

Catalogué AUTEURS

Catalogué MATIÈRES

DU

139604

FŒTICIDE

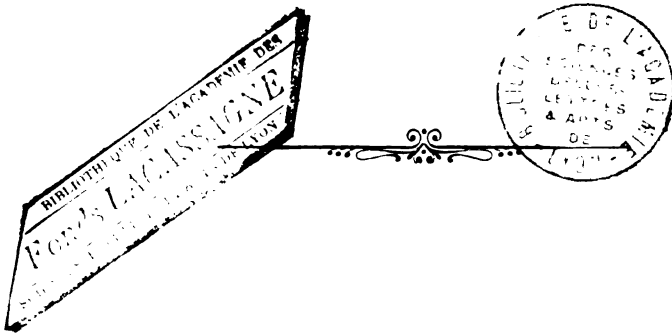
THÉRAPEUTIQUE

PAR

Le D^r Joseph-Albert ALAIN

MÉDECIN DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX, LAURÉAT DES HÔPITAUX (BRONZE 1899, ARGENT 1900)



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE G. DELMAS

10, Rue Saint-Christoly, 10

1900

ANNULE
ANNERVE

A MES PARENTS

**Pour leurs sacrifices et leur
inaltérable dévouement.**

A MES MAITRES DE LA MARINE

(ROCHEFORT - BORDEAUX)

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

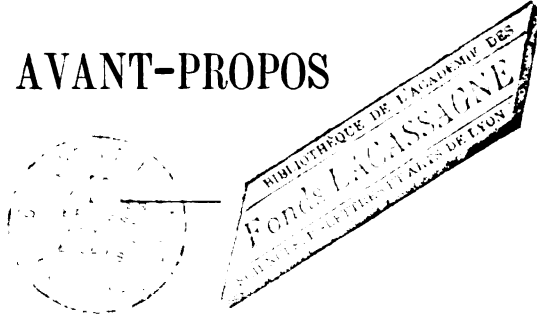
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR R. LEFOUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN HONORAIRE DE LA MATERNITÉ DE PELLEGRIN
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS



Nous voulons profiter de cette occasion qui nous est offerte par notre modeste travail inaugural pour remercier bien vivement tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nous et nous ont aidé de leurs conseils et de leur amitié. Nos remerciements vont d'abord à nos maîtres de la marine de Rochefort dont la bienveillance et les enseignements ne nous furent pas épargnés. Ils ont aplani pour nous les difficultés du début : nous leur en sommes vivement reconnaissant.

A Bordeaux, c'est chez M. le Professeur Lanelongue que nous eûmes la bonne fortune de faire notre première année d'externat. Auprès de ce maître nous avons appris ce qu'était la véritable chirurgie, honnête et consciencieuse. Nous avons, comme tous, admiré la clarté et la sûreté de son diagnostic. Jamais nous n'oublierons la bienveillance qu'il a eue pour nous, et dont les suites se sont fait sentir pendant nos trois années d'étude.

M. le Professeur Arnoz dans le service duquel nous fîmes notre seconde année, nous a appris le peu de médecine que

nous savons. Nous avons du moins puisé dans son enseignement les principes d'observation qui sont l'élément essentiel d'un art long et difficile. Qu'il daigne recevoir nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Que M. le Professeur Lefour veuille bien accepter l'expression de notre vive gratitude pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui. Nous avons admiré, dans son savoir, la brillante clinique du maître et, aussi, son grand talent opératoire. Nous sommes heureux de terminer nos études sous ses auspices.

C'est à lui que nous sommes redevable de l'idée qui fait le sujet de notre thèse. Justement ému, comme tant d'autres, de la nécessité cruelle qui peut, dans certains cas, mettre à l'accoucheur l'embryotome en main, il a bien voulu nous confier la délicate mission de rechercher les différentes opinions qui ont été émises à ce sujet, et d'essayer d'en tirer une conclusion.

Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait, et de celui qu'il nous fait encore aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse. Nous le prions de nous pardonner en lui présentant un travail aussi peu digne de lui. La brièveté du temps que nous avons eu à notre disposition est notre seule excuse.

MM. les Professeurs agrégés Chambrelent et Fieux ont droit à toute notre reconnaissance pour la sympathie qu'ils nous ont témoignée.

Nous devons enfin nos remerciements les plus sincères à nos maîtres de la Marine pour l'extrême bonté qu'ils n'ont cessé de nous témoigner. A la fin de nos études et dans une circonstance pénible, nous avons pu apprécier toute l'étendue de leur bienveillance.

Nous tenons à les assurer ici de notre sincère reconnaissance.



INTRODUCTION

On sait qu'il est des cas où une femme en état de grossesse peut voir sa vie menacée du fait même de sa grossesse, soit par le développement exagéré d'une maladie intercurrente, soit par l'exagération même de l'un des symptômes normaux de la gravidité. Tous les moyens ordinaires ayant été employés et épuisés sans succès, on peut être autorisé à interrompre la grossesse pour sauver la mère. *Ablata causa, tollitur effectus*. On a recours alors, soit à l'accouchement prématuré artificiel si l'enfant est viable, soit à l'avortement provoqué. Cet avortement provoqué chirurgicalement a reçu le nom *d'avortement thérapeutique*, pour le distinguer du *criminel* dont il ne diffère que par l'intention.

Mais supposons que la femme ait un rétrécissement du bassin qui l'empêche d'accoucher à terme sans une intervention sanglante. On peut, si les conditions sont défavorables, lui éviter le danger d'une telle opération en sacrifiant l'enfant à son salut. Telle a été la conduite tenue pendant longtemps par

la majorité des accoucheurs, tellement étaient funestes les résultats de l'opération césarienne. On en était donc réduit à faire la céphalotripsie, opération relativement bénigne quand l'angustie n'était pas trop prononcée. Mais, au-dessous d'une certaine limite, elle même devenait impossible, et l'on était alors autorisé à faire l'avortement lorsque la femme se présentait dans les premiers mois.

Que l'on fit l'avortement provoqué ou l'embryotomie à terme, c'était un *foeticide*, dont le but était d'épargner à la femme un danger certain : c'était un *foeticide thérapeutique*.

Mais ce ne fut jamais sans un regret immense que l'accoucheur appliqua l'embryotome sur l'enfant vivant. Aussi, lorsque la thérapeutique des opérations conservatrices s'améliora, s'efforça-t-on de faire disparaître autant que possible, soit l'avortement, soit l'embryotomie.

Malheureusement, il est d'autres cas dans lesquels l'avortement reste encore la seule ressource, et, dans les viciations du bassin elles-mêmes, est-il toujours sage de tenter l'opération césarienne ou la symphyséotomie ? N'est-il pas imprudent de vouloir rayer le foeticide de la thérapeutique dystocique ? Beaucoup le pensent, mais il en est qui, s'appuyant sur des arguments d'ordre religieux, légal ou moral, refusent au médecin et à toute personne le droit de sacrifier l'enfant. Il est inutile de faire remarquer que, lorsque l'on *sacrifie* l'enfant, ce n'est qu'avec l'intention évidente de *sauver* la mère, dans la crainte que celle-ci ne succombe si l'on n'intervient pas ou si l'on tente une autre intervention.

Sans nous attacher à rechercher les indications du foeticide, nous allons examiner, après avoir fait l'historique de la question, si les lois religieuses, civiles ou morales sont contraires à son emploi. Toutefois, comme il a été plus particulièrement contesté dans le cas de viciations pelviennes, nous l'envisagerons principalement à ce point de vue.

Notre travail sera donc divisé en deux parties : dans l'une, nous ferons un examen historique en citant les opinions des différents auteurs qui se sont occupés de la question, et en exposant les raisons qui leur ont fait choisir tel ou tel parti.

Dans l'autre, nous examinerons la valeur des arguments mis en cause, arguments d'ordre théologique, légal, moral ou scientifique, et nous essaierons d'en tirer une conclusion.



CHAPITRE PREMIER

Historique.

Lorsqu'il a été reconnu qu'une femme enceinte ne pourra accoucher à terme et naturellement à la suite d'une viciation du bassin, quels sont les moyens que la science met à la disposition du médecin ?

L'avortement provoqué, si l'angustie est au-dessous d'une certaine limite.

L'accouchement prématuré artificiel, s'il permet d'avoir un enfant viable.

L'opération césarienne.

La symphyséotomie.

L'embryotomie.

De la symphyséotomie nous n'en parlerons pas pour le moment, étant d'origine toute récente. Quant aux autres opérations, les accoucheurs les ont eues de tout temps à leur disposition. Mais deux d'entre elles impliquent la mort du fœtus, l'une à terme, l'autre à une époque où il n'est pas encore viable. Quant à l'accouchement prématuré artificiel, outre qu'il ne peut être appliqué qu'aux cas de rétrécissement moyen du bassin, les plus fréquents, il est vrai, il ne tue pas sûrement l'enfant, mais lui

offre pourtant moins de chance de survie. Il reste donc l'opération césarienne qui conserve à peu près sûrement l'enfant (si l'opération n'est pas trop retardée), mais tue presque inexorablement la mère.

On peut donc dire qu'avant la période actuelle, où la chirurgie merveilleusement outillée et servie par les découvertes de Pasteur ne connaît plus de bornes à son essor, l'accoucheur n'avait à son service que trois opérations dont deux impliquent la mort certaine de l'enfant, l'autre la mort presque certaine de la mère. Que devait-il faire ? La question était plus qu'embarrassante ; il n'en est peut-être pas de plus délicate que le médecin ait à affronter. Chacun la tranchait d'après ses convictions personnelles, philosophiques ou religieuses, ses lumières, les conditions de milieu. Mais, trop souvent, des considérations d'ordre absolument étranger à la science entraient seules en compte.

Ils pouvaient encore s'inspirer de la conduite de leurs anciens. Eh bien, voyons ce qu'il leur était permis d'en conclure.

Bien avant la célèbre discussion de 1852 à l'Académie de Médecine, la question de l'opération césarienne avait été posée par d'éminents chirurgiens et diversement jugée. Mais, en général, les suites presque fatalement funestes de cette terrible opération l'avaient fait repousser par la majorité. On ne doit donc pas s'étonner si la provocation de l'avortement était considérée comme une règle, dans les cas d'angustie extrême.

