à peu d'intervalles.

La malade s'amaigrit en conséquence, perd toute force et devient d'une pâleur de cire.

Toutefois, un incident vint interrompre pendant trois jours la marche des accidents ; le 10 février, la malade se plaint d'une douleur atroce dans la cuisse et la jambe droite, suivant le trajet du nerf sciatique ; cette douleur lui arrache des cris et la prive totalement de sommeil. Mais, chose étrange, les vomissements ont cessé.

Il est vrai que l'alimentation n'en est pas plus reconstituante, l'appétit restant seul. Les choses demeurent en cet état pendant deux jours, avec une légère contracture du membre dans la demi flexion. Mais la malade supplie avec instance qu'on ne la laisse pas souffrir ainsi ; et on prescrit deux vésicatoires, l'un à la fesse, et l'autre au genou. Dès le lendemain, la névralgie sciatique avait diminué ; mais en même temps les vomissements reparaissent.

On essaie encore, sans succès, une application d'essence de térébenthine sur le creux épigastrique.

L'état s'aggrave de plus ; la malade reste couchée sur le dos, la bouche ouverte, les yeux fermés, poussant, par intervalles, des plaintes inarticulées ; elle accuse des douleurs vives et généralisées par tout le corps ; elle est d'une pâleur et d'une maigreur cadavériques ; c'est à peine si elle peut faire un mouvement ; le pouls est filiforme et difficile à compter, bouche sèche, réaction acide de la salive.

MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, Raynaud et de Saint-Germain, sont appelés en consultation, et l'on décide qu'on tentera l'avortement provoqué.

20 février. On introduit dans le col une éponge préparée. Le lendemain, on constate que les vomissements ont cessé ; la malade a eu un peu de sommeil, et paraît mieux ; il y a eu un peu de détention d'urine ; il a fallu sonder ; on convient de surseoir à l'application des dilateurs (glace sur le ventre ; toucher le col utérin avec un peu d'extrait de belladone, deux ou trois fois dans la journée, 4 ou 5 gouttes de la solution suivante dans un peu d'eau : teinture de noix vomique 1 gramme ; eau de laurier-cerise, 30 grammes.

Le 22, tous les accidents ont reparu. On décide de reprendre la dilatation. M. de Saint-Germain essaie de placer le tube Mathieu (modification de l'appareil Tarnier). Il échoue dans cette tentative, et place alors dans le col un fragment de laminaria. (On entend parfaitement les battements du cœur fœtal).

Le 23, le tube Tarnier est introduit très-facilement, grâce à sa courbure, et reste en place jusqu'à sept heures du soir. A ce moment, on sent très-distinctement la tête du fœtus à travers les membranes et il y a des douleurs expulsives à intervalles longs.

Le 24 au matin, les contractions augmentent : dilatation du col, du diamètre d'une pièce de 2 francs. Les choses marchent avec lenteur ; on cherche à les accélérer en faisant sur l'abdomen des séances de faradisation de quinze à vingt minutes de durée répétées toutes les trois ou quatre heures.

Enfin, le 25 au soir, à 7 heures, la malade accouche spontanément d'un fœtus âgé d'environ six mois, qui vécut une heure environ.

Pendant toute la période de l'accouchement, les vomissements ont continué, bien qu'un peu plus rares.

Le 26, la malade n'a pas vomi depuis l'accouchement ; elle est d'une faiblesse extrême ; dégoût alimentaire absolu. L'abdomen est indolent, pouls 124. On essaie de faire prendre à la malade alternativement quelques cuillérées de bouillon et de potion de Todd.

Le 27, pas de vomissements ; tympanisme abdominal, mais sans douleur ; lochies peu abondantes. P. 160. T. A. 39. La malade ne prend que du vin et du bouillon.

Le 28, aucune douleur de l'abdomen, ni spontanée, ni à la pression ; météorisme persistant, diarrhée abondante. Langue naturelle ; pas de fuliginosités, pas de vomissements. La malade se plaint de douleurs vives dans les membres inférieurs, qui sont contracturés dans la demi-flexion : œdème malléolaire.

Le 29. Les vomissements reparaissent, la diarrhée continue. Somnolence et subdélirium. Ventre indolent ; langue naturelle. Cet état continue le 29 février jusqu'au 8 mars.

A partir du 2 mars, la malade refuse toute espèce de boissons et de nourriture ; on la soutient avec des lavements de vin et de bouillon ; les vomissements cessent, mais la malade reste plongée dans une sorte de prostration comateuse, dant on ne la tire que très-difficilement ; elle a les yeux fixes, démesurément ouverts, la bouche ouverte, la langue rouge et sèche ; le pouls rude, à 160, la température 40°. Elle s'éteint sans râle.

*Autopsie*, trente-six heures après la mort.

Rien au péritoine ; utérus revenu à des dimensions très-voisines de la normale ; son tissu, un peu mou et friable, était sain ; pas de pus dans les veines ni dans les lymphatiques ; muqueuse ramollie, épaisse et noirâtre.

Cerveau sain.

Plèvres légèrement adhérentes en certains points, surtout à gauche. Poumons roses, crépitants : on voit à leur surface, des deux côtés, une très-belle injection des vaisseaux capillaires, qui, remplis de pus, moniliformes, circonscrivent régulièrement chacun des lobules pulmonaires.

En outre, on trouve disséminés des deux côtés trois ou quatre flocs de pneumonie lobulaire suppurée ; la muqueuse bronchique est injectée et rouge, contenant une grande quantité d'écume et de mucus. Les ganglions bronchiques, volumineux, noirâtres (anthracose), présentent en certains points une caséification avec ramollissement. Pas de granulations tuberculeuses.

Rien au foie ni à la rate.

L'estomac est très-profondément altéré ; toute la petite courbure,

du cardia au pylore, est occupée par une tumeur qui s'étend sur les faces de l'organe, surtout sur la face postérieure. Cette tumeur présente sa plus grande épaisseur (2 centimètres) au niveau de la partie moyenne; mais elle est circonscrite par une espèce de bourrelet qui fait saillie sur les parties saines; la surface est tomenteuse, avec des renflements de volume variable, des mamelons irréguliers, mais peu saillants. En aucun point, on n'y voit d'ulcération. La coloration est uniformément grisâtre, si ce n'est en certains points où quelques rares vaisseaux y dessinent de petites arborisations. La tumeur arrive jusqu'au pylore, qu'elle circonscrit, mais dont l'orifice, plutôt dilaté que rétréci, permet facilement l'introduction de deux doigts. A la coupe, la tumeur paraît résistante, fibreuse, très-peu vasculaire le râclage n'en pas fait sortir du suc.

(Cette tumeur, examinée au microscope par M. Hayem, lui a paru constituer une hypertrophie simple de toutes les tuniques de l'estomac, principalement des couches musculuse et fibreuse.)

Rien à noter dans l'intestin grêle ni dans le gros intestin; cependant les ganglions mésentériques étaient très-volumineux, de teinte blanche à la coupe: on en trouvait d'analogues autour du pancréas, qui, lui-même, était sain.

Les reins, pâles, anémiés, n'offraient pas de granulations à leur surface; les deux substances étaient peu distinctes l'une de l'autre.

On pourrait rapprocher de cette observation celle de M. Depaul, dont j'ai parlé plus haut. On se rappelle que cette femme avait un cancer de l'estomac.

Quant à la troisième objection, à savoir que l'avortement provoqué était quelquefois suivi d'accidents graves analogues à ceux que l'on voit dans les avortements criminels, l'accusation est au moins un peu exagérée, puisque, d'après la statistique de M. Guéniot, on trouve seulement trois cas qui peuvent être imputables à l'avortement, une fois une hémorrhagie (1), une fois la fièvre puerpérale (2), et une fois l'infection purulente (3).

(1) Cas de Robert Léc.

(2) Cas de Dubois, Union médicale, 52.

(3) Guéniot, thèse citée, p. 124.

On voit donc que cette méthode ne donne pas à cet égard de trop mauvais résultats.

Il appartenait à M. Dubois de déterminer le point le plus embarrassant de la question, c'est-à-dire le moment où l'on devait intervenir.

Après avoir fait voir que, dans la première période, la vie de la femme n'est pas absolument compromise, et que l'on voit dans bien des cas des vomissements opiniâtres cesser spontanément ou à la suite d'un traitement convenablement dirigé, il déclara qu'il n'y avait pas lieu, à ce moment, d'intervenir par l'avortement provoqué.

L'illustre professeur faisant ensuite le tableau effrayant des accidents de la troisième période, prouva par des observations, que l'on ne devait plus compter sur les résultats d'un avortement spontané ou provoqué, l'issue fatale étant trop proche et ne pouvant être détournée, si même par ce moyen, il ne la précipitait pas.

La conclusion était bien simple, c'est-à-dire que l'intervention devait se produire dans le cours de cette seconde période, quand après avoir essayé sans succès tous les moyens préconisés en pareil cas, on voyait la maladie suivre son cours. Mais quel est en réalité le moment que l'on doit choisir dans cette période, y a-t-il un symptôme dont l'apparition précise en quelque sorte le moment où il faut agir? « Ce moment dit M. Dubois, (1) me paraît arriver lorsque l'impuissance des médications les mieux indiquées ayant été reconnue, on voit la fièvre persister au même degré et l'affaiblissement et la maigreur de la malade faire des progrès sensibles. L'accoucheur déclare alors la convenance de l'avortement provoqué, laissant à la famille éclairée et consultée par lui le soin de décider en dernier ressort. » Cette méthode rationnelle de traitement fut adop-

(1) Union médicale, 1852, p. 162.

tée par presque tous les accoucheurs. Déjà en 1813 le Dr Simmons de Londres, avait appliqué cette méthode, mais l'impulsion qui fut donnée par M. Dubois constitue surtout, ainsi que je l'ai dit précédemment, le point de départ des travaux entrepris sur ce sujet. En France, tous les accoucheurs sans exception, même ceux qui se refusent à l'avortement provoqué dans les retrécissements du bassin provoquent l'avortement pour les vomissements incoercibles; aussi pouvons nous citer avec M. Dubois : Stoltz de Nancy, Depaul, Pajot, Blot, Tarnier, Herrgott, Villeneuve de Marseille, Gueniot, etc. Cazeaux seul a fait des réserves dans son discours académique et les a maintenues dans son traité d'accouchement, sans cependant se prononcer ouvertement contre ce procédé.

Nous avons vu par le tableau de M. Clintock, que les praticiens anglais les plus connus ont, depuis Simmons, accepté l'avortement provoqué dans ces circonstances : Denman, S. Merriman (1), Burns (2), Davis (3), Ashwell (4), Garragay (5), Harris (6), etc.

En Allemagne, on peut dire que, d'une façon générale, l'avortement provoqué n'est pas considéré comme un mode de traitement dont on puisse se servir, et Cohnstein (7), dans un mémoire récent sur la question qui nous occupe, n'a pu citer que des noms français ou anglais; Nægele et Grenser (8) sont muets sur la bibliographie allemande des vomissements incoercibles, il en est de même de Schröder (9).

(1) Merriman. *Medico-chirurg. trans.*, 1816, London.

(2) Burns. *Midwifery*. p. 254.

(3) Davis. *Obstetric médecine*, T. II, p. 87.

(4) Ashwell. *On parturition*, p. 194.

(5) Garragay. *Loc. cit.*

(6) Harris. *Loc. cit.*

(7) Cohnstein. *Über den Werth. du Kunthlichen Abortus*. *Arch. gyn.* T. VI, p. 136.

(8) Nægele et Grenser. *Traité d'accouchements*, p. 396.

(9) Schröder. *Manuel d'accouchement*, p. 346.

Cependant dans une note lue à la Société obstétricale de Berlin, par L. Mayer, l'auteur parlant des indications de l'avortement provoqué recommande cette méthode dans les cas de vomissements incoercibles; et sa proposition reçoit l'assentiment de la Société. (1)

Il ne faut pas croire que l'avortement provoqué arrête immédiatement les vomissements; nous avons déjà vu par l'observation de M. Feréol, que la maladie peut suivre son cours et se terminer par la mort. Dans d'autres cas, les vomissements peuvent continuer pendant quelques jours avant de cesser complètement: Quelquefois le simple décollement des membranes suffit pour enrayer la maladie, l'œuf restant plus ou moins longtemps dans la matrice.

Obs. XXXVI. — Au printemps de 1861, je fus appelé auprès de M<sup>me</sup> X..., grosse pour la troisième fois et que je connaissais déjà. La grossesse était arrivée au terme de 2 mois et demi ou 3 mois à peu près, et depuis plus d'un mois, des vomissements opiniâtres tourmentaient la malade qui, depuis 15 jours ne pouvait plus prendre non-seulement de nourriture solide, mais était arrivée à ne plus digérer les boissons, ordinairement les mieux supportées par elle.

Après avoir essayé de tous les moyens préconisés en pareil cas, le médecin qui lui donnait des soins pensa que la grossesse était la seule cause d'un état aussi violent, et réclama l'assistance de la personne que M<sup>o</sup> X,.. devait charger de son accouchement. C'est pourquoi, ayant déjà donné quelques conseils à M<sup>me</sup> X... antérieurement à sa grossesse, et étant investi de sa confiance, elle me fit appeler pour lui venir en aide.

En arrivant auprès d'elle, je fus presque effrayé de l'aspect qu'elle m'offrit. Elle était d'une pâleur et d'une maigreur remarquables. Elle parlait difficilement et faisait à chaque instant un effort pour vomir, bien que l'estomac ne contint rien, car à peine avait-elle avalé une gorgée d'eau ou d'autre chose, qu'elle la rejetait aussitôt. C'est par son mari et par son médecin que j'ai reçu les renseignements que j'ai consignés plus haut. Son pouls était d'une faiblesse et d'une rapidité extrême, sa peau chaude et sèche, et par moments de petits frissons lui parcouraient le corps.

(1) Monat. F. Geb. T. V. 1858. p. 400.

L'utérus était calme, développé comme le terme de la grossesse l'indiquait, et il n'existait aucune perte vaginale.

Il ne me fut pas difficile de voir, après une séance d'un quart d'heure, que le cas était grave et que M<sup>me</sup> X... était soumise à des vomissements incoercibles. Je donnai immédiatement l'avis de recourir au plus vite à des conseils plus éclairés que les miens et M. le professeur Paul Dubois fut prié de venir au secours de la malade.

Il reçut aussi du médecin qui avait conduit médicalement M<sup>me</sup> X... les renseignements qui font l'en-tête de cette observation, et son impression fut que la grossesse était la seule cause de ces accidents et qu'il fallait la faire cesser. Mais cependant, il ne voulut pas seul décider cette grave question et demanda le concours de M. Danyau.

De leur réunion, il résulta qu'on pouvait encore attendre quelques jours en exerçant la surveillance la plus attentive, et que ce temps serait employé à revenir à quelques-uns des moyens que l'on avait abandonnés, afin de ne pas recourir à l'avortement sans être bien convaincu qu'il n'y avait plus d'autre moyen de salut : (Vésicatoires à l'épigastre, frictions, boissons : éther, opium, glace de toute nature). Aucun succès ne vint justifier cette reprise et M. Dubois se décida à provoquer l'accouchement.

Il y procéda par le décollement de l'œuf et je l'assistai dans cette opération qui dut être faite à plusieurs reprises, à cause de certaine difficulté résultant d'une disposition particulière du col utérin. (Il était très-long et présentait un canal oblique). Une sonde utérine fut introduite et promenée entre la surface interne de l'utérus et la surface externe des membranes.

Quelques gouttes de sang s'échappèrent de l'utérus dès la première tentative, mais la matrice resta calme. A la deuxième, le sang devint plus abondant, mais cet écoulement fut de courte durée, quelques heures à peine. L'utérus ne témoigne aucune révolte.

La malade que l'on avait eu beaucoup de peine à tenir dans une position convenable pendant l'opération, à cause d'une grande débilité, s'en trouva extrêmement fatiguée et tomba, à la dernière, dans un état d'épuisement qui semblait voisin de la mort. Elle s'endormit ou parut s'endormir. On ne savait qu'elle vivait que par le bruit de la respiration, le pouls était imperceptible. A son réveil, elle prit un peu d'eau fraîche qui ne fut pas rejetée. Il en fut de même, quelques heures après, d'un peu de bière et le lendemain, quelques cuillerées de bouillon léger furent également tolérées.

Il est impossible de dire ici si l'estomac de la malade n'eût pu accepter plus que ce qu'on lui donna. La répugnance pour toute chose, la crainte de voir revenir les vomissements, causaient une résistan-

opiniâtre et ces impressions étaient dues à ce que l'utérus ne faisait aucun effort pour se débarrasser de la grossesse.

De ce côté, en effet, il existait un calme parfait; à l'écoulement sanguin très-moderé qui avait accompagné et suivi les tentatives d'avortement, avait succédé une espèce d'écoulement lochial, qui pour la couleur et l'odeur était semblable à ce qui se passe au moment de la montée du lait. Les seins mêmes éprouvèrent une légère turgescence. Puis peu à peu, tout rentra dans l'ordre, tout phénomène disparut du côté de l'utérus, l'estomac reprit ses habitudes normales, le rétablissement fut même rapide ! Au bout d'un mois, M<sup>me</sup> X... partit pour la campagne, faible encore, mais s'alimentant bien, dormant bien, marchant peu, mais par précaution. Je la vis et l'examinai localement, le jour de son départ. Je constatai ce que je viens de relater, et de plus, que l'utérus conservait le volume qui pouvait justifier l'idée que le produit de la conception était encore là, je ne le lui dis pas et me bornai à lui faire toute espèce de recommandation, et surtout celle de me donner de ses nouvelles s'il lui arrivait quelque chose d'imprévu. M<sup>me</sup> X... resta absente environ quinze jours. Elle revint en très-bon état, et après bien des questions, je sus que l'utérus n'avait rien expulsé; pour ne pas l'inquiéter, je ne poussai pas plus loin mes investigations et à quelques jours de là on vint me dire qu'elle souffrait beaucoup. En arrivant auprès d'elle, je la trouvai en travail, une heure après, elle expulsait un œuf entier, sur lequel on voyait très-bien les portions qui avaient été décollées artificiellement et d'autres qui, par leur adhérence, avaient suffi pour prolonger l'existence de la grossesse un mois et demi, à peu près, après l'opération du décollement. (Communiquée par M. Callé.)

Le plus souvent les vomissements cessent dès que l'avortement a eu lieu, et un mieux sensible se produit dans l'état général.

Obs. XXXVII. — Vomissements incoercibles, observation due à la Société de Médecine de Paris. — Par M. le docteur Charrier. *Gazette des Hôpitaux*, 3 février 1870.

L'observation que je vais lire est relative à un cas d'avortement provoqué chez une femme enceinte de deux mois, affectée de vomissements incoercibles depuis quarante-sept jours et qui mettaient sa vie dans un péril tel, que la mort était imminente.

Je fus appelé le 6 octobre dernier, à 10 heures du soir, pour aller voir une jeune femme qui, disait-on, était en danger de mort par suite de

vomissements incoercibles survenus pendant la grossesse. M. le docteur Lemaire m'avait convoqué pour avoir mon avis. Il ne put pas se rendre ce soir-là à la consultation et ce ne fut que le lendemain matin, à onze heures, que nous nous rencontrâmes. Voici ce que j'appris. La jeune femme qu'il soignait, M<sup>me</sup> G..., était mariée depuis le mois de mai dernier, elle a 22 ans et n'a jamais été malade qu'à l'âge de 8 ans; elle dit qu'elle a eu une fièvre, mais n'en peut dire davantage. Depuis, elle n'a jamais été même indisposée. Le 1<sup>er</sup> août 1869, elle a eu sa dernière époque, depuis, elle n'a plus rien vu, la conception a dû avoir lieu du 10 au 20 du même mois; dès le 25, elle vomissait de 8 à 10 fois par jour et rejetait tous ses aliments; elle gardait quelquefois une heure ou deux son déjeuner; mais dès le 1<sup>er</sup> septembre, elle ne toléra plus rien. Dès qu'elle ingérait quoi que ce fût, au bout de dix minutes au plus, elle rejetait même de l'eau pure; ces vomissements finissaient toujours par quelques gorgées de bile verte ou jaune. M. le Dr Lemaire lui prescrivit tout ce que l'on peut prescrire en pareil cas : opium, belladone, antispasmodiques, glace, champagne frappé, vésicatoire à l'épigastre que l'on posa avec de la morphine, rien ne fit, il n'y eut aucun amendement. On appela alors M. le docteur Brossard qui tenta d'autres moyens, entre autres la pepsine, qui n'eurent pas plus d'effets; on rappela M. Lemaire, qui essaya encore quelques médications qui furent inutiles; alors il m'appela le 6 octobre. Voici l'état de la malade : la malade est très-pâle, le teint terreux, les yeux excavés, brillants, très-amaigrie, les lèvres sont rouge vif, la langue blanche, les dents couvertes de fuliginosités, l'haleine est fétide, acide. Le ventre est endolori par les efforts des vomissements. Elle a vomi 36 fois depuis douze heures, elle vomit toujours de la bile, quelquefois à la fin, un peu de sang. Après elle tombe épuisée, inondée de sueurs froides, elle peut à peine se retourner dans son lit et se mettre à demi sur son séant sans tomber dans un état syncopal. Le pouls est très-faible, très-rapide, très-dépressible, battant de 140 à 150 fois par minute.

L'état me semble très-grave, mais je veux encore tenter quelque chose, et comme M. Lemaire ne peut venir, je prescrivis de la glace sur le creux de l'estomac, du champagne frappé, et je fais sur le col utérin une onction avec 10 centigrammes d'extrait de belladone. La nuit est meilleure, de 5 ou 6 vomissements seulement. A onze heures le matin, nous nous trouvons avec M. Lemaire au chevet de M<sup>me</sup> G...; comme la nuit a été meilleure, les vomissements ont été moindres, je propose malgré les prières du mari et de la malade d'attendre encore trois ou quatre jours. Peut-être la belladone continuée en onctions sur le col et entre les lèvres de l'orifice externe calmera-t-elle les vomissements. Nouvelle onction à onze heures du matin. La

journee est assez bonne, 8 à 10 vomissements seulement ; mais la nuit du vendredi au samedi est déplorable, de 25 à 30 vomissements. L'anxiété augmente, la faiblesse s'accroît davantage. et dans la nuit du samedi au dimanche matin, 46 vomissements ont lieu ; son mari et une garde qui ne la quittent pas tiennent note de tout ce qui arrive. L'état syncopal est presque continu, et le dimanche matin à 10 heures le pouls est presque imperceptible à la radiale. Du cognac glacé est rejeté ; nous nous décidons alors, en présence d'un état aussi grave, à provoquer l'avortement. Pour nous il est bien clair que la vie ne peut pas se prolonger bien longtemps encore et qu'il faut agir au plus vite. En conséquence, ce jour même, dimanche 10 octobre, j'applique le spéculum de Cusco. L'orifice est très-peu ouvert ; cependant je pense y introduire une bougie emplastique de petit volume. Le soir M. Lemaire introduit un petit cône d'éponge préparée et j'introduis une sonde en caoutchouc, selon le modèle de Tarnier et je dilate avec de l'eau tiède. L'appareil reste en place jusqu'à six heures du soir, heure à laquelle il éclate. M. Lemaire introduit un morceau d'éponge. La nuit se passe, ainsi que le jour, avec des vomissements incessants. La malade s'affaiblit de plus en plus. Quelques douleurs utérines se sont fait sentir.