L'origine de l'opération césarienne est trop obscure pour qu'on puisse lui assigner l'époque à laquelle elle fut pratiquée pour la première fois. Les uns la font remonter à la naissance de Jules César (*a caso matris utero*), d'autres au delà. Ce qui est incontestable, c'est qu'elle fut pratiquée de très bonne heure chez des femmes mortes en état de grossesse pour en extraire l'enfant vivant ⁽¹⁾. Le savant D^r Fulda à Offenbach a démontré d'une manière irréfutable que dans les livres juridiques des

(1) C'est dans deux ouvrages très complets : *Essai d'une histoire de l'obstétricie* de J. de SIEBOLD, 1838, traduit par HERGOTT (1891, Paris, Steinheil, édit.), et *de l'avortement provoqué* par BRILLAUD-LAUJARDIÈRE (1862) que nous avons puisé une grande partie de nos renseignements historiques et théologiques.

juifs, non seulement dans le *Talmud*, mais dans les codes postérieurs, la possibilité de la survie de l'enfant à la mère était connue, et que les livres commandent expressément de sauver l'enfant en pratiquant l'opération césarienne sur la mère. Il termine son écrit par ces mots : « Bien que dans le *Talmud* se trouve une indication obscure de l'opération sur le vivant, on ne peut ravir au xvi^e siècle l'honneur de l'invention de l'opération césarienne sur le vivant, pas plus qu'on ne peut dépouiller Franklin de l'honneur d'avoir inventé le paratonnerre sous prétexte que la conductibilité du fluide électrique par les métaux avait été connue avant lui, etc. »

Dans l'ancienne mythologie grecque, nous trouvons aussi des traces de cette opération pratiquée sur la femme morte dans les traditions de la naissance de *Dyonisios* et d'*Asclépios*. Par contre, Socrate cite parmi les fonctions usuelles des sages-femmes de provoquer des avortements quand cela leur paraît nécessaire.

A l'époque romaine, la vie de l'enfant est prise aussi en faible considération : sauver la mère est le but principal, ainsi qu'il en résulte de la lecture des ouvrages de *Celse*. Ce n'est que plus tard que le christianisme a modifié les avis à cet égard.

Nous verrons pourtant Tertullien recommander l'avortement ou l'embryotomie lorsque se posera la question d'une intervention sanglante sur la mère.

La facilité avec laquelle l'enfant était sacrifié au salut de la mère tenait à d'anciennes doctrines philosophiques, celles des stoïciens surtout, d'après lesquelles l'enfant dans le sein de sa mère n'avait point d'âme. « Les principes de la doctrine des stoïciens ont heureusement disparu des règles de l'obstétricie actuelle, au grand avantage des enfants : nous reconnaissons cependant la triste nécessité de la perforation dans quelques cas et l'ardent plaidoyer de F. B. Osiauder contre cette opération n'a pu la bannir du rang des opérations imposées par la nécessité ⁽¹⁾ ».

(1) HERGOTT : in *Histoire de l'Obstétricie* de J. de Siebold, t. I, p. 207.

Quoi qu'il en soit, c'est au xvi^e siècle qu'était réservé de pratiquer sur le vivant une opération qui n'avait été faite que sur le cadavre. Les premières traces de cette opération remontent aux premières années du xvi^e siècle, mais on ne retrouve des documents positifs qu'à la fin du xvi^e et au commencement du xvii^e siècle.

C'est en l'an 1500 qu'Elisabeth Alespachen, femme de Jacques Nufer, châtreur de pores de la Thurgovie, aurait subi pour la première fois l'opération césarienne. Outre que l'authenticité de ce cas est très contestée, rien n'indique que la matrice fut ouverte et que l'opération ne porta pas sur un kyste extra-utérin.

Dans le courant du siècle, quelques autres histoires assez invraisemblables sont rassemblées par Rousset, mais elles ne reposent que sur des communications vagues, verbales ou écrites, dont on ne peut tenir grand compte.

Baudelocque dit qu'avant le xviii^e siècle, la plupart des chirurgiens n'avaient *pas osé* faire cette opération sur la femme vivante. Pourtant, en 1581, **Rousset** publie son *Traité de l'Hystéromotokie*, dans lequel il rapporte un grand nombre d'opérations réussies avant 1581. C'est lui qui semble le premier avoir pratiqué cette opération sur la femme vivante et lui avoir donné son nom. De très nombreux adversaires l'ont combattue et la majorité des chirurgiens l'ont repoussée comme impraticable.

Voici l'appréciation d'**Ambroise Paré** : « Or, je m'émerveille comme d'autres veulent avoir vu des femmes auxquelles, pour extraire leurs enfants, on aurait incisé le ventre... Il y a encore d'autres accidents qui en pourront advenir, et le pis une mort subite à la mère, et, partant, je ne conseillerai jamais de faire telle œuvre, où il y a un si grand danger, sans nul espoir, en parlant humainement » ⁽¹⁾.

Voici celle de **Jacques Guillemeau** : « Aucuns tiennent que telle section césarienne se peut et doit pratiquer (la femme étant vivante) en un fâcheux accouchement : ce que je ne puis

(1) *Tr. de la Génération*, ch. XXXVIII.

conseiller de faire, pour l'avoir expérimenté par deux fois, en la présence de M. Paré, et vu pratiquer à MM. Viart, Brunet, Charbonnet, chirurgiens fort experts ; et sans avoir rien omis à le faire dextrement et méthodiquement. Toutefois, de cinq femmes auxquelles telle opération a été faite, il n'en est réchappé aucune. Je sais que l'on peut mettre en avant qu'il y en a qui ont été sauvées ; mais quand cela serait arrivé, il le faut plutôt admirer que pratiquer ou imiter ; d'une seule hirondelle on ne peut juger le printemps, ni d'une seule expérience on ne peut faire une science. Après que M. Paré nous l'eût fait expérimenter, et voyant que le succès en était malheureux, il s'est désisté et rétracté de cette opération, ensemble tout notre collège de chirurgiens jurés à Paris, et la plus saine partie des docteurs régens de la Faculté de Médecine à Paris, lors que cette question fut suffisamment agitée par feu M. Marchand, en ses deux déclamations qu'il fit, lorsqu'il eut cet honneur de passer chirurgien juré à Paris » ⁽¹⁾.

Voici quelle était l'appréciation portée sur cette opération à la fin du xvi^e siècle. En admettant que les histoires rapportées par Rousset soient vraies, il faut plutôt s'en étonner, l'hystérotomie ayant toujours été fatale entre les mains de ces habiles chirurgiens.

Que disent ceux du xvii^e siècle ?

Moriceau s'explique ainsi : « Il arrive rarement que le chirurgien expert ne puisse faire l'extraction de l'enfant, sans qu'il soit nécessaire que, par un trop grand excès d'inhumanité, de cruauté et de barbarie, il en vienne à la section césarienne pendant que la mère est vivante, comme quelques auteurs par trop téméraires ont ordonné, et quelquefois eux-mêmes pratiqué ; ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours à la campagne, par un pernicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher.

» A la vérité, ils sembleraient avoir quelque prétexte d'excuse légitime de faire ainsi mourir martyres les pauvres femmes, si

(1) GUILLEMEAU : *De l'heureux accouchement des femmes*, p. 333.

c'était pour en tirer un second Scipion l'Africain, ou bien pour sauver la vie à quelque grand et nouveau prophète. Je sais bien qu'ils se couvrent du prétexte de pouvoir donner le baptême à l'enfant, qui autrement serait en grand danger d'en être privé, parce que la mort de la mère est ordinairement cause de la sienne. Mais j'ignore qu'il y ait jamais eu aucune loi chrétienne ni civile qui ordonnât de tuer ainsi la mère pour sauver l'enfant!... S'ils objectent que la mère peut bien en réchapper, c'est ce que je leur nie absolument, par la preuve des experts chirurgiens qui, l'ayant pratiquée, en ont toujours eu une mauvaise issue, la mort de toutes les femmes s'en étant peu après ensuivie...

» S'il est vrai qu'il y ait jamais eu quelques femmes, qui en soient réchappées, nous devons croire que ça a été miraculeusement et par la volonté expresse de Dieu, qui peut, lorsqu'il le veut, ressusciter les morts comme il a fait de Lazare » ⁽¹⁾.

Dionis, après avoir raconté la naissance de Scipion l'Africain, d'après Pline, fait remarquer : « Que ce dernier n'indique pas si ce fut du vivant ou après la mort de la mère que fut faite l'opération. Il y a néanmoins apparence que la femme était morte ; car il est rare de trouver des personnes assez cruelles pour faire une pareille opération à une femme vivante... Il faut être aussi barbare que le fut Henri VIII, roi d'Angleterre, auteur du schisme de ce royaume ; il avait épousé en troisièmes noces Jeanne Scimer ; la reine était dans les douleurs de l'accouchement de son premier enfant ; on vint demander au roi lequel il voulait qu'on sauvât, ou la mère ou l'enfant, parce qu'on ne voyait pas de moyen de les sauver tous les deux ; l'enfant, répondit-il, car pour des mères j'en trouverai assez... » ⁽²⁾.

Vers la fin du XVII^e siècle et au commencement du XVIII^e, un chirurgien de talent, **Philippe Peu**, se demande si l'on doit pratiquer la section césarienne, la femme étant en vie? « La chose, dit-il, d'abord spéculativement prise, paraît faisable ; mais si l'on regarde la pratique ordinaire, elle ne l'est plus, c'est-à-dire

(1) MORICEAU : *Tr. des mal. des fem. gros.*, p. 342.

(2) DIONIS : *Cours d'op. de chir.*, p. 152.

qu'on la pourrait ou même qu'on la devrait faire, mais qu'on ne la fait pourtant pas ; on y trouve des obstacles comme invincibles qui font attendre à l'extrémité, et ce n'est plus le temps de la faire. L'horreur que chacun a pour une opération qui paraît et qui est en effet cruelle, l'amour qu'un mari porte à sa femme, celui que la femme se porte à elle-même, l'espérance dont on se flatte que la nature fera quelque suprême effort, la crainte que l'opérateur a qu'en sauvant l'enfant il ne fasse périr la mère...

» Je vous avoue que j'ai eu autrefois la pensée, comme vous, qu'elle réussirait peut-être, si on la faisait dans un bon corps, bien constitué, en bon air et avant qu'il fût destitué de force ; mais après tout, plus je l'ai envisagé de près, et plus je m'en suis éloigné...

» Un médecin de mes amis, m'ayant voulu persuader de la faire à la femme d'un couvreur demeurant rue Phelippot, je le refusai. Il en murmura fort, jusqu'à me menacer de se plaindre hautement de moi et de la faire exécuter par un autre ; parce que, disait-il, ne les pouvant sauver tous les deux il fallait hasarder la mère pour sauver au moins l'enfant. Enfin, me trouvant poussé à bout, il m'échappa de lui dire que, s'il en voulait être le bourreau, je n'étais pas homme à lui servir de valet. En effet, je prévoyais bien qu'elle périrait infailliblement entre mes mains. Depuis, j'ai eu la curiosité de m'entretenir à fond de cette matière avec mes anciens confrères : tous m'ont assuré n'avoir jamais ni fait ni vu faire cette opération autrement que sur des femmes déjà mortes, à dessein seulement de faire avoir la vie de grâce à leur enfant.

» Au reste, pour conclure, mon sentiment est de ne point hasarder l'opération césarienne sur une femme encore vivante. Je ne l'ai point faite, je n'ai pas envie de commencer. Fraie le chemin qui voudra ; je n'y veux marcher que sur les pas d'un autre qui en soit honorablement sorti »⁽¹⁾.