Le 12 octobre. Le mardi matin, je remplace un tube que je dilate avec de l'eau tiède. Les douleurs deviennent assez fréquentes ; les vomissements continuent, et dans la nuit il y en a un grand nombre, évalué à 25 ou 30. L'appareil tombe lui-même, encore gonflé, ce qui prouve que la dilatation est assez considérable.

Le 13 octobre, mercredi, à dix heures, je constate en effet une dilatation assez grande. Le col est presque entièrement effacé, et l'on sent l'œuf qui tend à s'engager dans l'orifice interne. Les douleurs se succèdent. J'ordonne un grand bain, qui est donné. Les douleurs se suspendent trois heures, de une heure à quatre heures, temps qui est employé par la malade à dormir, ce qu'elle n'avait pas fait depuis quatorze ou quinze jours. Puis les douleurs reprennent vives, se succédant régulièrement, et à trois heures du matin les membranes se rompent. On lui donne un peu de vin glacé, qu'elle rejette à trois heures et quart. Les douleurs deviennent tout à fait expulsives, et à trois heures et demie, l'œuf entier est rendu, placenta et embryon.

Peu de sang s'écoule. A quatre heures un quart, on lui donne du vin sucré glacé qu'elle conserve, et depuis, elle n'a plus vomé. La convalescence a été rapide. La malade s'est levée le 4 novembre, pour la première fois.

Au bout de douze heures, après la fausse couche, le pouls, de 150, tomba à 110, et vingt-quatre heures après, le pouls était à 84. C'était

vraiment une fièvre d'inanition. Pendant les vingt-quatre heures premières, elle prit quatre potages gras, un tapioca et à deux reprises différentes un verre de vin sucré avec du pain. Non-seulement les vomissements, mais l'état nauséux disparurent immédiatement avec l'issue de l'œuf.

Si maintenant nous passons en revue les résultats de cette méthode, nous voyons que les 118 obs. de M. Guéniot se divisent en 72 guérisons et 46 décès.

Nous voyons plus du tiers des morts d'une manière générale, mais en considérant les cas où la maladie a suivi son cours sans avortement, nous trouvons : — guérison 31 — mort 28. En supposant tous ces cas graves, comme le fait remarquer M. Guéniot, nous voyons qu'en définitive, quand la grossesse continue, on perd près de la moitié des malades, ou 47,4 pour cent.

D'un autre côté, nous voyons que l'avortement spontané a donné lieu à 20 guérisons et 7 morts, ce qui ne fait plus qu'un quart ou 26 pour cent.

Et pour les cas où l'avortement a été provoqué, nous trouvons 21 guérisons et 11 morts, c'est-à-dire près du tiers encore ou 34,3 pour cent.

Enfin, si l'on réunit les deux cas où il y a avortement spontané ou provoqué, on trouve 41 guérisons pour 18 morts, ce qui donne une mortalité de 30,5 pour cent, au lieu de 47,4 quand l'avortement n'a pas lieu. La terminaison de la grossesse est donc un événement heureux que l'on doit espérer et qu'il faudra favoriser quand, après avoir tout essayé pour enrayer la maladie, on verra les forces se déprimer tous les jours de plus en plus, la fièvre persister et les premiers accidents cérébraux se manifester. En un mot ce sera dans la dernière moitié de la seconde période que l'intervention chirurgicale sera nécessaire.

*Rétroversion utérine.*

« On appelle rétroversion utérine cette variété de déviation de la matrice dans laquelle la totalité de l'organe s'est déplacée dans l'excavation pelvienne, de telle sorte que le fond soit renversé dans la courbure du sacrum, tandis que le col est plus ou moins porté en avant vers la symphyse du pubis » (1).

Il y a deux sortes de rétroversion, celle de l'utérus dans l'état de vacuité et celle de l'utérus dans l'état de grossesse. Ce n'est évidemment que de celle-ci que nous avons à parler. On distingue également deux degrés à la rétroversion, selon que le fond de l'utérus est seulement une inclinaison plus prononcée du fond de la matrice, qu'il ne devrait être sans déterminer de graves accidents.

Ce premier degré est caractérisé par l'absence de développement du ventre, des douleurs dans la matrice, une pression incommode sur le rectum, des difficultés d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Dans le second degré, quand le fond de la matrice est complètement enclavé dans la concavité du sacrum, les symptômes sont beaucoup plus précis que je ne viens de le dire pour ceux du premier degré.

Ce sont : « en premier lieu, la rétention d'urine, en second lieu, la rétention des matières fécales dans l'intestin, au-dessus et souvent au-dessous de l'utérus rétroversé ; en troisième lieu, des douleurs lombaires périnéales et abdominales de la plus grande violence, plus ou moins comparables aux douleurs de la fausse couche ou de l'accouchement ; enfin, en quatrième lieu, les phénomènes généraux plus ou moins graves qui accompagnent toujours la distension de la vessie ou de l'intestin » (2).

(1) Salmon, thèse de concours, p. 40.

(2) Salmon, thèse de concours, p. 52.

Si la rétroversion utérine persiste, on ne tarde pas à voir survenir des accidents graves, la vessie continue à se développer, et, obligée de chercher dans l'abdomen la place qui lui manque dans l'excavation, elle s'élève en entraînant avec elle le col utérin qui se trouve ainsi porté d'autant plus haut. Les douleurs deviennent extrêmement vives, et l'on a pu voir la rupture et la gangrène de la vessie, une métrite aiguë et une péritonite consécutive.

L'arrêt des matières fécales dans le gros intestin n'est pas sans gravité, aussi, a-t-on noté des accidents analogues à ceux de l'invagination intestinale. Enfin, l'utérus lui-même peut se rompre ou se gangrener.

Cette affection, on le voit, est très-grave, et l'on doit chercher tous les moyens d'y mettre un terme. En réalité, les accidents tiennent à un obstacle mécanique comme en produirait une tumeur siégeant dans le bassin, en faisant entrer en ligne de compte le retentissement de la grossesse sur l'état général.

La rétroversion utérine se produit dans les premiers temps de la grossesse. Voici d'après Elleaume, sur 32 cas, la proportion suivante :

1 cas survenu à 1 mois.		
2	—	1 1/2
7	—	2
11	—	3
10	—	3 1/2
16	—	4
4	—	5
1	.	7

On voit que c'est là un des accidents graves de la grossesse qui se produit dans la période que nous étudions d'une manière spéciale.

Ce n'est pas sans raison que j'ai rapproché, dans ce travail, ces deux affections de la femme enceinte, les vomisse-

ments incoercibles et la rétroversion interne. Si, à la vérité, les causes essentielles des vomissements incoercibles nous échappent encore, et tandis que dans la rétroversion, l'étiologie des accidents est en quelque sorte palpable, il n'en est pas moins vrai que ces deux affections, au point de vue qui nous occupe, dérivent directement de la grossesse. Je n'ai pas ici à m'arrêter sur les vomissements opiniâtres symptomatiques d'une affection des voies digestives ni des rétroversions de l'utérus à l'état de vacuité, aussi bien ces cas sont rares où, hors l'état de grossesse, les accidents prennent en aussi peu de temps une telle gravité que la vie de la femme est sérieusement compromise.

Comme dans les vomissements incoercibles, nous sommes en présence d'accidents graves qui ont résisté à tous les modes rationnels de traitements (car je suppose ici encore que tous les moyens ont été essayés), et notre abstention, encore bien plus dans ce cas que dans les vomissements, si c'est possible, aura pour résultat la mort de la femme avec tous les symptômes des ruptures ou des invaginations intestinales.

Dans ce cas, le fœtus est aussi compromis que la mère, car il n'est pas à terme et ne saurait l'être ; pour que l'utérus soit enclavé dans l'excavation, il ne faut pas, en effet, que la grossesse ait dépassé le sixième mois. On ne saurait l'admettre, malgré la statistique du D<sup>r</sup> Elleaume, que j'ai reproduite plus haut et malgré l'observation de M. de Billi, relatée dans la thèse de M. Salmon (1), où il semblerait que l'utérus se fût rétroversé vers le troisième mois, et que la grossesse, continuant à se développer, l'organe ne pouvant se distendre par la partie postérieure, ni par son fond, ni par ses côtés, ce serait alors la face antérieure qui aurait

(1) Salmon, thèse de concours, 1863, p. 2.

prêté à l'ampliation générale, et la matrice, s'élevant définitivement dans l'abdomen, aurait ainsi permis le développement fœtal. Je crois que ce cas est un nouvel exemple de tension sacciforme de la matrice, comme M. Depaul en a déjà fait connaître un dans ses cliniques, et qui fut observé avec le D<sup>r</sup> Parise, de Lille. Oldham en rapporte un autre absolument semblable (1).

Pour en revenir à notre sujet, il est bien évident que les accidents graves qui compromettent la vie de la femme nécessitent une intervention active.

Or, si malgré tous les efforts tentés, on n'est pas parvenu à réduire les rétroversions, que reste-t-il à faire ?

Il n'y a plus ici à compter sur une réduction spontanée comme on pouvait espérer une cessation des vomissements dans le cas précédent. Cette affection, en effet, est sous la dépendance du système nerveux, et peut par conséquent dans sa marche, donner lieu à des bizarreries souvent inexplicables. Dans le cas qui nous occupe, tout est en quelque sorte mécanique, et si l'on a vu un mouvement brusque permettre quelquefois la réduction de la rétroversion, il n'y a plus lieu de l'espérer, je le répète, quand les accidents sont arrivés à l'état de gravité que je viens d'indiquer.

Sans entrer dans une plus longue dissertation sur la rétroversion utérine, j'ajouterai que les indications du traitement se résument en une seule, c'est-à-dire à supprimer la cause de tous ces accidents, à désenclaver l'utérus, en un mot, à produire la réduction.

Bien des méthodes sont conseillées sur lesquelles nous n'avons pas à insister. Je rappellerai seulement qu'il faut d'abord vider la vessie, dont la saillie au-dessus de l'utérus favorise l'abaissement du fond de cet organe. Mais cette

(1) Oldham, Obst. trans., 1860.

première indication n'est pas toujours facile à remplir, le méat urinaire est attiré en haut, avec la paroi antérieure du vagin et le col utérin qui appuie fortement sur l'urèthre empêche le passage de la sonde.

Quand on a pu vider la vessie, ou quand n'a pas réussi dans ses tentatives à cet égard, il faut tâcher de repousser l'utérus vers l'abdomen, relever le fond au-dessus du détroit supérieur, en un mot, lui faire prendre sa place régulière. Quand la vessie a été vidée, on réussit beaucoup mieux à opérer la réduction, sinon l'opération présente un peu plus de difficultés.

Les moyens employés sont très-nombreux, il ne m'appartient pas de les citer tous ici. Les doigts dans le vagin, dans le rectum, dans les deux canaux à la fois, par un seul opérateur ou par deux. La main tout entière ouverte, fermée, poussée dans l'un des deux conduits. Les pessaires à air, à eau, dans le rectum ou dans le vagin, la baguette d'Évrat, etc., sont les moyens employés généralement, et l'on favorise l'opération, en faisant prendre à la femme diverses postures et en la mettant sous l'influence du chloroforme.

Obs. XXXVIII. — Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse ; enclavement de l'utérus dans le petit bassin ; redressement par la main introduite dans le rectum. — Hôtel-Dieu, M. Barth. (1).

Le 12 août 1864, est entrée dans la salle Saint-Landry, n° 28, la nommée B... (Pauline), âgée de trente-huit ans, journalière. De taille peu élevée, cette femme paraît avoir le bassin bien conformé. Elle est habituellement d'une excellente santé, et n'a eu d'autre maladie sérieuse que la petite verole à l'âge de quatorze ans. Régliée pour la première fois à seize ans, elle a eu depuis ce temps des menstruations régulières, et dans l'intervalle, des fleurs blanches parfois assez considérables.

Mariée à l'âge de trente ans, elle eut à trente et un ans, une première grossesse, qui, arrivée à cinq mois s'accompagna sans cause appréciable pour la malade, d'un œdème indolore des deux membres

(1) Gazette des Hôpitaux, 1864.

De Soyre.

inférieurs; et cette infiltration persista, en présentant quelques alternatives d'augmentation et de diminution, jusqu'au moment de l'accouchement. Celui-ci fut lent, pénible; la malade resta deux jours dans les douleurs. Le travail se termina néanmoins sans nécessiter l'emploi du forceps. Les suites de couches furent régulières; la malade nourrit son enfant dix-sept mois et vit revenir les menstrues le dix-huitième.

Trois ans plus tard, à trente-quatre ans, arriva une deuxième grossesse, qui se passa très-régulièrement jusqu'à la fin. L'accouchement fut plus facile que le premier. La malade nourrit encore son enfant pendant treize mois, et le retour des règles eut lieu un mois après. Depuis lors les menstrues restèrent toujours régulières jusqu'au mois d'avril 1864, époque où elles disparurent complètement, ce qui fit penser à une nouvelle grossesse.

Le 27 juillet, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un seau plein d'eau, la malade ressentit une douleur aiguë dans la région hypogastrique.

Huit jours après, le 4 août, elle ne put ni uriner, ni aller à la selle, cet état dura jusqu'au 12, époque de son entrée à l'hôpital.

A la visite du 13, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la région des lombes, à la partie supérieure des cuisses. L'hypogastre présente une tumeur globuleuse, faisant une forte saillie en avant, partout mate à la percussion, assez ferme, mais élastique, convexe à son bord supérieur, lequel s'élève jusqu'à l'ombilic.

Interrogée de nouveau, la malade « croit être enceinte de six à sept mois, » c'est du moins ce que lui a dit une sage-femme. Cependant, c'est depuis quatre mois seulement que ses règles ont cessé de paraître. Quelle était cette tumeur ? s'agissait-il d'une grossesse avec forme insolite de l'utérus contenant peu de liquide ? mais le palper n'y faisait constater aucune partie solide, aucun mouvement spontané; l'auscultation n'y faisait percevoir ni souffle ni doubles battements.

Le cathétérisme lève une partie des doutes, en évacuant par la sonde environ deux litres d'urine. A mesure que le liquide s'écoule, la tumeur du bas ventre s'affaisse; mais quand la vessie est vidée, l'hypogastre est aplati, et par le palper on n'y constate pas la tumeur que formerait l'utérus dans une grossesse de quatre mois.

En pratiquant le toucher vaginal, on ne trouve pas le col utérin; le cul-de-sac postérieur du vagin est effacé; immédiatement derrière la fourchette, on rencontre une tumeur dure, arrondie, qui ne permet pas de pénétrer plus profondément; en dirigeant le doigt en avant, on ne trouve pas le coi non plus, et l'on sent la tumeur précipitée se

continuer vers la région antérieure du petit bassin ; ce n'est qu'en portant l'index et le médius très-profondément, en haut et en avant, que l'on rencontre derrière la symphyse du pubis une petite partie plus souple, séparée du corps de la tumeur par un sillon étroit, et l'on reconnaît à ce caractère la lèvre postérieure de la matrice. En touchant par le rectum, on retrouve la tumeur précipitée appuyant en arrière contre la face antérieure du sacrum, dont elle remplit ainsi toute la concavité. A ces caractères, on reconnaît l'utérus distendu, et en état de rétroversion complète. Dès lors, on s'explique facilement non-seulement la rétention d'urine et des matières fécales, mais aussi le peu de développement du bas-ventre pour une grossesse de quatre mois. En effet, la matrice ainsi renversée en arrière aplattissait le rectum par son fond contre la face antérieure du sacrum, et par son col porté derrière le pubis, elle comprimait le col de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne. De plus, par le fait de son renversement en arrière dans le petit bassin, l'utérus ne faisait aucune saillie apparente à l'hypogastre.

Ce déplacement, constaté par M. Blot, interne, MM. Lamy, Gimbert, Gallois, externes, et par M. le Dr Pillon, ne pouvait se prolonger sans danger pour la malade. Cependant l'utérus ne pouvait être redressé ni par le doigt porté dans le rectum, ni par l'index et le médius introduits dans le vagin.

Après plusieurs jours de repos et quelques bains, les choses restant dans le même état, le 18 août M. Barth procéda au déplacement de la matrice de la manière suivante :

Un demi-lavement d'huile pure avait été préalablement administré avant la visite. La malade fut placée à genoux sur son lit, le corps penché en avant, appuyée sur les coudes et la tête reposant sur le traversin. Mettant à profit la dilatabilité de l'intestin, M. Barth introduisit dans le rectum d'abord l'index, puis le médius, et après une dilatation opérée par l'écartement de ces deux premiers doigts, il fit pénétrer aussi, successivement, le troisième et le quatrième doigt, et enfin la main entière (le pouce seul excepté).

La main ainsi introduite, plus facilement qu'on ne pourrait le croire, permettait d'agir sur une large surface. Exerçant alors sur la face postérieure de la tumeur des pressions graduées, de bas en haut et d'arrière en avant, il sentit l'utérus céder peu à peu, et, après quelques efforts modérés, fuir en quelque sorte sous la pression. Les doigts, se mouvant aussitôt librement dans le petit bassin, purent distinguer nettement l'angle sacro-vertébral faisant une saillie assez prononcée.

La malade était alors replacée sur le dos, le doigt introduit dans le vagin retrouva immédiatement le col de l'utérus revenu à sa posi-

tion et à sa direction normales, et les personnes attachées au service purent aisément reconnaître que la tumeur du petit bassin avait disparu, que les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin avaient repris leur disposition naturelle, et que le col utérin se présentait au centre du vagin avec ses lèvres et son orifice bien distincts. En même temps, la palpation abdominale constatait la présence du fond de l'utérus au-dessus du pubis.

Dès le jour même, la malade put évacuer librement les matières fécales sans le secours de lavements, et dès le lendemain elle put rendre l'urine sans l'aide de la sonde. Toutes douleurs avaient disparu, et le 25 août, la malade quitta l'hôpital après que l'on eut constaté que l'utérus avait conservé la position normale dans laquelle il avait été heureusement remplacé.

On peut admettre pour la rétroversion utérine diverses terminaisons que je range d'une façon spéciale pour le sujet qui m'occupe en ce moment. Ainsi : 1° La rétroversion se réduit spontanément ; 2° après le cathétérisme, la rétroversion se réduit sans autres tentatives ; 3° la vessie étant vidée ou non, on opère avec succès la réduction ; 4° sous l'influence des troubles généraux et de la gêne apportée au développement de l'utérus par son enclavement, on voit le travail se déclarer et l'avortement se produire, et les accidents de la rétroversion disparaissent ; 5° cet avortement peut être le résultat des tentatives de réduction et se produire après le redressement de la matrice, quand on a réussi, ou quand on n'a pas réussi, l'utérus étant toujours rétroversé. Dans ce cas les accidents spéciaux à la rétroversion cessent. 6° Enfin il peut arriver que les tentatives de toutes sortes restent vaines, que les choses demeurent en place, que l'utérus se gangrène ou la vessie, et que la femme meure à la suite de ces accidents.

C'est donc alors que l'on a proposé l'avortement provoqué comme moyen de diminuer le volume de la matrice, et de permettre par conséquent sa réduction.

Il y a donc absolue nécessité à agir, et on ne peut le faire utilement qu'en diminuant le volume de la matrice, c'est-à-dire en provoquant l'avortement. C'est faire le sacrifice du fœtus, mais l'inaction entraînerait la mort de deux êtres, il n'y a donc pas à hésiter.

Dans bien des cas, les tentatives de réduction couronnées ou non de succès, ont entraîné l'avortement à la suite. C'est là un résultat que l'on ne cherchait pas, qui surprend désagréablement, puisque l'on opérait, dans l'espoir de permettre à la grossesse de continuer son cours, tout en mettant la mère à l'abri des accidents graves que nous avons décrits ; mais ce résultat, il faut le prévoir et en faire toujours connaître la possibilité à la femme et à sa famille avant d'opérer.

Quand tous les moyens de réduction ayant échoué, et l'avortement ne s'étant pas déclaré spontanément, on se décide à le provoquer, deux cas peuvent se présenter.

Ou bien on peut atteindre le col et pratiquer l'avortement par les moyens ordinaires. En voici une observation.

Obs. XXXIX. — Accidents graves produits par la rétroversion de l'utérus chez une femme enceinte. Avortement provoqué (1).

En 1840, M. le Dr Legendre appela en consultation M. le professeur P. Dubois, pour examiner avec lui une malade à laquelle il donnait ses soins.

Cette femme, enceinte de quelques mois, avait été prise d'une rétention d'urine, et l'on ne pouvait parvenir à pénétrer dans la vessie à l'aide d'une sonde. Les douleurs éprouvées par cette malade étaient continues et intolérables ; en touchant le vagin, on reconnaissait que la cavité du bassin était presque complètement remplie par une tumeur fluctuante, présentant en quelques points des parties solides. On devait admettre que cette tumeur était formée par l'utérus, dont le fond était fortement porté en arrière, tandis que le col, situé en avant, ne pouvait être atteint qu'avec une extrême difficulté. Au-dessus des pubis, on sentait à travers les parois abdominales une autre tumeur, que l'on aurait pu prendre pour la vessie ; mais en

(1) Union Médicale, 1848, p. 472.

examinant avec attention, on reconnaissait qu'elle était constituée par une partie de l'utérus qui dépassait la ceinture pelvienne. Il fallait donc admettre que l'utérus était, pour ainsi dire, divisé en deux parties par la saillie sacrée, l'une extra-pelvienne faisant saillie derrière la paroi abdominale antérieure, l'autre intra-pelvienne, facile à reconnaître par le toucher vaginal. Cette circonstance extraordinaire laissa du doute dans l'esprit de M. Dubois, et il dut penser qu'à la rigueur, la tumeur intra-pelvienne pouvait être indépendante de l'utérus. Nous avons dit quelle était la situation du col ; il se trouvait tout à fait derrière les pubis.

Après avoir fait quelques tentatives de réduction, sur la demande de M. Dubois, forcé de s'absenter, M. Legendre provoqua une nouvelle consultation, à laquelle M. Velpeau prit part. Ce professeur ayant reconnu l'état de rétroversion de l'utérus, fut d'avis de tenter encore d'obtenir la réduction de cet organe. Après bien des tentatives infructueuses, il parvint à accrocher le col utérin et à introduire dans son orifice une sonde à l'aide de laquelle il s'efforçait de ramener dans la direction normale, tandis qu'avec la main introduite dans le vagin, il essayait de refouler en haut la tumeur intra-pelvienne. Pendant cette manœuvre, qui fut des plus laborieuses, on perfora accidentellement les membranes. La déplétion partielle de l'utérus permit d'obtenir la réduction. Dès lors tout accident cessa ; les urines reprirent leurs cours. L'avortement eut lieu peu de temps après et la malade se rétablit parfaitement.

Ou bien on ne peut pas atteindre l'orifice utérin, et il faut choisir un autre moyen de diminuer le volume de l'utérus. Certains opérateurs ont ponctionné l'utérus par le rectum, d'autres par le vagin. Voici un exemple de chaque méthode.

Obs. XL. — Rétroversion guérie au moyen de la ponction de l'utérus par le rectum (1).