Dans le courant du XVIII^e siècle, l'hystérotomie fut attaquée avec une énergie excessive par **Sacombe**, adversaire de **Baude-**

(1) Ph. PÉU : *Prat. des accouch.*, p. 323.

locque, lequel estimait que l'opération césarienne était praticable sur la femme vivante et qui la conseillait même dans certains cas. Mais il s'explique de telle sorte sur sa gravité, qu'il ne semble pas permis d'y avoir recours en se fondant sur cette opinion : « Avant de soumettre la femme à une opération semblable, il serait utile de la préparer par des remèdes généraux, comme on le fait à l'égard des autres opérations majeures; ces précautions en assureraient peut-être quelquefois le succès. Mais, malheureusement, on ne peut toujours les employer, parce que l'on est appelé trop tard et souvent même lorsque les parties de la femme ont été fatiguées, irritées et lacérées par les manœuvres d'une main ignorante et téméraire »⁽¹⁾. Baudelocque se voit forcé d'avouer que dans des conditions particulièrement favorables, et impossibles à réaliser dans la pratique, on arriverait *quelquefois* à un *peut-être* bien problématique.

Non seulement en France, mais encore à l'étranger, cette question de l'angustie pelvienne préoccupait vivement les accoucheurs; tous avaient pu apprécier les funestes suites de l'opération césarienne, et l'on ne doit pas s'étonner si l'avortement provoqué était considéré comme une pratique indispensable. Dans le cours du XVIII^e siècle, **W. Cooper**, en terminant la relation d'une opération césarienne mortelle pour la mère, soumit la question suivante au docteur Hunter : « Dans les cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra pas naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriseraient-elles pas, afin de sauver la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées »? Cette proposition fut accueillie favorablement par la majorité de médecins, en Angleterre surtout.

La plupart des médecins allemands reconnaissent la nécessité de sacrifier l'enfant à la mère. **Nægelé**, en 1826, examine, dans une dissertation très savante, les droits de l'accoucheur à sacrifier le fœtus⁽²⁾.

(1) BAUDELLOCQUE : *Art des accouchements*, t. II., p. 487.

(2) *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu.*

Après avoir indiqué les causes qui peuvent rendre l'accouchement difficile, les moyens à employer, il indique, au cas de rétrécissement du bassin, lorsqu'il n'est pas extrême, l'accouchement prématuré artificiel ; puis, arrivant à l'impossibilité absolue d'un accouchement naturel, il se demande quelle doit être la conduite du médecin lorsque la femme, ayant absolument conscience de ses actes, refuse, à plusieurs reprises, en paroles claires et précises, de consentir à l'opération césarienne. Il estime que la femme, placée dans l'alternative de sacrifier son enfant ou de se sacrifier elle-même, se trouve dans le cas de nécessité. Il dépend d'elle de « s'exposer au plus grand danger pour sauver la vie de son enfant, ou de sacrifier la vie de son enfant afin d'éviter, pour sa personne, une perte presque assurée ». Dans ces circonstances, la femme a le droit de donner ou de faire donner la mort à son enfant. « Le médecin qui porte 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. Appelé par celle-ci, pour lui porter secours, il doit moralement employer tous les moyens qui sont en son pouvoir pour la secourir ; il est donc plus clair que la lumière du jour qu'il est obligé de faire périr le fœtus ».

Il examine ensuite les diverses objections que l'on peut lui faire ; d'abord celle-ci : l'absence d'agresseur injuste, exclue le cas de défense permise ; bien que la femme soit dans le cas de nécessité, le médecin ne doit pas intervenir, car il n'y a point de disposition légale qui permette de léser les droits des uns pour venir en aide à un autre dans le cas de nécessité. Cette objection est de bien peu de valeur. En effet, si l'on reconnaît que la femme a le droit de se sauvegarder, que ferait-elle de ce droit si elle ne peut le transmettre à un tiers, à un médecin, qui, appelé par elle à donner son avis, ne peut conserver celle-ci, qu'en démembrant l'enfant.

Une seconde objection, c'est que les droits de la mère étant en désaccord avec ceux du fœtus, le médecin, en sacrifiant l'enfant, semble prendre le parti de la mère : il se fait juge entre deux vies. A cela, il répond qu'il est inexact de croire les

droits d'un fœtus égaux à ceux de la mère. Les lois protègent l'enfant dans le ventre de sa mère, puisqu'on lui conserve les droits à une succession au cas où il viendra au monde vivant. Mais les lois n'ont aucunement établi que le fœtus possède les droits d'un homme vivant relativement à toutes les autres choses. L'enfant ne possède de droit qu'autant qu'il naît vivant. On ne peut donc dire que l'enfant, dans le ventre de sa mère, est en conflit avec celle-ci de la même manière que le pourrait être une autre personne. Il ne vit pas encore d'une vie entière ; pour qu'il ait des droits, il faut qu'il naisse vivant ; pour qu'il naisse vivant, il faut que la mère se soumette à une opération présentant pour elle le plus grand danger, opération à laquelle elle a le droit de s'opposer.

Pour les mêmes motifs, il est des cas où l'avortement provoqué est excusable : celui, par exemple, dans lequel la femme ayant une angustie pelvienne prononcée, l'enfant ne pourra être extrait, même par morceaux. Si cette femme, dans la plénitude de ses facultés, refuse plusieurs fois l'opération césarienne, l'accoucheur a le droit de provoquer l'avortement.

Nous voyons que dans cette dissertation, Nœgelé, d'accord avec la majorité des médecins, reconnaît que la femme a le droit de refuser l'opération césarienne. Ce droit existant, il serait illogique, insensé de condamner le médecin à demeurer le témoin d'une double mort ; car le droit reconnu de la mère l'oblige à la secourir et à lui apporter les ressources de l'art, c'est-à-dire l'avortement provoqué pendant la grossesse, l'embryotomie à terme.

Si la ligne de conduite à tenir indiquée par Nœgelé était suivie généralement à l'étranger, il n'en était pas de même en France. En 1827, un an après, l'Académie de Médecine de Paris fut saisie, par M. Costa, d'une proposition infiniment moins sérieuse que celle de l'avortement, mais qui pourtant impressionna vivement. On demandait alors si le médecin pouvait provoquer l'accouchement prématuré artificiel. L'Académie répondit que la question était inconvenante, et que, dans l'état actuel de la science, il n'existait aucun cas dans lequel il fut

permis de se livrer à cette pratique. Baudelocque avait fait des adeptes. Ses opinions régnaient alors, et la majorité des accoucheurs français condamnaient toute tentative d'interruption de la grossesse.

Paul Dubois écrivait⁽¹⁾, en 1843, que la réprobation générale dont l'accouchement prématuré artificiel fut frappé était telle que, dans sa thèse de concours soutenue en 1834 sur la question suivante : *Dans les différents cas d'étroitesse du bassin, que convient-il de faire?*, il n'avait pas cru devoir s'informer de l'avortement provoqué. Le temps et l'expérience dissipèrent ces scrupules. Déjà, en 1829, Velpeau se prononça pour la convenance et la moralité de cette opération dans certains cas impérieux.

Bientôt ces idées firent des progrès, et l'avortement provoqué devint une opération adoptée par la majorité des accoucheurs. Aussi voyons-nous successivement en 1846, 1847 et 1850, MM. Cazeaux, Dubois et Lenoir provoquer l'avortement chez la fille Julie Gros, avec la conviction ferme de faire une opération indispensable sans laquelle la mère eût inévitablement succombé plus tard avec le fœtus. Absolument convaincu de la légitimité de son intervention, M. **Lenoir** présenta son observation à l'Académie de Médecine; mais il fit plus, il demanda à celle-ci un jugement qui pût servir à l'avenir de ligne de conduite dans les cas analogues. C'est dans la séance du 9 décembre 1851⁽²⁾ que M. le Dr Lenoir lut une *observation d'avortement provoqué pour la troisième fois, avec succès, sur une femme dont le diamètre antéro-postérieur droit du détroit supérieur n'avait pas plus de 50 millimètres*. « Dans ses réflexions, M. Lenoir compare, à différents points de vue, l'opération césarienne, la céphalotripsie et l'avortement prématuré artificiel, et se prononce pour cette dernière opération. Il termine en demandant un jugement de l'Académie pour fixer définitivement l'opinion du chirurgien sur un point de pratique si difficile. »

(1) *Gaz. méd.*, 4 mars 1843. p. 137.

(2) *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 213.

De là naquit cette grande discussion de 1852, qui occupa six séances de l'Académie et où tous les grands accoucheurs d'alors firent valoir leur opinion. C'est d'abord **Cazeaux**, rapporteur de la Commission, et qui avait lui-même, cinq ans auparavant, fait avorter la même femme pour la première fois. Il rappelle l'histoire de la malade opérée par lui en 1846, par M. Dubois en 1847. Les deux fois, les suites furent heureuses, et la femme rapidement rétablie. Elle revient, dans le courant de novembre 1850, réclamer les soins et les conseils de M. Lenoir : « Effrayé par les conséquences si graves et malheureusement si ordinaires de l'hystérotomie, encouragé par les résultats des deux opérations que la malade avait déjà subies, M. Lenoir se décida pour l'avortement; et cette troisième fois encore les suites de l'opération furent des plus simples; car, huit jours après, la malade quittait la maison de santé, parfaitement guérie »⁽¹⁾.

Après cette analyse succincte de l'observation de M. Lenoir, le rapporteur examine deux propositions :

1^o Est-il permis au médecin de provoquer l'avortement dans le but d'éviter à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne ?

2^o Les rétrécissements du bassin en sont-ils les seules indications ?

Dans sa première partie, M. Cazeaux pose en principe que tuer le fœtus au commencement de la grossesse est aussi criminel qu'à terme. On n'ergote plus à savoir l'époque à laquelle l'âme pénètre l'embryon. « Tuer le fœtus est donc un fœticide, à deux mois comme à neuf, et le droit de provoquer l'avortement implique nécessairement le droit de tuer le fœtus à terme »⁽²⁾.

Pour éviter de tuer le fœtus, il n'y a qu'une opération, l'opération césarienne. Or, quels sont ses résultats ? Il faut avouer qu'ils ne sont pas encourageants, au moins dans les grands centres ; à Paris, depuis cinquante ans, on ne peut citer aucun cas heureux ; à Londres, sur vingt-cinq opérées, une seule a sur-

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, p. 366.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, p. 368.

vécu. Si, à l'exemple de Kayser, on récapitule tous les cas connus, on arrive à une mortalité de 70 p. 100. Encore faut-il supposer que l'on ait mis autant d'empressement à publier les insuccès que les cas heureux. Au moins, a-t-on des chances de sauver sûrement l'enfant ? Même pas. Kayser donne les statistiques suivantes :

	Mortalité infantile.
Opération faite avant ou six heures au plus après la rupture des membranes	3 sur 37
De 7 à 24 heures après la rupture...	7 sur 32
Plus de 24 heures après la rupture...	18 sur 37

Après avoir montré les mauvais résultats de l'hystérotomie, il réfute les différents arguments opposés par les théologiens et les légistes, et examine la question au point de vue moral. Comme Nøgelé, il admet que la mère est dans le cas de légitime défense et qu'elle peut transmettre au médecin les droits qu'elle a de se sauver elle-même en sacrifiant le fœtus. Enfin, il ne lui paraît pas douteux qu'au point de vue social le sacrifice de l'enfant s'impose pour sauver la mère.