Philiberte Corlin, de Tournus, 38 ans, d'un tempérament sanguin, mariée depuis 18 mois, était affectée d'une rétention d'urine pour laquelle elle vint réclamer des secours à l'Hôtel-Dieu ; elle était enceinte de 5 mois et s'était bien portée dans le commencement de la grossesse ; depuis un mois seulement, elle éprouvait de grandes difficultés pour uriner, accompagnées de violentes coliques. En examinant la malade, on reconnut au périnée une tumeur qui le faisait saillir d'une

(1) Union Médicale. 1848, p. 473.

manière marquée, poussant fortement le rectum en bas et en arrière et dilatant en même temps l'anus. En introduisant le doigt dans l'intestin, on la sentait immédiatement à la partie la plus inférieure du rectum; elle était fluctuante en plusieurs points, surtout en bas et en arrière; dans d'autres points, elle était dure et rénitente. On jugea que la tumeur occupait toute la cavité du petit bassin et qu'elle s'élevait même au-dessus du pubis où elle formait, conjointement avec la vessie, dilatée par l'accumulation de l'urine, une saillie considérable. A l'aide du doigt indicateur porté dans la vulve, on sentait la tumeur à travers la paroi postérieure du vagin. Celui-ci était appliqué à la symphyse du pubis avec tant de force que le doigt pouvait à peine y pénétrer; il se dirigeait presque directement en haut, et l'on ne pouvait parvenir jusqu'au col de la vessie... — A grand-peine, on pénétra dans la vessie, pour donner issue à l'urine... — La difficulté que l'on éprouvait à introduire le doigt dans le vagin, le volume des parties, l'ancienneté de la maladie étaient autant de circonstances qui s'opposaient à toute tentative de réduction de la matrice. Cependant, les douleurs qu'éprouva la malade ne permettant pas de différer davantage, on se détermina à faire la ponction de l'utérus, non par le vagin, mais par le rectum dans le point où la tumeur présentait le plus de fluctuation. On se servit du trois-quarts courbe employé pour la ponction de la vessie au-dessus du pubis; l'instrument pénétra dans la matrice sans causer beaucoup de douleur; il sortit par la canule à peu près une demi-pinte d'une sérosité claire et sans odeur, et le ventre s'affaissa un peu.

La femme fut soulagée, et l'on reconnut assez distinctement les parties de l'enfant à travers les parois de la tumeur; mais il fut aussi impossible qu'auparavant d'atteindre le museau de tanche. Après quelques heures la malade éprouva des tranchés utérines qui se dissipèrent assez promptement, et le lendemain elle ne sentit d'autre mal que celui qui résultait de la difficulté d'uriner et d'une légère cuisson dans la plaie. Pendant les quatre jours qui suivirent, il y eut des alternatives de repos et de douleurs peu vives que la femme disait être des coliques; enfin le cinquième vers neuf heures du matin, la malade se débarrassa d'elle-même tout à coup d'un fœtus mort, mais bien conformé, paraissant à peu près du terme de quatre mois et demi à cinq mois. Aucun chirurgien n'ayant été présent au travail, on n'a pu constater le retour gradué des parties à leur première situation; mais après l'avortement on les trouva dans l'état normal, seulement le museau de tanche était encore légèrement incliné en haut.

Un mois après, la malade sortit de l'hôpital, n'éprouvant d'autre incommodité qu'une incontinence d'urine dont elle a guéri depuis.

Obs. XLI. — Rétroversion, grossesse de quatre mois; ponction par le vagin; mort le soir de l'opération (1).

Marie Holling, 33 ans, bien constituée, avait déjà eu deux accouchements réguliers. Les règles s'étant supprimées, elle éprouva les symptômes d'une nouvelle grossesse auxquels, six semaines après, se joignirent des difficultés extrêmes pour l'émission des urines et des matières fécales. Ces accidents prirent un tel caractère de gravité, que la malade dut se rendre à l'hôpital de Louvain. Voici quel était alors son état: la face était pâle, grippée; la respiration pénible; les lèvres pâles, sèches; les dents fuligineuses; la parole faible, entrecoupée; la peau sèche; le ventre extrêmement douloureux; vomissements verdâtres; langue sèche, rouge à la pointe, couverte d'un enduit jaunâtre; pouls faible, accéléré; intelligence bien conservée; rétention complète d'urine. Le cathétérisme fournit un liquide trouble, mêlé de sang extrêmement fétide, et déposant une grande quantité de matière purulente.

En touchant le vagin, on trouva le museau de tanche au niveau du bord supérieur du corps du pubis. Les lèvres étaient molles, arrondies, assez épaisses et laissaient entre elles une petite ouverture permettant l'introduction de l'extrémité du doigt; en haut du vagin on reconnaissait un segment de sphère formé par la matrice; celle-ci offrait le volume d'une tête d'enfant à terme.

Par le rectum, on rencontrait le même corps pesant sur l'intestin et l'oblitérant; M. Craninæ diagnostiqua: 1<sup>o</sup> grossesse de trois à quatre mois, 2<sup>o</sup> rétroversion de la matrice, cystite et péritonite consécutive. Après avoir, deux jours de suite, tenté la réduction de l'organe, l'opérateur, après avoir pris l'avis de MM. les professeurs Baud et Lauthier, se décida à perforer l'œuf en pénétrant dans l'utérus à l'aide d'un trois-quarts à travers la paroi du vagin. Immédiatement il sortit environ une pinte de liquide amniotique. La malade éprouva de suite une amélioration sensible. Quelques tentatives faites dès ce moment redressent en partie l'utérus. Mais le mieux ne se soutint pas, et dans la nuit la malade succomba.

Obs. XLII. — Evacuation par l'aspirateur d'un utérus gravide en rétroversión. (2).

M. Anthony Bell, de Newcastle, rapporte qu'il fut appelé pour une femme enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable; depuis la septième semaine de sa grossesse elle avait

(1) Union médicale, 1848, p. 473.

(2) Archives de Tocologie, 1875, p. 117.

constamment souffert du ventre, souvent avec violence. Son urine était purulente et ammoniacale. Un examen complet montrait que l'utérus en rétroversion constituait une tumeur fluctuante, douloureuse, absolument impossible à réduire. L'auteur pratiqua par le rectum une ponction aspiratrice dans la tumeur, constituée par l'utérus, pour évacuer le liquide amniotique. Cette opération fut suivie d'un grand soulagement sans aucun accident. Le fœtus fut expulsé au bout de trente-six heures et la malade guérit rapidement.

N'ayant pas à discuter les divers procédés opératoires, je ne chercherai pas s'il est préférable de ponctionner l'utérus par le rectum ou par le vagin, quoique à mon sens, cette dernière voie me paraisse préférable. Mais je veux appeler l'attention sur la dernière observation où le Dr Bell a fait la ponction capillaire aspiratrice; ce qui me paraît une heureuse innovation dont l'application, se retrouvera, je crois, plus loin, dans les hydropisies de l'amnios.

Si je cherche maintenant quels sont les partisans de l'avortement provoqué dans les cas graves de rétroversion utérine irréductible, je crois pouvoir citer tous les accoucheurs : ainsi MM. Dubois (1), Depaul (2), Jacquemier (3), Tarnier (4), Churchill (5), Schroder (6), Barnes (7), etc.

Parmi les opérateurs qui firent la ponction de l'utérus, nous citerons Head (8), Schatz (9), Munchmeyer (10), auxquels il faut ajouter Viricel (11), Baynham (12), Cau-

(1) Union médicale, 1848, p. 470.

(2) Depaul, Clinique obst., p. 490.

(3) Dictionn. encyclopéd., t. VII, p. 377.

(4) Cazeaux et Tarnier, Traité d'accouch., p. 537.

(5) Churchill, Maladies des femmes, p. 340.

(6) Schröder, Manuel d'accouchements, p. 356.

(7) Barnes, Opérat. obstétr., trad. franç., p. 236.

(8) Lond. Hosp. Report, 1867.

(9) Schatz, Arch. de gynéc., 1870.

(10) Monat. f. Jeburt, 1860.

(11) Thèse de Linaz et Union méd. 1848.

(12) Baynham, De la ponct. dans la rétrov. utér. Gaz. méd., 1830.

ninx (1). Sur ces six cas, auxquels il faut ajouter celui du Dr Anthony Bell, que j'ai rapporté plus haut, et un autre cas du Dr Sourel (2), qui ponctionna l'utérus par le vagin, il n'y eut qu'un insuccès, celui du Dr Canninx, de Louvain. Il est vrai d'ajouter que le professeur Moreau, qui racontait le fait, disait pouvoir rapporter plusieurs autres cas malheureux.

*Excès de volume de l'utérus.*

On sait que d'habitude la quantité de liquide amniotique compris dans l'œuf ne s'élève guère à plus de 600 à 800 grammes ou 1 kilogramme. Cependant, dans quelques cas, on a pu voir une abondance de liquide beaucoup plus grande, et Baudelocque, par exemple, cite deux cas, où dans l'un on peut évaluer à treize pintes la quantité de liquide qui s'écoula au moment de la rupture des membranes, et dans l'autre on en compta trente-deux pintes.

Il est facile de comprendre qu'une telle distension de la matrice doit avoir un retentissement sur la santé générale de la femme (3). Laborie, en rapportant les leçons de M. Du Bois, cite à ce propos une observation de Duclos, de Toulouse, qui trace un tableau saisissant des souffrances de la malade.

Le fait de Duclos étant très-connu et répandu dans tous les livres classiques (4), je reproduis ici ces deux observations moins connues, et qui sont dues à Robert Lee (5),

Obs. XLIII.— Le 30 août 1828, Mme Bryant, âgée de 34 ans, offre, quoique arrivée seulement au septième mois de sa grossesse, un développement de l'abdomen plus considérable qu'il ne l'est ordi-

(1) Thèse de Salmon, p. 413.

(2) Union méd., 1848, p. 173.

(3) Laborie. Union méd., 1848, p.

(4) Churchill. Maladies des femmes, p. 780.

(5) Robert Lee. Travail prématuré dans les cas, etc., obs. 45 et 48.

nairement au terme de la gestation. Les extrémités inférieures sont œdémateuses, et la malade éprouve de vives et constantes douleurs de l'hypogastre, de la dyspnée et de la toux : le facies est pâle et présente une expression d'anxiété. Le pouls est vif, la soif ardente et la sécrétion urinaire très-rare. Tous ces symptômes ont paru depuis trois mois, mais l'extraordinaire accroissement de l'abdomen ne s'est manifesté qu'au commencement du septième mois de la gestation, époque à laquelle il a augmenté avec une incroyable rapidité. Les mouvements de l'enfant ont toujours été très-faibles, et on sent une fluctuation obscure dans l'abdomen. A l'examen par le vagin, on s'aperçoit que le col de l'utérus était comme dans le neuvième mois de la grossesse, et la présence d'une grande quantité de fluide dans l'utérus pouvait être aisément perçue. Le ballotement du fœtus était très-distinct. Des saignées, des diurétiques, etc., furent employés sans soulagement. La gêne de la respiration augmenta beaucoup ; l'abdomen devint plus tendu et l'urine fut sécrétée encore en plus petite quantité durant les deux semaines suivantes. Enfin, le 21 octobre, la suffocation était imminente, je rompis les membranes quoiqu'il n'y eût aucun signe de l'approche du travail, et il s'écoula dix pintes de liquide amniotique. Le jour suivant, les contractions utérines se déclarèrent, et il naquit un enfant vivant, qui a pu être élevé. Le placenta et les membranes fœtales, quoique minutieusement examinés, ne présentaient aucune trace de maladie. La mère continua à éprouver de la dyspnée ; l'anasarque des extrémités inférieures persista pendant quelques semaines, mais enfin le rétablissement eut lieu. Une fluctuation obscure de l'abdomen était perceptible, quelq temps après la délivrance.

Dans ce cas, la grossesse était arrivée au septième mois ; dans celui de M. Duclos, elle était parvenue au huitième mois. Il n'y avait donc aucune contre-indication de provoquer l'accouchement. Dans le cas suivant, au contraire, la malade était loin du terme de sa grossesse.

Obs. XLIV.— A 3 h. du soir, le 2 janv. 1840, M. Hutchinson me fit appeler pour voir une dame parvenue à quatre ou cinq mois de sa grossesse, et affectée d'hydropisie. L'abdomen était distendu, la face, le tronc et les extrémités étaient œdématisés. L'oppression était si grande, qu'on était obligé de soutenir la malade assise sur le bord de son lit les pieds sur une chaise. Il était évident que si on ne portait quelque soulagement à cet état, la femme ne pourrait vivre plus de quelques heures. Ces symptômes s'étaient manifestés dans le

second mois de la grossesse et avaient pris un caractère très-grave depuis environ une semaine. Les diurétiques, les vésicatoires, les drastiques, les cathartiques avaient été employés par les docteurs Roots et Hutchinson sans le plus léger soulagement. A la perforation des membranes, une immense quantité de fluide s'écoula de l'utérus, et continua au point d'inonder le parquet de l'appartement. Quoique l'abdomen fût un peu diminué de volume, la difficulté de la respiration, la lividité des lèvres, et la rapidité du pouls persistèrent. Six heures après la sortie du liquide, le col de l'utérus était dilaté de la largeur d'une couronne, mais les douleurs du travail ne s'étaient pas encore manifestées. Les symptômes continuèrent jusque vers l'après-midi du 3, époque où le fœtus et le placenta furent expulsés sans hémorrhagie. La déglutition devint bientôt impossible, et la malade mourut au bout de quelques heures. Quatre livres de sérum furent trouvées dans le péritoine et trois onces dans le péricarde. Le cœur était sain. Les poumons étaient gorgés de sérosité ; quelques portions étaient extrêmement indurées. Le foie était sain, les reins étaient plus durs que de coutume, et leur partie corticale, incisée, offrait un aspect lardacé. Le corpus luteum était dans l'état ordinaire. L'amnios fut soigneusement examiné et trouvé sans vaisseaux sanguins.

Au point de vue spécial qui nous occupe, on voit que, dans ces deux cas, les malades étaient dans des conditions telles, que si l'on n'eût rien fait, elles seraient mortes bien certainement et l'enfant aussi très-probablement, car les opérations césariennes *post mortem* sont loin de donner toujours de bons résultats. Du reste, dans le premier cas, la malade était arrivée au septième mois, et par conséquent l'accouchement prématuré, qui permet de conserver quelques chances de sauver l'enfant, se trouvait tout indiqué.

Il est bon, cependant, de faire remarquer que le fœtus, dans les cas d'hydropisie de l'amnios, présente souvent des vices de conformation : hydrocéphalie, hydrorachis, ascite, etc., et que, dans tous les cas, il est moins bien développé que dans une grossesse normale ; enfin, sa mort arrive un certain nombre de fois dans le sein maternel.

Quant à la seconde observation que j'ai publiée, elle se

apporte à une femme parvenue au cinquième mois de la grossesse seulement, et c'était donc un avortement provoqué qu'il s'agissait d'accomplir.

Y avait-il quelque hésitation à avoir ? Je ne le pense pas. — On avait employé tous les moyens propres à combattre tous les accidents de cette grossesse, sans obtenir aucun résultat, et l'état de cette femme allant toujours en s'aggravant, la mort était devenue menaçante. La seule chose que l'on pouvait tenter en sa faveur était l'avortement, pour tâcher de suspendre la dyspnée dont elle était atteinte, mais ce fut trop tard, et la pauvre femme succomba.

L'autopsie permit de reconnaître que l'hydropisie n'était pas limitée à l'œuf, qu'elle s'était en quelque sorte généralisée : ascite, péricardite, œdème du poumon, etc.

Pouvait-on espérer qu'en dehors de l'avortement, la femme pût se rétablir et la grossesse continuer son cours ? Il me semble que cet espoir n'était plus possible, en raison de l'état avancé de la maladie. L'avortement était donc très-légitime. Dubois (1), Cazeaux (2), Churchill (3), etc. admettent l'avortement dans des cas semblables.

Je crois nécessaire, avant de quitter ce sujet, de faire remarquer :

1° Qu'il arrive assez souvent que, plutôt sous l'influence des troubles généraux que par l'expansion exagérée de la matrice, on voit le travail se déclarer prématurément, et l'expulsion du fœtus avoir lieu à une époque plus ou moins éloignée du terme de gestation ;

2° Que l'hydropisie de l'amnios est une affection rare dans les premiers mois, ou plus tôt ; que pour produire des accidents aussi graves que je l'ai relaté, il faut une énorme distension de la matrice, et qu'on observe le plus souvent

(1) Laborée. Union méd., 1848, p. 470.

(2) Cazeaux, Tarnier. Traité d'accouch., p. 543.

(3) Churchill. Maladies des femmes, p. 787.

ce phénomène dans les septième et huitième mois que dans les six premiers.

Il en résulte que l'accouchement prématuré artificiel sera plus souvent employé que l'avortement provoqué.

Dans ce même chapitre, il faut faire rentrer les cas où l'utérus, sans être développé relativement plus qu'il ne doit l'être, n'en détermine pas moins, par son volume, des troubles dans les voies respiratoires et dans la circulation en dehors de toute affection locale ou générale. Cela se rencontre, par exemple, chez des femmes rachitiques de très-petite stature, avec diminution notable de la cavité abdominale et de la cage thoracique, causée par des courbures diverses de la colonne vertébrale.

L'utérus, pour se développer, ne trouvant pas de place dans un bassin rétréci, est obligé de s'élever de bonne heure dans l'abdomen. Mais, comme là aussi, l'espace est très-mesuré, il en résulte que la matrice repousse les organes contenus dans cette cavité, et les pressions peuvent être assez fortes pour apporter une gêne considérable dans les fonctions respiratoires, circulatoires et digestives.

C'est pour remédier à un tel état de chose que M. Dubois fut obligé, en 1840, de provoquer l'accouchement chez une femme naine qui n'avait pas plus de 3 pieds 9 pouces et 2 lignes ou 122 centimètres 2 millim.

Mais je me hâte d'ajouter que, sauf exception bien rare, cette question est résolue par l'accouchement prématuré, car pour qu'une gêne comme je l'indique soit possible, il faut admettre un certain volume de l'utérus, et ces accidents ne se voient guère avant le septième mois de la grossesse. Avant ce temps, on agirait comme je l'ai dit précédemment.

### *Eclampsie.*

Il semblerait, au premier abord, que l'éclampsie dût échapper à notre examen, au point de vue spécial qui nous occupe. En effet, c'est là une maladie des derniers mois de la grossesse, et si l'on veut obtenir la déplétion de la matrice, soit dans l'intérêt de la mère, soit pour le bien de l'enfant, comme quelques auteurs (1) le conseillent, ce n'est plus à l'avortement provoqué, mais à l'accouchement prématuré artificiel qu'on a recours.

Cependant Danyau (le père) observa l'éclampsie chez une jeune femme qui avortait à la sixième semaine de la gestation.

Cazeaux cite le fait d'une dame de Ferrare qui, pendant toute la durée de la grossesse, aurait eu des attaques d'éclampsie à peu près tous les quinze jours, mais Cazeaux lui-même doute que ce fussent là de véritables attaques d'éclampsie. Chailly a observé l'éclampsie chez une femme enceinte de deux mois.

M. Depaul en a cité un cas chez une femme enceinte de trois mois.

Nous en avons vu nous-même un cas chez une femme enceinte de quatre mois et demi.

On voit donc que les cas d'éclampsie sont rares dans les premiers temps de la grossesse. Si cependant on est appelé près d'une femme ayant des accès convulsifs bien caractérisés à cette période de la gestation, convient-il de provoquer l'avortement? Je ne le pense pas, et je m'appuie sur l'opinion de M. Dubois, qui dit : « Les convulsions ne se lient pas d'une manière si intime à la grossesse qu'elles

1) Velpeau, Stoltz, Chailly, Joulin, Tarnier, Braun, acceptent l'accouchement prématuré dans ce cas. Joulin, p. 1,406.

doivent nécessairement cesser par le fait seul qu'on a fait cesser la grossesse. » Tous les auteurs sont d'avis que les excitations portées sur le col de la matrice réveillent les accès convulsifs ; enfin l'éclampsie confirmée détermine souvent l'avortement, ou ne se montre qu'au moment de l'expulsion de l'œuf.

Je n'insiste pas davantage sur ce point, qui trouverait mieux sa place s'il s'agissait de débattre la question de l'accouchement prématuré artificiel.

Mais si l'éclampsie ne donne pas une indication de provoquer l'avortement, en est-il de même de l'albuminurie sans accès convulsifs ?

Je pense que, dans certains cas, on peut se trouver dans la nécessité d'interrompre la grossesse. M. Jacquemier (1) rapporte les observations suivantes :

Obs. XLV. J'ai vu dit-il, à Neuilly, avec le Dr Putel, une jeune femme dans le 6<sup>m</sup>e mois d'une première grossesse, dont l'albuminurie s'accompagnait d'une grande fréquence de poulx, de violentes douleurs de tête et de troubles de la vue, symptômes qui firent place, après quelques jours, à une cécité complète et à un délire maniaque, mais sans attaques convulsives. L'état de cette dame paraissait très-alarmant ; ayant reconnu que le col était facilement accessible, je fis pénétrer de force l'extrémité du doigt jusque sur les membranes, et je proposai de mettre à profit cette disposition en répétant de temps en temps la même manœuvre, ce qui fut fait plusieurs fois dans la journée et dans la soirée. Le travail était déclaré dès le lendemain matin et se termina dans la journée par l'expulsion de deux fœtus, moins avancés dans leur développement que nous ne l'avions supposé. Au bout de quelques temps, tous les symptômes fâcheux avaient disparu, sauf l'abolition de la vue qui a persisté longtemps, et qui n'est que très-incomplètement dissipée et d'un côté seulement.

Obs. XLVI. J'ai été appelé quelques temps après par M. Joulin auprès d'une femme dans le 5<sup>e</sup> mois de sa grossesse et déjà albuminurique. L'état de cette femme était fort grave et présentait la plupart

(1) Jacquemier. Dict. encycl., art. Avort. prov., t. 7, p. 577.

des symptômes attribués à l'urémie : de la torpeur du subdélirium, mais il ne s'était manifesté ni mouvement convulsif ni paralysie. M. Joulin introduisit un cylindre d'éponge préparée dans le col, et en moins de quatorze heures le fœtus était expulsé ; mais les symptômes graves n'en persistèrent, pas moins et la malade ne tarda pas à succomber.

Je crois que dans les cas d'albuminurie, ce qui n'est pas rare chez les femmes enceintes puisque M. Blot en a trouvé 41 sur 205 dans ses recherches à la Maternité, on pourra lorsqu'on sera appelé de bonne heure, par un traitement bien dirigé, espérer d'enrayer, ou tout au moins d'amoindrir les accidents, de façon à pouvoir gagner le terme de la grossesse où le fœtus étant viable on puisse espérer de le faire naître vivant. Cependant il ne faut pas oublier que les enfants souffrent dans l'utérus de l'état général de la mère, et que le plus souvent les enfants nés de mères très-albuminuriques sont plus petits et moins faciles à élever que les autres.

Mais si, comme M. Jacquemier ou Joulin, on se trouve en présence de cas où la vie de la mère est menacée par l'albuminurie, et que malgré tous les efforts médicaux, les accidents n'ont pas diminué d'intensité, c'est alors un cas de force majeure, et il faut bien se décider à l'avortement. Si l'on ne prenait pas ce dernier parti, on verrait bientôt quelque accès convulsif plus ou moins caractérisé venir compliquer la situation et terminer la scène. Ou bien l'avortement se produirait spontanément *in extremis*, comme nous l'observons quelquefois dans le cours de maladies aiguës arrivées à leur période ultime.