Dans un second paragraphe, il examine les indications de l'avortement provoqué. Il les limite, outre la viciation marquée du bassin, aux hémorragies intenses et rebelles et aux tumeurs qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées ou extirpées. Dans ses conclusions, il pose que, l'avortement médical étant légitime dans les limites indiquées par lui, la femme a le droit d'opter pour la mutilation du fœtus et le médecin a le droit de pratiquer cette mutilation. Toutefois, il ne doit jamais s'y décider sans avoir pris au préalable l'avis de plusieurs confrères éclairés.

Telle est la thèse soutenue par Cazeaux et dont la discussion allait occuper cinq séances de l'Académie. Plusieurs accoucheurs éminents vinrent y soutenir leur opinion, mais s'égarèrent souvent dans des considérations accessoires et paronnelles avec une âpreté qui témoigne de l'intérêt violent soulevé par ces questions. P. Dubois, qui avait fait avorter la fille Gros pour la

seconde fois, estime que, dans ces circonstances, la question étant toute morale, le médecin ne doit prendre conseil que de sa conscience et de ses lumières sur la conduite à tenir. Et il oppose à Cazeaux un argument de grande valeur : si l'Académie, acceptant les conclusions de son rapport, en tire un jugement, tout médecin se croira à l'avenir tenu de provoquer l'avortement dans le cas où l'angustie pelvienne nécessitera l'opération césarienne à terme. Or, l'opération césarienne a été, il est vrai, presque constamment mortelle dans tous les grands centres : aussi y pratique-t-on couramment l'avortement. En Allemagne, où les résultats de cette opération sont meilleurs, l'avortement provoqué a rencontré de nombreux adversaires. Enfin, dans les petites villes, dans les campagnes, les résultats sont bien meilleurs, et il ne se passe pas d'années que l'Académie ne reçoive d'observation d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant. Que chaque médecin ait donc le droit d'agir suivant sa conscience, ses lumières et les conditions dans lesquelles il se trouve.

Danyau, lui aussi, est un homme de *libre examen*. Il demande que l'Académie ne pose pas de règle absolue, pouvant entraver plus tard les progrès de la science. Mais il réfute la partie du rapport de Cazeaux où celui-ci refuse l'avortement au cas de vomissements incoercibles.

Bégin se pose franchement en adversaire de l'avortement provoqué. Il examine d'abord la question sous le côté philosophique et religieux, et c'est de là qu'il tire ses conclusions scientifiques, en les modelant, pour ainsi dire, sur un principe d'un rigorisme absolu.

« La question qui occupe en ce moment l'Académie est bien moins, à mon avis, une question spéciale d'accouchements, qu'un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuse et civile, avec la morale, enfin avec la dignité de notre art et la mission qui lui est dévolue dans la société. C'est à ce dernier point de vue surtout que l'avortement provoqué doit être discuté »⁽¹⁾.

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 511.

Il estime que la femme, dans l'état de grossesse, n'est pas dans le cas d'un malade ordinaire, qui peut se refuser à une opération, sa vie seule étant en danger. Il va plus loin : non seulement la mère ne se trouve pas dans le cas de légitime défense, mais c'est bien plutôt le fœtus « qui serait en droit de réclamer sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré les conséquences possibles de l'ouverture de sa prison »⁽¹⁾.

La partie obstétricale du sujet n'est traitée qu'accessoirement, subordonnée aux principes de la morale civile et religieuse. Ce qui semble le préoccuper par-dessus tout, c'est que derrière la pratique honnête ne s'abritent des manœuvres criminelles, s'efforçant de puiser dans les doctrines reçues et les exemples donnés des motifs d'excuse et des raisons d'impunité. A plusieurs reprises, il témoigne ses inquiétudes sur ce sujet et va jusqu'à émettre le vœu que l'accoucheur, qui a cru de son devoir de provoquer l'avortement, fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai donné, « sous peine de pouvoir être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel »⁽²⁾.

Après avoir exprimé toutes les raisons qui lui font repousser l'avortement obstétrical, il n'ose pourtant réclamer la désapprobation formelle de cette opération :

« Un jugement aussi sévère aurait l'inconvénient... de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art »⁽³⁾.

L'examen de cette thèse soutenue par Bégin prouve que pour lui la question obstétricale doit être écartée. La religion et la morale peuvent et doivent déterminer toute décision, et la crainte des abus qui pourraient résulter de l'autorisation de l'avortement provoqué semble être pour beaucoup dans ses convictions. Cazeaux lui répond avec juste raison que ce n'est pas le vote de l'Académie qui influera d'une façon quelconque sur la conduite

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 518.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 523.

(3) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 524.

de gens qui bravent journellement les prescriptions si terribles du Code pénal. Elle doit encore moins rendre un vote négatif, M. Bégin le reconnaît lui-même, qui pourrait empêcher le libre exercice de leur art à des médecins convaincus de la nécessité de tuer le fœtus ?

Bégin est d'ailleurs seul de son avis. Outre ceux que nous avons déjà vus proclamer le droit du médecin au fœticide, nous voyons encore **Velpeau** qui, l'un des premiers en France, a émis que l'avortement pouvait être provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin : « Depuis, je n'ai rien vu qui puisse me faire renoncer à mon opinion, car l'opinion contraire se fonde plus sur le sentiment que sur la raison »⁽¹⁾.

Adelon, qui partage personnellement les idées du rapporteur, est d'avis que l'Académie ne doit pas émettre un vote dans lequel les médecins pourraient puiser une règle fixe. Il propose de faire la réponse suivante à la question de M. Lenoir : « L'Académie reconnaît le droit qu'ont eu MM. Cazeaux, P. Dubois et Lenoir d'agir comme ils l'ont fait..., mais elle ne croit pas avoir le droit de prescrire cette pratique comme règle... ; elle croit que doit être laissé aux accoucheurs le droit de se déterminer, en chaque espèce, d'après leurs lumières et leur conscience »⁽²⁾.

C'est à cette formule que se range implicitement Cazeaux qui, ayant reconnu la forme de ses conclusions comme trop absolue, vient dire : « Je ne repousse pas d'une manière absolue l'opération césarienne ; il est certain que si l'on venait à améliorer les conditions dans lesquelles on la pratique, elle devrait être préférée »⁽³⁾.

Nous avons vu, dans la deuxième partie de son rapport, Cazeaux limiter l'indication de l'avortement provoqué, outre les rétrécissements extrêmes du bassin, aux hémorrhagies intenses et rebelles et aux tumeurs inopérables. Il en excepte

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 545.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 551.

(3) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 553.

absolument les maladies aiguës et chroniques compliquant la grossesse, et il s'attaque particulièrement aux vomissements incoercibles. Tel n'est pas l'avis de P. Dubois qui expose en termes nets et précis, en citant de nombreuses observations à l'appui :

1° Que les vomissements incoercibles sont une complication très grave et très menaçante.

2° Que ces vomissements sont certainement liés aux conditions créées par l'état de grossesse.

3° Qu'ils disparaissent quand ces conditions sont suspendues, soit par la mort du fœtus, soit par son expulsion spontanée.

Il estime qu'il y a lieu de provoquer l'avortement à une époque à laquelle la maladie, tout en n'ayant pas atteint sa dernière période, permet de supposer qu'elle ne rétrocédera pas, et que les différents moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité dans quelques cas ont été tous employés sans succès. C'est lorsqu'une réaction fébrile forte et continue, avec une altération profonde des traits, accompagnée des vomissements incessants que l'on sera en droit de conclure à l'interruption de la grossesse.

Cette digression dans la discussion, dont l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin faisait le sujet, nous montre que, si tout le monde n'était pas d'accord sur les indications, tout le monde l'était sur l'opportunité de l'opération dans certains cas, et en tous cas sur le droit du médecin à la pratiquer. Toutefois, il ne devra le faire qu'autant que ses lumières et sa conscience l'y autoriseront, et après avoir pris l'avis de confrères.

Telle est l'opinion que sanctionna l'Académie en adoptant les conclusions suivantes ⁽¹⁾ :

« Considérant que, dans le cas de la fille Julie Gros, M. le Dr Lenoir, s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens, et sur l'avis de plusieurs consultants réunis à cet effet, était suffisamment autorisé à agir comme il l'a fait,

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 588.

l'Académie adresse des remerciements à l'auteur et renvoie son mémoire au Comité de publication. »

En examinant les diverses propositions qui ont été émises dans cette longue discussion, nous voyons qu'aux hommes de *libre examen*, P. Dubois, Danyau, Velpeau, Adelon, Chailly, Cazeaux, s'oppose le principe d'*autorité* représenté par Bégin. Pour les premiers, la question est scientifique avant tout ; c'est sur les données fournies par l'expérience et la pratique que doit se conduire le médecin. Il n'est pas sans examiner si sa conduite est en rapport avec les lois et la morale ; mais il n'a à prendre conseil que de sa conscience. Pour Bégin, la question est avant tout morale et religieuse. Une interprétation religieuse, sujette à discussion d'ailleurs, semble le guider et lui fait condamner l'avortement en faveur de l'opération césarienne. Pourtant, forcé de conclure, il hésite et ne veut pas qu'un jugement trop absolu vienne enchaîner l'avenir, *dans certaines circonstances que toute prudence humaine ne peut prévoir*. Et pourquoi, si l'avortement est une pratique condamnable et que l'on peut éviter, s'il est contraire à la religion, à la morale, ne pas le blâmer et le défendre ? Pourquoi en avouer l'indispensabilité par un refus formel de le désapprouver, en l'autorisant même tacitement ? C'est que, préoccupé surtout de l'abus qui pourrait résulter de l'autorisation de l'avortement, il s'aperçoit en terminant que son absolu rigorisme pourrait dans la pratique entraîner des conséquences qui l'effraient lui-même, et il songe peut-être à l'objection que va lui jeter Cazeaux (1) :

« Le fœticide dans aucun cas n'est permis ; c'est, dites-vous, un acte immoral et qui blesse tous les sentiments humains. Non, Monsieur, et j'en appelle de M. Bégin philosophant tranquillement dans son cabinet à M. Bégin placé auprès de sa femme en travail et ayant à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Je lui rappellerai cet épisode terrible que tout dernièrement encore nous racontait notre savant secrétaire perpétuel.

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 531.

» Un grand événement allait s'accomplir. La France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe. L'Empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Ant. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement. Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant tant désiré, n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : *Saurez la mère*. Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'Empereur n'était plus qu'un homme » (1).

Bégin n'a pas répondu à cette objection. Le refus de se soumettre aux lois implacables d'une théorie si complaisamment édifiée pour l'usage des autres, la frappe immédiatement d'une incurable stérilité. S'ils reculent *pro domo*, devant l'hystérotomie, n'est-on pas fondé à leur rappeler à eux, qui invoquent le dogme religieux, le précepte : « *Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas que l'on vous fit ?* »

Un adversaire encore plus absolu de l'avortement que Bégin, **Rouxéau**, de Nantes, répond à cette question : « Si ce drame devait se dénouer à notre foyer domestique, je sais bien ce que me dirait ma conscience, je ne sais ce que m'arracherait la fragilité humaine. Le désespoir est un mauvais conseiller, ses suggestions n'ont jamais fait loi dans la morale. Ce que je sais bien, c'est que j'aimerais mieux perdre successivement dix enfants que de perdre ma femme !... Et si, dans un pareil moment, l'homme oublie son devoir, vous concluez que le devoir n'existe pas, de par la détermination instinctive qui lui est échappée; allons, ce n'est pas sérieux ! »

Cette réponse est grave. Mais elle suppose résolue la question précisément en litige : où est le devoir ? Le devoir oblige-t-il la mère à se sacrifier pour sauver un enfant qu'elle ne connaîtra pas, à abandonner tous les siens ? L'oblige-t-il à accepter l'opé-

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 531.

ration césarienne qui la tuera presque infailliblement ? Vous le reconnaissez vous-même, vous ne la pratiqueriez pas sur votre femme ; vous pouvez bien admettre que la femme la refuse pour elle-même. La refusant, elle mourra infailliblement, elle et son enfant, si vous ne sacrifiez celui-ci.

Malgré les efforts de quelques médecins plutôt épris d'un dogme religieux que de science, l'opération césarienne ne se releva pas de sitôt du discrédit jeté sur elle par la discussion de l'Académie de Médecine. En 1862, **Pajot** dit : « J'ai pour principe, je l'ai déjà dit bien des fois, que je ne tenterai jamais l'opération césarienne tant qu'un céphalotribe pourra passer. Pour moi, l'opération césarienne est quelque chose de monstrueux, lorsque l'enfant est mort ; lorsqu'il est vivant, je ne la ferais pas, mais je comprends que des accoucheurs croient devoir la tenter. » Sous l'empire de ces idées, Pajot réussit à trouver une méthode nouvelle, la *céphalotripsie répétée sans tractions*, qui diminue de beaucoup les quelques dangers de l'embryotomie pour la femme. Un médecin de Naples lui avait demandé son avis sur le cas suivant : une femme enceinte de quatre mois venait lui demander l'avortement, ayant une viciation marquée du bassin et refusant l'opération césarienne à terme, que devait-il faire ? Dans la réponse qu'il fit, il déconseilla l'opération césarienne et préconisa l'avortement provoqué. Vivement pris à partie par **Stoltz**, adversaire implacable de l'avortement, il lui répond avec non moins de vivacité :

« Des centaines de femmes en ont guéri ; des milliers en sont mortes !

» *Faire choix* de l'opération césarienne n'est pas l'*enfance de l'art* ; M. Stoltz a raison. Pour moi, ce n'est pas de l'art, c'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir son fruit » ⁽¹⁾.

Il ne faut pas oublier que nous sommes en 1862, et que l'opération césarienne tuait encore à peu près toutes les femmes, au moins dans les grands centres. Il en eût été probablement long-

(1) PAJOT : *Travaux d'obstétrique*, p. 514.

temps ainsi, lorsque les recherches de Pasteur et les immenses progrès de la chirurgie vinrent permettre de pratiquer des opérations réputées jusqu'alors comme impraticables et même d'en essayer de nouvelles. L'hystérotomie commença à donner des résultats moins funestes, même et surtout dans les grands centres; la symphyséotomie, remise en honneur par Morisani, de Naples, va reparaitre en France vers 1892.

La science suivait son évolution tranquille en laissant au médecin le droit de choisir, dans les divers moyens qu'elle lui offrait, celui qui était le plus approprié aux circonstances, lorsqu'une voix s'élève pour protester contre cet état de choses. C'est celle de M. le professeur **Pinard**, qui, déjà en 1898, fait une communication au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Marseille sur l'*Avortement thérapeutique*. Pour que le médecin ait le droit de provoquer l'avortement, il faut que l'*indication soit réelle*. On a cru pouvoir placer dans ces conditions réelles l'étroitesse extérieure de la filière génitale :

« Aujourd'hui, en face des résultats obtenus, grâce à l'antisepsie, qui a permis aux opérations obstétricales de donner ce qu'elles donnent, je déclare que pour moi l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe pas plus que l'indication de l'embryotomie sur l'enfant vivant et à terme dans le cas de rétrécissement du bassin, quels que soient le degré, la forme et la nature de ce rétrécissement » ⁽¹⁾.

M. Pinard est formel; dans ces cas-là on ne doit avoir recours qu'à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie. Étant donné que la vie de la femme enceinte n'est pas menacée pendant sa grossesse du fait qu'elle a un rétrécissement du bassin, que le fœtus se développe normalement chez elle (et même mieux), que le rétrécissement de la cavité abdominale ne menace que très rarement sa vie du fait de sa grossesse, l'avortement provoqué doit être exclu de la thérapeutique des rétrécissements du bassin. Mais « si l'indication réelle de l'avor-

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, p. 5.

tement provoqué n'existe plus dans les cas de rétrécissement de la filière pelvienne, peut-on le rencontrer dans d'autres circonstances ? Assurément »⁽¹⁾. Et M. Pinard, comme chaque accoucheur d'ailleurs, supprime quelques-uns de ces cas et en ajoute d'autres. « Dans ces circonstances alors, l'accoucheur a absolument le droit et le devoir d'intervenir pour *sauver* du moins la seule existence dont le salut soit possible »⁽²⁾. Il insiste sur le mot *sauver* et fait remarquer qu'il l'a substitué au *sacrifier* de l'ancienne formule. On ne sacrifie plus l'enfant, on sauve la mère. Enfin, il refuse le droit de provoquer l'avortement dans les maladies venant compliquer la grossesse.

Le 12 août 1899, il présente au Congrès d'Amsterdam un rapport sur l'*Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.*

1^o Opération césarienne.

C'est, théoriquement, l'opération idéale indiquée dans les cas où il y a disproportion entre le bassin et le fœtus.

Pratiquement ? Voyons les statistiques :

OLSHAUSEN : 29 femmes opérées, 27 guéries, 2 mortes.
29 enfants vivants, 3 morts de quatorze heures
à quatre semaines après.

LÉOPOLD : 93 femmes op. $\left\{ \begin{array}{l} 67 \text{ op. conservatrices} \\ 26 \text{ op. de Porro} \end{array} \right\}$ 8 mortes.

ZWEIFEL : 55 femmes opérées, 1 décès.

Dans une statistique récente, Léopold donne :

100 femmes opérées : 90 guéries, 10 mortes.
87 enfants sortent vivants, 13 sont extraits morts ou
meurent à la Maternité.

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, p. 10.

(2) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, p. 11.

Mais pour obtenir ces résultats, il faut se trouver dans un milieu et dans des conditions déterminées.

2^o *Symphyséotomie.*

Opération facile. Elle place, théoriquement, les femmes à bassins viciés et les enfants dans les conditions où ils se trouvent lorsqu'ils n'ont à lutter que contre les parties molles. En pratique, que donne-telle ?

M. Pinard présente les résultats de 100 symphyséotomies pratiquées à la Clinique Baudelocque, du 4 février 1892 au 20 janvier 1899. Nous voyons :

88 femmes guéries, 12 mortes.

87 enfants sortis vivants, 13 morts,

dont { 5 au moment de l'extraction ou peu après,
8 dans les trois semaines qui ont suivi leur naissance.

Si on retranche les décès de cause purement accidentelle ou ceux causés par infection puerpérale d'origine étrangère à la symphyséotomie, il reste 5 décès sur 100 femmes opérées. En faisant une opération analogue sur la liste des enfants morts, on arrive à une mortalité de 6 % du fait de la symphyséotomie.

3^o *Craniotomie.*

Théoriquement, sans danger pour l'organisme maternel, s'exécute sur l'enfant vivant ou sur l'enfant mort.

De 1882 à 1899, 81 craniotomies ont été pratiquées dans le service de M. Pinard (exclusivement sur des enfants morts depuis 1892). Résultats :

81 femmes opérées : 72 guéries, 9 mortes.

Mortalité de 11,5 %.

4^o *Accouchement prématuré artificiel.*

Opération bénigne pour la mère. Mortalité : 1 % d'après la statistique de M. Pinard.

Il n'en est pas de même pour l'enfant :

Enfants vivants au moment de la naissance..	83
Enfants morts pendant le travail.....	17
Enfants morts avant leur sortie du service...	16
Enfants sortis bien portants.....	67

Cela est dû à la difficulté de connaître exactement l'âge de la grossesse et le rapport précis existant entre les dimensions du bassin et celles du fœtus.

Avant d'exposer les indications et les contre-indications, M. Pinard fait une profession de foi :

« Pour moi, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes.

» C'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter la maladie et s'efforcer de conserver et de prolonger la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

» Pour cela, chez toute femme enceinte, l'accoucheur doit avoir pour but de mener la grossesse à terme et de procéder à l'accouchement avec le minimum de traumatisme pour la mère et pour l'enfant » (1).

Il en conclut qu'on ne doit jamais faire « aussi bien l'accouchement provoqué que l'embryotomie sur l'enfant vivant ».

« ... J'ai montré ailleurs que dans l'avortement thérapeutique, le seul légitime, l'accoucheur s'efforçait de sauver la mère, mais ne tuait pas l'enfant. »

Il n'admet pas que l'on se base sur la valeur morale ou sociale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant.

Ensuite, il examine les indications de la symphyséotomie et de l'opération césarienne.

Il termine en disant que dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître :

1° L'accouchement prématuré artificiel.

2° Toute opération (forceps, version, etc.) impliquant la lutte

(1) *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, 1899, t. II, p. 98.

de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur.

3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

Il n'admet que :

1° Agrandissement momentané du bassin.

2° Opération césarienne.

3° Embryotomie sur l'enfant mort.

Les théories de M. Pinard firent peu d'adeptes. Même au Congrès d'Amsterdam, elles n'eurent que des adversaires : Léopold, Pestalozza, Barnes.

Léopold s'appuie sur une pratique de plus de 25,000 accouchements. Avant d'établir les indications de telle ou telle opération, il ne pose pas un principe, comme M. Pinard; au contraire, il examine autant que possible chaque cas particulier et les conditions du milieu.