Je n'insisterai pas davantage sur ce point. L'avortement provoqué se trouve dans ce cas indiqué lorsque tous les efforts médicaux auront échoué, et que la vie de la mère sera très-sérieusement menacée. La discussion de la légitimité

De Soyre.

13

de l'intervention serait ici la même que pour les vomissements incoercibles.

### *Hémorrhagies.*

Les hémorrhagies des 6 premiers mois de la grossesse sont plus souvent l'indice d'un travail d'avortement, qu'un véritable accident menaçant la gestation. En effet les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta s'observent généralement dans les trois derniers mois, et plus spécialement dans le 8<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup>. Cependant on ne pourrait nier que dans quelques cas très-rares, la cause de l'hémorrhagie provenait d'une implantation placentaire près du col de la matrice, alors que la grossesse n'était pas arrivée au terme de 7 mois.

Dans ces circonstances, et je ne parle ici que d'hémorrhagies graves, ayant résisté à tous les moyens généraux, tels que position horizontale, applications froides sur le ventre, etc., pourra-t-on déterminer l'expulsion de l'œuf, dont la présence dans l'utérus est la cause ou tout au moins entretient cette hémorrhagie ?

Si nous nous rapportons au traitement des hémorrhagies graves de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, du moment que cet accident se produit avant tout début de travail, on voit que les auteurs sont d'accord pour conseiller le tamponnement du vagin. Le but que l'on se propose par ce procédé est d'arrêter l'hémorrhagie et de permettre à la grossesse de poursuivre son cours ; mais on réussit rarement à obtenir ce double résultat. Le plus souvent, le tampon arrête mécaniquement l'hémorrhagie, mais par sa présence dans le vagin et sur le col de l'utérus, il détermine des contractions et finalement un véritable travail d'accouchement. C'est donc un avortement indirect que l'on produit de cette façon, mais je le répète, ce n'est pas là le but que l'on se

propose, et quelquefois l'on est assez heureux pour voir le tampon arrêter l'hémorrhagie et la grossesse continuer son cours, mais cela est très-rare.

Au point de vue de l'avortement provoqué, nous pouvons dire que le traitement de l'hémorrhagie même grave ne comporte pas l'avortement provoqué, qui, s'il était cherché par les moyens ordinaires, loin de diminuer la quantité de sang perdue ne ferait que l'augmenter.

Si maintenant on est appelé à donner ses secours à une femme épuisée par l'hémorrhagie et dont la santé générale est gravement compromise, si chez cette femme le travail d'avortement est commencé, l'application du tampon remplira le double but d'arrêter l'hémorrhagie et de favoriser l'expulsion du produit.

Quant à la perforation des membranes, on ne l'emploie dans les cas d'hémorrhagie que lorsque le travail est déclaré, et qu'il n'y a plus aucun espoir d'arrêter ce travail abortif. On voit donc que ce n'est pas un procédé d'avortement provoqué, puisque au moment où l'on déchire la poche l'expulsion de l'œuf ne peut plus être suspendue.

J'en ai assez dit sur ce point pour montrer que l'hémorrhagie de la grossesse ne forme qu'une question très-incidente dans l'histoire de l'avortement provoqué.

Si l'hémorrhagie était le résultat d'une grossesse molaire hydatiforme, il serait indiqué de provoquer l'expulsion, l'écoulement sanguin en se continuant peut mettre les jours de la femme en danger. Mais c'est une question qui rentre plutôt dans le traitement général de l'hémorrhagie, il n'y a pas à tenir compte du produit le plus souvent dégénéré.

Pour terminer ce chapitre, il est un point sur lequel je dois dire quelques mots.

Quand le fœtus est mort dans le sein de sa mère, doit-on chercher à en déterminer l'expulsion ?

Il y a à cet égard deux cas à considérer :

- 1° Quand le fœtus mort est encore contenu dans l'œuf ;
- 2° Quand les membranes de l'œuf sont rompues.

Dans le premier cas, le fœtus se macère, mais il ne se putréfie pas, et sa présence ne peut avoir aucun inconvénient grave pour la mère. Tout au plus, serait-on autorisé à tenter de réveiller les forces expulsives, si la présence de l'œuf entretenait une hémorrhagie ou permettait à des vomissements opiniâtres de se prolonger.

Dans le second cas les choses sont différentes. D'abord, à la période de la grossesse où nous sommes, il est rare que l'œuf étant rompu, le fœtus séjourne dans la matrice, cependant cela peut s'observer quand la rupture de la poche, par exemple, a eu lieu en un point plus élevé que l'orifice utérine. Or, au bout d'un certain temps ce fœtus ne tarde pas à entrer en putréfaction et il y a lieu de craindre une résorption putride. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'hémorrhagie qui peut se prolonger par suite de la présence de l'œuf rompu ou d'un de ses débris dans la cavité utérine.

Ces considérations font que je trouve parfaitement légitime d'exciter les efforts expulsifs, quand on craint des accidents de résorption putride. Quant à l'hémorrhagie, il faut agir, pour l'arrêter, selon les circonstances, mais nous n'avons pas à traiter cette question.

---

ÉTATS GRAVES, INDÉPENDANTS DE LA GROSSESSE, MAIS QUI  
REÇOIVENT DE CELLE-CI UN SURCROIT DE GRAVITÉ.

J'ai déjà dit que M. le D<sup>r</sup> Costa vint, en 1827, demander à l'Académie si, dans un cas d'affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, donnant lieu à des accidents généraux de dyspnée, suffocation, syncope, etc., il n'y avait pas lieu de provoquer l'accouchement prématuré dans le double but de soulager la mère très-sérieusement menacée et l'enfant qui a dépassé l'âge de la viabilité et qui pourrait, en séjournant plus longtemps dans la matrice, recevoir le contre-coup de la pénible situation de sa mère et succomber avant de naître.

On sait quelle fut à cette époque la réponse de l'Académie.

Certainement que la même question posée aujourd'hui dans ces termes, recevrait un accueil tout différent. Nous pouvons, en effet formuler ce principe général, applicable à tous les cas sans exception : Toutes les fois que dans le cours d'une grossesse, la mère est prise d'accidents graves qui menacent sa santé, si l'enfant a dépassé le terme de sept mois ou mieux de sept mois et demi, l'accoucheur est autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Mais en serait-il de même pour l'avortement ?

Je crois qu'ici il faut être plus circonspect et surtout plus précis. Et nous dirons : toutes les fois que dans le cours d'une grossesse la mère est prise d'accidents graves qui, ayant déjà porté atteinte à sa santé générale, peuvent la faire mourir dans un court espace de temps, l'enfant n'é-

tant pas encore viable, on n'en est pas moins autorisé à provoquer l'avortement, après avoir usé de tous les moyens qui sont en notre pouvoir pour combattre ces accidents.

Il ne saurait, en effet, y avoir aucun doute sur cette question. Si l'opération n'est pas faite, qu'arrivera-t-il? la mort de la mère, et l'enfant n'étant pas viable, une opération césarienne *post mortem* ne le sauverait pas. Si donc nous avons la pensée que la cessation de la grossesse prolongera les jours de la femme, il n'y a pas à hésiter.

La conduite du médecin dans les affections chroniques et graves de la femme enceinte sera donc ainsi tracée.

Quand les accidents se présenteront, il devra les combattre par tous les moyens possibles, et n'obtiendrait-il qu'un oulagement momentané ce serait déjà un succès, car il a deux buts à poursuivre : le premier, c'est de tâcher d'atteindre le terme de viabilité du fœtus ; le second, de faire tous ses efforts pour que le premier point acquis l'enfant séjourne le plus possible dans la matrice.

Ceci posé, passons en revue rapidement quelques-uns des états qui ont déterminé les accoucheurs à provoquer l'avortement.

Cette revue sera courte, car nous avons déjà examiné plusieurs de ces cas dans le chapitre précédent. Ainsi, nous ne reviendrons pas sur l'albuminurie et ses conséquences, dont nous avons parlé au paragraphe de l'éclampsie.

Nous ne dirons qu'un mot de l'œdème généralisé, qui se rencontre rarement d'une manière isolée, mais qui s'observe surtout quand l'utérus a acquis un volume exagéré, comme dans l'hydropisie de l'amnios, ou dans les cas de grossesse compliquée de kyste ovarique, ou d'ascite, ou enfin avec quelque lésion de l'appareil circulatoire. Cet état se retrouve encore avec les maladies du cœur.

Ces dernières seraient, en réalité, de toutes les affections

chroniques de la femme enceinte, celles qui donneraient lieu le plus souvent à l'avortement provoqué, si la nature ne prenait pas les devants le plus souvent, comme dans l'observation du Dr Costa et dans la suivante.

Obs. XLVII. — Environ deux années après, une femme arrivée au sixième mois de sa grossesse, fut admise à l'hôpital Saint-Georges, dans le service du Dr Chambers : elle avait un crachement de sang, de la dyspnée, et des signes de maladie des valvules du cœur. Les symptômes devinrent graduellement de plus en plus graves; l'expulsion du fœtus eut lieu, et elle mourut bientôt après. La valvule tricuspide était malade et les poumons apoplectiques (1).

Souvent, malgré les accidents les plus graves, la grossesse n'en parvient pas moins à son terme normal, comme le montre cette observation.

Obs. XLVIII. — Le 14 sept. 1832; au milieu de la nuit, M. Narvey me fit appeler pour voir, conjointement avec lui, une femme en travail qui était atteinte de la plus effrayante dyspnée. On la soutenait près d'une croisée ouverte et elle respirait avec peine. La face était livide, les extrémités froides et œdémateuses. Le col de l'utérus était entièrement dilaté, et une partie de la tête était engagée dans le bord du pelvis. Les douleurs avaient cessé. M. Narvey m'informa que la malade avait une affection des valvules du cœur, et que des symptômes d'hydropisie s'étaient manifestés bientôt après qu'elle fût devenue enceinte. Quand le travail reparut et que la malade essaya de se coucher, la difficulté de la respiration augmenta, et au moment où la première partie du travail s'achevait, la dyspnée devint si grande que la malade paraissait en danger de mourir asphyxiée. Il était évident qu'elle n'aurait pas longtemps survécu sans être délivrée, et qu'elle n'avait pas la force d'expulser l'enfant. Si la tête eût été plus bas dans le pelvis, il aurait alors été possible de terminer l'accouchement avec le forceps pendant qu'on soutenait la femme près d'une fenêtre ouverte. J'ouvris la tête et j'en fis l'extraction avec le craniotome-forceps. L'alarmante suffocation diminua peu à peu et une année après la malade vivait et était dans son état ordinaire de santé. Dans ce cas, le travail prématuré aurait pu être provoqué avec avantage (2).

(1 et 2) Robert Lee, *Medwifery*, obs. 40, trad. franc.

On voit donc qu'il ne faut pas trop se hâter, puisque la grossesse peut arriver à bien, malgré un pronostic aussi défavorable.

Voici une autre observation qui montre de plus en plus, qu'on ne saurait être trop circonspect.

Obs. XLIX.— Une jeune mariée, arrivée au cinquième mois de sa première grossesse, ayant toujours été d'une très-bonne santé, commença à souffrir de violents battements irréguliers du cœur, de l'aorte et des carotides. Plusieurs praticiens de mérite furent consultés; ils crurent, d'après la violence des symptômes, qu'il y avait un anévrysme de la crosse de l'aorte. A mesure que la grossesse avançait, la malade souffrait davantage, et un accoucheur d'expérience tenta sans succès la provocation du travail prématuré.