Il envisage les bassins d'après le degré de leur rétrécissement, admettant qu'il s'agit d'un enfant à terme, sain, de moyen volume, d'environ 3,200 grammes.

La femme est-elle primipare ou multipare ?

1° *Primipares.*

Il adopte 3 degrés de sténose pelvienne :

1^{er} degré : jusqu'à 7 centimètres dans les bassins plats et plats rachitiques;
jusqu'à 7 centimètres et demi dans les bassins généralement rétrécis.

2^e degré : de 7 ou 7 et demi à 6 centimètres.

3^e degré : de 6 centimètres et au-dessous.

Dans le premier degré, accouchement normal le plus souvent. Donc, attendre et ménager la poche des eaux.

Si l'accouchement ne progresse pas, deux moyens : le *Kolpeurynter* et la *position de Walcher*.

Si ces moyens ne réussissent pas, agir comme pour le groupe suivant.

Dans le deuxième degré, l'accouchement spontané n'est pas possible. Si l'on se trouve dans une Clinique bien dirigée, dans de bonnes conditions, *opération césarienne* sans hésiter. Léopold lui donne la préférence sur la symphyséotomie.

Si l'enfant est mourant, même dans une Clinique, faire l'embryotomie : » Qu'on s'applique plutôt à sauver une vie certaine (celle de la mère) qu'une vie qui s'en va (celle du fœtus); qu'on ne s'expose pas à les perdre toutes les deux. *Qu'on fasse plutôt la perforation une fois de trop que pas une fois assez !* » (1).

A plus forte raison, en sera-t-il de même dans la pratique quand le médecin se trouvera dans la nécessité de terminer des cas de cette espèce dans de mauvaises conditions de milieu. Et s'il n'a aucune expérience personnelle des opérations conservatrices, s'il ne peut confier le cas à un collègue expérimenté, ni diriger la femme sur une Clinique, ira-t-il exposer la femme aux terribles conséquences de l'opération césarienne ou de la symphyséotomie pratiquées dans un milieu infecté ?

« Et quel grand dommage, dans un cas de ce genre, cause la mort de l'enfant ? La femme survivante peut encore mettre plusieurs enfants au monde et, s'il y a nécessité, peut, grâce à l'accouchement prématuré ou à la césarienne faite à temps, éviter les dangers d'un nouvel accouchement. Mais, dans l'autre éventualité, l'époux perd sa femme; l'enfant, sa mère; les parents, leur fille, — et cette *perte* reste à jamais irréparable.

» Notre honoré collègue, le professeur Pinard, a soutenu cette proposition : « *Jamais l'embryotomie sur l'enfant vivant* », et « *L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu* ».

» Il milite ici pour une vue idéale, mais il a tort par rapport aux nécessités de la pratique, et il exige du praticien-accoucheur des choses que celui-ci ne peut maintenant et ne pourra jamais faire, que Pinard lui-même ne ferait, ni ne pourrait accomplir.

(1) *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, 1899, t. II, p. 408.

» Charles, de Liège, — à l'opinion de qui je me rallie entièrement — s'élève à bon droit contre cette proposition du professeur Pinard : « *Il est facile, dit-il, d'édicter des ukases, il n'est pas aussi aisé de les appliquer* »⁽¹⁾.

(1) *Ann. d'Obst. et de Gyn.*, loc. cit.

Dans le troisième groupe de bassins l'opération césarienne s'impose.

2^o *Multipares.*

En général, le volume et le poids des enfants augmentent avec le nombre des grossesses. Donc les difficultés grandissent. L'opération de choix est l'*accouchement prématuré artificiel*, à la trente-cinquième semaine, dans les bassins du premier groupe.

Le médecin a tout le temps voulu pour se préoccuper de l'âge exact de la grossesse, du degré de viciation du bassin, de la préparation de la femme et des moyens propres à conserver l'enfant.

Si l'on est appelé à *terme*, la femme peut encore accoucher spontanément : conserver la poche des eaux aussi longtemps que possible, utiliser le Kolpeurynter. Si ces moyens échouaient, faire la version, « la tête fœtale *dernière* traversant plus facilement le bassin que la tête première ».

Dans les bassins du second groupe, l'expectation n'est plus permise. *Que doit-on faire sans mettre la mère en danger?*

Si l'enfant est mort : perforation.

Si l'enfant vit :

À l'hôpital, la question se pose d'abord de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne; dans la pratique privée, en général, on choisira la perforation.

« Mais, dans les deux cas, il faut faire des distinctions délicates, suivant que l'enfant est bien vivant ou qu'il souffre; suivant que la femme est forte ou à bout de son activité. »

Tenir compte de deux éléments de discussion :

a) Comment la femme supporte-t-elle l'intervention ?

b) Est-elle atteinte d'une affection locale ou générale ?

Si les bruits du cœur du fœtus sont irréguliers, sourds, précipités, si son méconium s'écoule depuis un certain temps, « *qu'on assimile l'enfant mourant à l'enfant mort et qu'on perfore plutôt une fois de trop qu'une fois pas assez* »⁽¹⁾.

« *Mais ce précepte est surtout bon pour la pratique privée.* »

Dans les bassins du troisième groupe, pas d'autre alternative que la section césarienne.

Nous sommes loin des théories de M. Pinard. Battues en brèche par la majorité des accoucheurs, il les résume en une profession de foi qu'il proclame à sa leçon d'ouverture de la Clinique Baudelocque. (Novembre 1899.)

Le cas supposé est le suivant :

« *Femme en travail ne pouvant accoucher spontanément par suite du rétrécissement du bassin; l'enfant est à terme et vivant; l'intervention que vous jugez indiquée, nécessaire et indispensable, vous est interdite soit par la parturiente elle-même, soit par son entourage; une autre intervention vous est proposée, et cette intervention implique la mort de l'enfant.* »

Que devons-nous faire?

Pour résoudre cette question, M. Pinard recherche d'abord si le droit de vie et de mort sur l'enfant peut appartenir à quelqu'un.

1° *Le droit de vie et de mort peut-il appartenir au père?*

Chez les anciens, le père avait ce droit, mais ne pouvait l'exercer que pour punir. Quelques auteurs pensent que ce droit peut encore être exercé pour sauver la mère. Mais d'autres mobiles peuvent pousser le père; aussi Nægelé lui refuse-t-il ce droit.

Il conclut :

1° Que l'on ne peut s'appuyer sur aucune loi pour reconnaître au père le droit de vie ou de mort.

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. II, p. 417.

2^o Que, malgré l'opinion de Nœgelé, il est cependant de croyance générale, à l'heure actuelle, que le père possède ce droit.

3^o Qu'en exerçant ce droit, le père n'a en vue que le salut de la mère.

2^o Le droit de vie ou de mort peut-il appartenir à la mère ?

Nœgelé et Cazeaux sont nettement pour l'affirmative; la femme étant dans le cas de légitime défense.

Danyau et Dubois sont plus réservés.

Hubert est résolument pour la négative; mais la mère n'est pas *obligée* de se soumettre à telle ou telle opération.

Donc, aujourd'hui :

1^o Pour certains accoucheurs, la mère possède, au moment de l'accouchement, le droit de vie et de mort sur son enfant.

2^o Pour eux, ce droit s'appuie sur la loi naturelle et ne doit s'exercer qu'en cas de défense.

3^o Pour d'autres accoucheurs, ce droit n'existe pas ou est contesté.

3^o Le droit de vie et de mort appartient-il au médecin pendant l'accouchement ?

Oui, pour Nœgelé : la mère, ayant ce droit, il serait illusoire si elle ne pouvait le transmettre au médecin appelé pour lui venir en aide.

Les droits de la mère et du fœtus ne sont pas égaux; dans le cas de conflit, ceux de la mère doivent l'emporter.

De même pour Cazeaux et bien d'autres accoucheurs.

D'où il résulte :

1^o Que pour Nœgelé, Cazeaux et même pour beaucoup d'accoucheurs contemporains, le médecin a le devoir de se faire exécuteur des hautes ou basses œuvres de la mère.

2^o Que le médecin possède, par l'exercice de sa profession, le droit de vie et de mort sur l'enfant.

4° Le droit de vie et de mort peut-il appartenir à d'autres personnes?

Après avoir pris l'avis de personnes autorisées au sujet de l'observance des règlements administratifs, il est démontré :

1° Qu'il n'existe aucun règlement administratif déterminant la conduite que doit tenir un accoucheur en face du cas précité.

2° Que l'Administration de l'Assistance publique actuelle, représentée par la Commission du Conseil de surveillance (Commission qui renferme, parmi ses membres, des accoucheurs et des jurisconsultes), estime qu'on n'a pas le droit d'imposer à une parturiente une opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie, et que le médecin est seul juge de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il a à tenir.

Pendant longtemps, M. Pinard, élève docile, provoqua des avortements, pratiqua des embryotomies sur l'enfant vivant. Ce ne fut jamais sans un serrement de cœur, et il fit tous ses efforts pour faire disparaître ce supplice. Il leur substitua les applications de forceps au détroit supérieur et l'accouchement prématuré artificiel. Mais ces opérations donnent trop d'infirmes ou de débiles. Enfin, les travaux de Pasteur et de Lister étant venus modifier la chirurgie, l'obstétrique opératoire doit être essentiellement conservatrice. Aussi fait-il écrire sur les murs de Baudelocque :

« *L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.* »

On lui oppose l'argument suivant :

Vous ne devez pratiquer une opération sur une parturiente que si cette dernière y consent.

M. Pinard n'admet nullement cet aphorisme et dit que, s'il en est autrement, on donne à la femme le droit d'interrompre sa grossesse quand elle voudra, c'est le droit à l'avortement, à la castration, c'est le droit de ne plus cohabiter avec son mari, etc.

Il cite le cas d'une femme qui, sachant que telle opération peut sauver son enfant, la refuse pour qu'il ne naisse pas vivant.

Aussi, lorsque M. Pinard a jugé une opération nécessaire, il trouve suffisant de dire : « Madame, vous ne pouvez accoucher seule; il faut vous aider, et c'est ce que je vais faire », endort et opère.

Il donne quelques statistiques, puis termine en disant que :

Le droit de vie et de mort sur l'enfant n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni au médecin, ni même au directeur de l'hôpital.

Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré, que nulle puissance ne peut lui ravir.

Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

C'est là sa profession de foi.

Donc, pour M. Pinard et ses élèves, plus d'embryotomie, plus d'avortement provoqué; le médecin n'en a pas le droit.

Cette théorie est contestée et contestable; nous le verrons plus loin.

CHAPITRE II

Discussion.

Avant d'entrer dans la discussion scientifique du sujet, voyons quelles sont les raisons qui ont pu peser sur l'esprit de ceux qui repoussent le fœticide.