Les saignées, la digitale et autres remèdes n'ayant apporté aucun soulagement, tous les médecins qui virent la malade considéraient la provocation du travail comme le seul moyen de salut. La dame souffrit tellement durant les trois derniers mois de sa grossesse, que l'on craignit que quelque événement funeste n'arrivât pendant la délivrance. Un œdème considérable de la face, des jambes et des bras se déclara quelques semaines avant le terme de la grossesse, avec soulagement momentané de l'affection interne. Le travail se déclara en juillet 1833, et fut parfaitement naturel. Les palpitations du cœur diminuèrent graduellement, et la femme se rétablit complètement (1).

Au point de vue des *accidents nerveux* qui se montrent pendant la grossesse, je citerai cette observation de M. Paul Dubois, qui montre une fois de plus combien il faut être réservé dans cette question de l'avortement provoqué.

Obs. L. — Au mois de mars 1846, M. Dubois reçut d'un de ses confrères de province une lettre dans laquelle était exposée l'observation suivante:

Une jeune femme d'une bonne constitution, jouissant d'ordinaire d'une excellente santé, âgée de 19 ans, enceinte pour la première fois et parvenue au troisième mois de sa grossesse, avait été prise six semaines avant d'une chorée d'abord partielle, portant son action uniquement sur les muscles soumis à la volonté. Les spasmes nerveux portèrent consécutivement sur les muscles du pharynx. La

(1) Robert Lee, Loc., cit.

déglutition, puis la parole, devinrent extrêmement difficiles. Cependant les principaux viscères fonctionnant d'une façon à peu près satisfaisante, l'intelligence restait parfaite; seulement on notait que les idées étaient plus enfantines. Il y avait aussi un penchant très-marqué à la gourmandise. On notait aussi quelques symptômes d'hystérie.

On avait d'abord employé les saignées sans résultat bien avantageux. Deux premières saignées avaient amené un soulagement très-momentané, une troisième ne produisit rien. Des pilules de Meglin et d'autres préparations antispasmodiques ne purent être supportées par l'estomac. On essaya par le rectum, la valériane, le camphre et le laudanum et sans succès. On eut recours aux bains tièdes et froids, les derniers seuls amenaient un peu de soulagement, mais toujours momentanément. En présence de ces accidents, dont la gravité augmentait manifestement et mettait la vie de la malade en danger, que convenait-il de faire?

M. Dubois répondit qu'il approuvait les bains, surtout les bains sulfureux, et, après avoir indiqué quelques moyens nouveaux, il entrevoyait la nécessité de provoquer l'avortement dans le cas où la chorée gagnerait les muscles non soumis à la volonté, et, comme nous l'avons noté déjà, la déglutition présentait un commencement d'altération.

Le 6 août 1846, M. Dubois reçut une nouvelle lettre dans laquelle on annonçait que la malade était incomparablement mieux. Les accidents nerveux avaient presque complètement disparu; la parole, lente encore, était plus facile; la déglutition se faisait mieux.

Enfin la grossesse suivit toutes ses phases et se termina heureusement (1).

*L'hypertrophie de la glande thyroïde* se rencontre quelquefois pendant la grossesse. Mais en général cette affection désagréable qui déforme un peu le cou des femmes, et qui subsiste quelquefois toujours, n'entraîne pas à des accidents graves. Cependant M. Guillot a cité deux cas où cette hypertrophie, commencée pendant une grossesse, augmentée pendant la suivante, avait fini par déterminer des accidents graves et finalement la mort.

(1) Gazette médicale, 1843.

Obs. LI. En 1861, dit M. Tarnier, j'ai vu un fait analogue à l'hôpital des Cliniques. Une primipare, goltreuse depuis longtemps, vit la tumeur du cou faire de rapides progrès pendant sa grossesse. Au sixième mois, la respiration devint très-difficile et de véritables accès de suffocation l'amènèrent à l'hôpital. Les accidents étaient si menaçants à la fin du huitième qu'on fut obligé de provoquer l'accouchement prématuré. Quelques heures après l'accouchement, la malade mourut dans un accès de suffocation.

Je n'ai pas à m'occuper ici des maladies diathésiques la tuberculose, la scrofule, le cancer, etc.

Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil sur les maladies aiguës, nous les voyons presque toutes déterminer un avortement spontané quand la maladie est arrivée à son apogée, et quelquefois cette expulsion ne se fait que quelques heures avant la mort.

Dans la plupart, l'avortement est considéré comme funeste; quelques auteurs avaient pensé que dans le choléra il n'en était pas ainsi, et que les femmes qui avortaient se relevaient mieux de cette maladie. M. Bouchut et M. Devilliers ont tour à tour exprimé cette opinion, mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour conclure et je ne sais trop si l'on doit souhaiter qu'elles le deviennent.

J'entre maintenant dans une partie de ce travail, qui ne rentre pas dans les trois chapitres que j'ai tracés. Du reste, c'est à peine si l'on pourrait appeler avortement provoqué, les tentatives qui ont pour but de suspendre le cours d'une grossesse extra-utérine.

On sait que dans certains cas, le fœtus venant à mourir spontanément dans l'œuf, il peut séjourner dans ce kyste un très-grand nombre d'années sans déterminer d'accidents et sans empêcher les femmes qui les portent de se livrer à leurs occupations journalières.

On sait également que dans quelques cas, le kyste contracte des adhérences avec le vagin ou le rectum ou la pa-

roi abdominale, qu'il se fait un travail ulcératif et que le fœtus ou plutôt ses débris sont expulsés l'un après l'autre, par l'un de ces conduits ou bien à travers une ouverture qui se produit à la paroi abdominale.

Or, pour ces deux cas heureux, il y a deux méthodes différentes, l'une qui consiste à atteindre le fœtus dans l'œuf extra-utérin, à en déterminer la mort, l'autre qui consiste à faire une ponction dans le kyste lorsqu'il est en rapport avec le vagin ou le rectum.

Voici quelques observations à l'appui de ces deux méthodes.

Obs. LII. Le docteur Martin diagnostique une grossesse tubaire en s'appuyant sur la suppression des menstrues pendant deux mois, sur des symptômes de péritonite après des exercices corporels, sur la sortie d'une partie de la caduque, sur la sensation d'un corps fusiforme audessus de la branche horizontale du pubis gauche, concomitante à un déplacement de l'utérus du côté droit, sur l'augmentation de la tumeur fusiforme gauche. Il fonctionne par le vagin la tumeur fœtale. Issue de sang. Diminution de la tumeur 4).

Obs. LIII. Bchetti. Traitement abortif de la grossesse extra-utérine par l'électro-puncture.

Une dame, avec tous les signes de la grossesse, a deux fois des signes de péritonite aiguë qu'un trait antiphlogistique parvient à arrêter; on trouve plus tard dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse, ovale de la grosseur d'un citron. Bchetti croit à une grossesse extra-utérine. Son diagnostic est confirmé par les professeurs Bartolini et Burci et par le docteur Torri. On fait avorter l'œuf par des frictions d'iodure de mercure, d'extrait de cigue (grande) et par l'électro-puncture (2).

Obs. LIV. Greenbalyh. Un cas de grossesse extra-utérine. La tumeur fut ponctionnée par le vagin au moyen d'un trocart fin. Elle diminua aussitôt et trois jours après il se forma un abcès qui se vida bientôt par le vagin (3).

(1) Virchow Jahresbericht, p. 625, 1868, t. II.

(2) Monat, f. Geb. t. XI, p. 145, 1858.

(3) Monatsschrift f. Geburtsk, t. XXX, p. 238.

Obs. LV. Martin rapporte un cas de grossesse extra-utérine qui offrit beaucoup de difficultés de diagnostic. Le commencement fut signalé par des douleurs expulsives, une hémorrhagie, de la pesanteur sur le rectum, constipation, ischurie et collapsus de la malade. Martin trouva dans le bassin une tumeur de la grosseur d'un enfant, élastique. Le col utérin était très-élevé et on ne pouvait le sentir qu'en faisant mettre la malade sur ses genoux. On ponctionna la tumeur par le vagin, ce qui donna lieu à la sortie de sérosité sanguinolente. La tumeur diminua petit à petit et les tumeurs diminuèrent également. Quelque temps après, il y eut évacuation de pus et d'os par le rectum. L'œuf s'était probablement développé dans l'espace de Douglas. (1)

Enfin, je rappellerai les tentatives faites par M. Tarnier dans ce sens, sur une dame de Compiègne, mais le résultat n'a pas été favorable.

Que conclure de cette méthode? Que le but que l'on propose est parfaitement légitime, qu'il y a lieu d'espérer que l'on pourra par ce procédé, arrêter la marche d'un certain nombre de grossesses extra-utérines et conserver ainsi la vie de la mère très-compromise par ce genre de grossesse.

J'arrive à la fin de ce travail dont je ne me dissimule pas toute l'imperfection; mais l'étendue du sujet aurait nécessité pour être traité à fond, un temps beaucoup plus long que celui dont je pouvais disposer.

Cependant, de tous les matériaux que j'ai amassés, m'est-il permis de conclure et de répondre à la question qui m'a été posée :

Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement?  
Je crois pouvoir répondre.

1° Il est indiqué de provoquer l'avortement, toutes les fois que le bassin retréci par un obstacle immobile ne permettra pas le passage d'un enfant âgé de 7 mois de vie intra-utérine.

2° Toutes les fois que la vie de la mère est gravement com-

(1) Monatschrift für Geburtsk., 1862, t. XXI, p. 7.)

promise par des affections qui dépendent de la grossesse, et que l'on est en droit, par conséquent, de voir disparaître avec cette grossesse.

3° Il est impossible de formuler une ligne de conduite formelle pour les autres cas. L'opportunité de l'opération dépendant d'une foule de circonstances est laissée à l'appréciation de l'accoucheur.

Mais ce qu'il ne faut jamais oublier, et par là, je termine, c'est que l'avortement provoqué n'est pas une opération d'urgence et que le praticien devra toujours, dans quelques cas que ce soit, appeler auprès de lui deux ou trois de ses confrères qui viendront l'éclairer de leurs conseils.

---

## TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Division du sujet.....	1
Historique.....	3
Considérations générales (légalés, religieuses et professionnelles).....	15
De l'avortement provoqué dans les rétrécissements du bassin et du canal vulvo-utérin.....	27
1° Bassins rachitiques.....	27
2° — ostéomalaciques.....	79
3° — spondylolisthésiques.....	98
4° — cyphotiques.....	102
5° — obliques ovalaires.....	104
6° — viciés par luxation coxo-fémorale.....	106
7° — rétrécis par exostoses.....	107
8° — — ostéostéatomes.....	110
9° — — ostéosarcomes.....	112
10° Obstruction de la cavité pelvienne ou du vagin par des tumeurs fibreuses de l'utérus.....	119
11° Obstruction de la cavité pelvienne ou du vagin par un cancer du col de la matrice.....	132
12° Obstruction de la cavité pelvienne ou du vagin par un cancer du canal vulvo-utérin.....	133
13° Obstruction de la cavité pelvienne ou du vagin par un kyste hydatique vulvo-utérin.....	136
14° Diminution du calibre du vagin par un kyste de l'ovaire.....	144
États graves de la femme dépendant de la grossesse.....	148
1° Vomissements incoercibles.....	148
2° Rétroversion utérine.....	173
3° Excès de volume de l'utérus.....	186
4° Éclampsie.....	191
5° Hémorragies.....	194
États graves indépendants de la grossesse, mais qui reçoivent de celle-ci un surcroît de gravité.....	197
1° Affections organiques du cœur.....	197
2° Accidents nerveux.....	200
3° Hypertrophie de la glande thyroïde.....	201
Avortement dans la grossesse extra-utérine.....	202
Conclusions.....	204

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de Médecine, rue MF-le-Prince, 31.