Et d'abord, la question religieuse est celle qui a influencé le plus et qui influence encore la majorité de ses adversaires. Nous voyons que c'est la première objection que Cazeaux discute, en 1852, à l'Académie de Médecine. C'était celle, en effet, que l'on opposait avec le plus de facilité aux partisans de l'avortement, et c'est au nom d'une doctrine religieuse assez obscure que Bégin tente de combattre.

Mais, au fur et à mesure que nos connaissances scientifiques augmentent, il est à remarquer que les arguments d'un ordre étranger à la science tendent de plus en plus à disparaître de la solution de ces questions. Une discussion théologique à propos d'une opération chirurgicale semble aujourd'hui hors de sujet. C'est pourtant encore, bien que cachée, l'une des raisons qui entraînent le plus grand nombre de consciences contre la pratique du fœticide thérapeutique.

D'ailleurs, ces convictions, d'un ordre éminemment respectable, peuvent influencer non seulement sur la conduite de l'accoucheur, mais encore sur la détermination de la malade ou de son entourage.

Aussi valent-elles qu'on s'en occupe.

Dans son rapport sur la communication de Lenoir à l'Académie de Médecine, Cazeaux dit :

« Peu de questions ont été aussi vivement discutées par les théologiens; mais quand on étudie ce qu'ils ont écrit sur ce sujet, on s'aperçoit bien vite que, dépourvus des plus simples notions de physiologie et d'obstétrique, ils ont comparé des faits très dissemblables et raisonné d'après des documents entièrement erronés. De nos jours encore, ils sont dans une ignorance complète des résultats comparatifs de l'opération césarienne et de l'embryotomie. Et, me disait tout récemment un professeur de la Faculté de Théologie, je suis convaincu que, mieux éclairée, l'autorité ecclésiastique modifierait la rigueur trop absolue de certains principes » ⁽¹⁾.

On peut classer les opinions des théologiens en trois groupes : les uns croient, avec Tertullien, pouvoir autoriser le sacrifice de l'enfant toutes les fois qu'il est nécessaire au salut de la mère; les autres ne permettent de le mutiler que lorsqu'on aura pu le baptiser auparavant; enfin, l'immense majorité se prononce contre l'infanticide, quel que soit, d'ailleurs, le danger auquel la mère est exposée.

Et ces derniers s'appuient sur les textes sacrés :

1^o *Non occides.*

2^o *Non facienda mala ut eveniant bona.*

Mais il ne suffit pas de découper des bouts de phrase au hasard et de les opposer, sans discussion permise. Voilà deux préceptes : le premier vous dit : *Non occides*; or, par l'avortement vous tuez l'enfant. Il est vrai qu'en tuant l'enfant, vous voulez sauver la mère; mais : *Non facienda mala ut eveniant bona*. Et voilà. Donc, plus d'avortement provoqué! plus d'em-

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 371.

bryotomie! Les femmes mourront par hémorrhagie, par vomissements, par éclampsie, etc. (et l'enfant aussi). Cela ne fait rien : *Non occides et Non facienda mala...*

Il serait même inutile de discuter l'absurdité d'une pareille logique si l'étude des textes invoqués ne nous démontrait qu'ils ont été mal interprétés.

L'article 8 du Chapitre XXIII de l'Exode est ainsi conçu : « *Insontem et justum non occides, qui a aversor impium.* Vous ne tuerez pas l'innocent et le juste, parce que j'abhorre l'impie. »

Prenant le commentaire de D. Calmet, on y lit : « *Car je ne justifierai pas le méchant, c'est-à-dire, je le traiterai comme coupable* ». Il est facile de voir que la défense contenue dans le *non occides* s'applique à l'homicide, au meurtre, et implique l'idée de *méchanceté*. Cela ne peut donc s'appliquer au médecin agissant dans une bonne intention et en suivant les conseils de sa conscience.

Quant au second argument, il est tiré de l'Épître de saint Paul aux Romains, Ch. III, art. 8 : « *Et non (sicut blasphemamur et sicut aiunt quidam nos dicere) faciamus mala ut eveniant bona : quorum damnatio justa est* ».

D. Calmet fait connaître dans quelles circonstances l'apôtre écrivait ce précepte et quel est son véritable sens. Saint Paul répandait partout sa doctrine : « Que là où le péché a été abondant, la grâce a été aussi surabondante ». Les Juifs, jaloux de la grâce que Dieu faisait aux Gentils de les appeler à la foi, sans leur imposer le joug de la loi, disaient : « A quoi nous sert d'avoir vieilli dans l'observance des lois de Dieu si nous n'en sommes pas récompensés. Autant vaut nous livrer à l'idolâtrie et aux débauches comme les Gentils, afin que la miséricorde de Dieu éclate davantage dans notre conversion ». Mais saint Paul repousse cette monstrueuse interprétation de sa doctrine et la regarde comme un blasphème. Dieu n'accorde pas ses faveurs et sa grâce à ceux qui ont le plus péché ; mais plus le péché a été grand, plus le repentir est grand et plus la grâce doit être grande pour effacer le péché. Voilà pourquoi il dit : *Non faciamus mala ut eveniant bona.*

On le voit, l'idée qui dicte ce précepte est très différente de celle qui lui est attribuée par les adversaires de l'avortement.

D'ailleurs, ces préceptes, que l'on oppose si souvent au médecin voulant faire une action qu'il juge juste, sont loin d'avoir été suivis à la lettre. La Bible fourmille d'exemples où non seulement le meurtre n'a pas été puni par Dieu, mais même a été récompensé (Moïse, Phinées, Judith, etc). Le meurtre juridique, les guerres, les croisades, tous reconnus légitimes par l'autorité spirituelle elle-même, ne viennent-ils pas s'opposer à l'extension donnée au *non occides* de l'Exode. Leur raison, c'est qu'ils ont été faits *ut eveniant bona*.

Tous ces exemples, formulés par Cazeaux, sont repoussés avec horreur par Bégin : « Qu'ont à faire les croisades et les victimes des champs de bataille avec la vie d'un embryon confiné dans le sein maternel ? » Évidemment, peu de chose. Mais ils vous démontrent que vous avez donné aux préceptes religieux une étendue que la religion elle-même n'accepte pas.

Et puis enfin, il faudrait s'entendre ! Vous refusez le principe de l'avortement ; or, il est prouvé que, dans certains cas, c'est l'arrêt de mort de la mère. Ou vous faites la section césarienne ; or, « à Paris, depuis cinquante ans, on ne peut citer aucun cas heureux » (1). Donc, vous tuez la femme ; vous désobéissez au *non occides*. Il est vrai que vous l'avez fait dans une louable intention ; c'était pour conserver l'enfant. Mais, *non faciamus mala ut eveniant bona !* Où est le mal ? Où est le bien ?

Si nous cherchons dans les commentateurs et les théologiens, nous ne manquerons pas d'arguments à l'appui de la légitimité de l'avortement provoqué chirurgicalement. Les débats de l'Académie de Médecine, en 1852, ont prouvé qu'à cette époque, au cas d'angustie pelvienne prononcée, l'avortement provoqué était le seul moyen de sauver la femme ; faute de quoi elle serait vouée à une mort certaine et l'enfant à une mort probable. Que doit faire l'accoucheur pour éviter le plus grand malheur et sauver la mère ? *De duobus malis minus malum est eligen-*

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 369.

dum ⁽¹⁾. Il pourrait être accusé, au contraire, au cas où il s'abstiendrait, car il causerait alors, par son omission, la mort de la femme : *Occidit enim quisquis servare potest nec servat*. Bien plus, les théologiens lui font une obligation d'employer toutes les ressources de son art pour sauver ses malades. « Le médecin prévariquerait si, dans le choix des remèdes, il préférerait l'incertain au certain, celui qui est d'une efficacité douteuse ou probable à un autre remède certainement efficace ou d'une efficacité plus probable » ⁽²⁾.

Enfin, Tertullien indique lui-même l'obligation d'immoler le fœtus quand l'accouchement naturel est impossible : « Lorsque l'accouchement naturel est impossible, l'enfant est immolé par une cruelle nécessité jusque dans le sein de sa mère ; assassin de sa mère, si lui-même n'est condamné à mourir » ⁽³⁾.

Puis il indique les instruments qui servent à cette opération, ainsi que celui qui sert à pratiquer l'avortement, expliquant que l'on a recours à ce dernier moyen par un motif d'humanité : bien que l'on sût que l'enfant était conçu, on le tuait dans le sein de sa mère pour éviter plus tard, s'agissant d'une couche impossible, la mort de ce fœtus complètement formé et que l'on serait obligé de déchirer vivant.

Chez les Hébreux, l'avortement, formellement condamné quand il était produit dans une intention criminelle, est permis quand il s'agit de sauver la mère : « L'infanticide devait subir la peine capitale la plus rigoureuse ; et l'avortement fut puni de mort, comme la suppression de part. La femme qu'on découvre avoir empêché sa grossesse, dit même Josèphe, est regardée comme coupable d'avoir donné la mort à un enfant, d'avoir diminué sa race. On permet cependant de tuer le fœtus, soit avec la main, soit avec des breuvages ou d'autres remèdes, si l'accouchement était laborieux, et qu'il y eût du danger pour la vie de la mère ; cruauté nécessaire, dit Tertullien, pour que l'en-

(1) SANCHEZ : *De Matrini*.

(2) CARD. GOUSSET : *Théol. mor.*, t. 1, p. 273.

(3) TERTULLIEN : *Apologétique*.

fant ne devienne pas matricide. Si, néanmoins, il montrait déjà sa tête, on ne pouvait lui donner la mort, même pour sauver la mère »⁽¹⁾. Selden professe la même opinion à l'égard des Hébreux⁽²⁾.

Un théologien du xvi^e siècle, qui s'est occupé longuement de ces questions, reconnaît très formellement à la mère le droit de préserver sa vie, même en sacrifiant celle du fœtus : « Quoique j'aie concédé qu'il soit licite de faire usage de médicaments salutaires en eux-mêmes, bien que dangereux pour le fœtus, cependant, dès lors qu'ils sont prescrits en même temps pour sauver la mère et pour nuire au fœtus et amener l'avortement, Corduba, etc., etc., n'admettent pas qu'une femme en couches puisse appliquer un tel médicament, fût-il nécessaire à protéger sa propre vie; mais ils n'indiquent pas sur quels arguments ils s'appuient, et, quant à moi, je ne puis être de leur avis. C'est pourquoi je crois la chose permise, parce que la mère a plus de droit de sauver sa propre vie que le fœtus n'en a lui-même. Corduba l'avoue. Pourquoi donc, lorsqu'un médicament peut avoir pour résultat de sauver la mère et de causer la mort du fœtus, préférerait-on le salut de celui-ci à la vie de la mère, jusqu'à refuser d'appliquer le remède en faveur de cette mère, même au détriment de son fruit ? Et cela est encore mieux confirmé si l'on remarque que le décès de la mère ne laisse au fœtus qu'une chance presque miraculeuse de salut. Ajoutons principalement l'intention qui doit être considérée comme constitutive de la perversité ou de la bonté de l'action, qui n'est pas de causer un avortement, mais de sauver la mère »⁽³⁾.

La mère a donc, pour Sanchez, le droit de prendre des médicaments qui la feront avorter, si ces médicaments sont nécessaires au salut de sa vie. Il distingue bien l'avortement donné dans un but criminel de celui donné dans le but de sauver la mère.

(1) De PASTORET : *Hist. de la Législation*, t. IV, page 184.

(2) JOANNIS SELDENI : *De jure naturali et gentium juxta disciplina Ebræorum*, lib. IV., cap. III, in fine.

(3) SANCHEZ : *Tr. de Matrimonio*, lib. IX, disp. xx, n° 18.

Saint Alph. de Liguori reconnaît le même droit, ainsi que bien d'autres théologiens.

Le 30 mars 1773, une célèbre consultation était délibérée par MM. les Docteurs en théologie de Sorbonne.

« On demandait à MM. les Docteurs en théologie de la Faculté de Paris, si, dans le cas où l'on ne pourrait délivrer une femme en couches par les voies ordinaires, il faut faire à l'enfant le sacrifice de la mère, en lui laissant courir le risque de l'*opération césarienne*, ou sacrifier l'enfant à la sûreté de la mère, *en le mutilant* et, par ce moyen, *lui donnant la mort*, avant d'en faire l'extraction, ou le traitant si mal qu'il n'y puisse survivre que peu de temps.

» Il ne faut pas que l'humanité de MM. les Docteurs s'alarme ; les cas où l'on sera réduit à cette fâcheuse alternative deviennent rares et se réduisent, si je ne me trompe, à trois :

» Le premier, où la femme aurait le bassin si petit qu'un enfant de grosseur moyenne n'y pourrait passer, et, dans ce cas, il faudrait nécessairement faire à la mère l'opération césarienne toutes les fois qu'elle deviendrait grosse, ou la laisser mourir et l'enfant, puisqu'on ne pourrait tirer ce dernier avec les instruments, même après l'avoir coupé par morceaux ; ou bien, lorsque l'orifice de la matrice serait tellement rétréci par un squirrhe, qu'il ne pût souffrir une dilatation assez considérable pour laisser passer l'enfant.

» Le second, lorsque la mère ayant le bassin bien proportionné et la matrice en bon état, l'enfant serait gros outre mesure ou naturellement ou contre nature ; par exemple lorsque l'enfant est attaqué d'hydropisie de la tête, de la poitrine ou du bas-ventre.

» Mais si l'enfant était gros contre nature, il serait difficile de lui faire quelque opération, de façon à être sûr qu'il vint en vie ; il n'y a que le cas de l'hydropisie extérieure de la tête où j'estime qu'on puisse pratiquer la ponction avec quelque sûreté.

» Cependant, comme il serait plus naturel de sauver la mère que l'enfant, si l'on ne perdait l'âme de ce dernier, en le privant du baptême, ne vaudrait-il pas mieux, s'il était possible de lui conférer ce sacrement avec sûreté, soit en tirant un pied ou

une main de l'enfant, pour pouvoir jeter l'eau dessus, soit en portant de l'eau sur son corps par la voie de l'injection, exposer l'enfant à une mort sûre, que la mère à un danger évident?

» Le troisième cas est lorsque, par la mauvaise situation de la matrice et de l'enfant, l'enfant, longtemps après l'écoulement des eaux, se trouve la tête tellement engagée qu'il est impossible de l'arracher sans lui ouvrir le crâne ou en venir à l'opération césarienne.

» On estime qu'il serait à propos qu'on représentât, dans la consultation, la nécessité où sont les femmes de se soumettre aux décisions qui y seront données, même du côté de la conscience. »

Réponse. — Le Conseil estime que, pour répondre au cas proposé avec plus de clarté, il est nécessaire d'expliquer les différents sens dans lesquels on peut l'entendre, qui sont les suivants :

Primo. — Peut-on se servir de l'opération césarienne pour sauver la mère et l'enfant, lorsqu'on a une espérance bien fondée de sauver l'un et l'autre par ce moyen?

Réponse. — Oui.

Secundo. — Peut-on s'en servir au préjudice de la mère, en prévoyant le salut de l'enfant et une mort certaine que doit causer à la mère la même opération?

Réponse. — Non.

Tertio. — Lorsque la perte de la mère et de l'enfant est assurée, par rapport aux circonstances dans lesquelles ils se trouvent, peut-on s'en servir, sans espérance bien fondée pour l'un et pour l'autre?

Réponse. — Oui.

Quarto. — Si l'on ne peut sauver que la mère ou l'enfant, en se servant de l'opération césarienne, sans espérance bien fondée pour l'autre, lequel des deux est-on obligé de préférer?

Ici, nous sommes au cœur de la question : le droit de choisir une victime est positivement mis en cause. Dans cette alternative, saint Thomas répond toujours : *Non debet homo occidere matrem ut baptizet puerum*. C'est l'enfant qu'il faut sacrifier :

Infans trucidatur, necessaria crudelitate, dit Tertullien. Et Sanchez : *Atque ideo credo licere, quia potius jus habet mater ad vitam propriam, quam fœtus ipse...* Adde : *Inter duobus malis quorum alterum necessario eligendum, est minus præferenda esse.* »

Les docteurs de Sorbonne, pour répondre à la question, distinguent ce qu'exige la justice et ce que demande la charité :

« Si l'on n'a égard qu'à la justice, l'on peut sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère. Nous avons tous le droit de conserver la vie que Dieu nous a donnée, et nous pouvons, pour nous mettre à l'abri du danger de la perdre, repousser celui qui voudrait nous la ravir. La foule des théologiens l'enseignent ainsi : *Cabassutius juris Canon*, liv. V, chap. XIX, art. 24. Ces principes supposés, comme l'enfant serait la cause de la mort de la mère, si on ne s'y opposait, il serait permis de se servir de tous moyens, même en exposant l'enfant à une mort certaine, et l'on ne peut opposer à cela que l'enfant est innocent et que l'on ne doit pas lui imputer le danger auquel sa mère est exposée; l'innocence de l'enfant ne prive pas la mère de son droit, par lequel elle peut demander qu'on se serve de tous les moyens convenables pour sa propre conservation ».

Cette réponse est formelle; la justice religieuse admet que la femme est dans le cas de légitime défense et qu'elle peut demander légitimement le sacrifice de l'enfant. En examinant ensuite la question au point de vue de la charité, les théologiens disent :

« La charité demande que l'on préfère la vie spirituelle d'un enfant qu'on suppose être dans un danger évident de ne pas recevoir le baptême à la vie temporelle de la mère; c'est la marque de charité la plus ardente que de donner son âme pour sauver les autres.

» Il n'en serait pas de même si l'enfant devait périr avec sa mère, en supposant, par exemple, qu'elle fût poursuivie par quelque bête féroce qui dût la dévorer; si elle ne s'enfuit pas, sa perte est assurée, et par conséquent celle de l'enfant; si, au contraire, elle s'enfuit, elle peut se sauver, mais la précipitation de sa fuite cause la mort de son enfant; dans ce cas, il est per-

mis à une mère de sauver sa vie, s'il est possible, en négligeant le salut de son enfant, et la charité ne lui défend pas de l'exposer dans le cas présent. Afin donc que la charité oblige la mère à s'exposer à la mort, il faut que l'espérance du salut de l'enfant soit bien fondée » (1).

Saint Alph. de Liguori, se fondant sur la doctrine de saint Thomas, déclare : « qu'on ne peut dire que la vie spirituelle de l'enfant devra être préférée à la vie temporelle de la mère ; car cela doit être entendu en ce sens, qu'on doit, à la vérité, souffrir la mort, mais non qu'on doive ou que l'on puisse se donner la mort ou tuer quelqu'un pour le salut spirituel du prochain ».

Il dénie ensuite aux médecins le droit de procéder à l'opération césarienne s'il y a pour la mère un danger *proche* ou *probable*. A la femme, il reconnaît le droit de *refuser* l'opération, si le danger de sa mort est probable à la suite de la section.

Le cardinal Gousset, archevêque de Reims, émet la même opinion : « Sans doute, si l'opération est jugée nécessaire, le confesseur fera son possible pour y faire consentir la femme, mais il ne l'y obligera pas sous peine de lui refuser l'absolution ». Le salut de la mère doit passer avant tout : *Non debet homo occidere matrem ut baptizet puerum ; si tamen mater mortua fuerit, vivente prole in utero, debet aperiri, ut puer baptizetur.*

Avant d'aborder la question de l'avortement provoqué chirurgicalement au point de vue légal, examinons l'avortement criminel ; nous verrons ensuite s'il est possible d'appliquer au premier les conclusions du second.

En langage usuel, avortement signifie : expulsion provoquée du produit de conception dans le but de faire disparaître les suites d'une grossesse. C'est le moyen employé par la femme pour cacher son inconduite et la favoriser. Il n'est malheureusement pas employé que par des femmes coupables ; dans bien des cas où la grossesse est légitime, des considérations d'un autre ordre viennent influencer sur la détermination d'interrompre cette grossesse afin d'éviter des charges à venir.

(1) Consult. rapp. par Génin. *Hist. de deux opérat. cesar.*

Quoi qu'il en soit, c'est un crime odieux dont la répétition peut entraîner les conséquences les plus graves au point de vue de la perpétuité de la race, en même temps qu'il favorise la débauche. Il ne faut donc pas s'étonner si, de tout temps, le législateur a édicté contre lui des peines sévères.

Nous avons vu précédemment que, chez les Hébreux, l'avortement était puni de mort. Dans l'ancienne Rome, la femme qui s'était fait avorter était condamnée à l'exil. Dans le cas où elle s'était procuré l'avortement dans un intérêt de cupidité, par exemple, en recevant de l'argent des héritiers du mari, pour détruire son fruit, la peine capitale remplaçait celle de l'exil. Les complices aussi étaient poursuivis; ceux d'une condition honnête qui tentent de procurer l'avortement sont relégués dans une île et leurs biens sont confisqués. Si la mère était morte par l'emploi des abortifs, ou s'il y avait avortement consommé, le dernier supplice leur était infligé.

Pourtant nous voyons la dépravation atteindre les dernières limites au temps des empereurs, et l'avortement était une pratique courante alors et qui semblait toute naturelle. Il faut lire les satiriques et les auteurs de cette époque pour se rendre un compte exact du degré qu'elle avait atteint.

Chez les Grecs, l'avortement n'était considéré comme un crime, qu'autant que le fœtus était animé : « S'il est nécessaire, dit Aristote, d'arrêter l'excès de la population, et que les institutions et les mœurs s'opposent à l'exposition des nouveau-nés, le magistrat fixera aux époux le nombre de leurs enfants. Si la mère vient à concevoir au delà du nombre prescrit, elle sera tenue de se faire avorter avant que l'embryon soit animé. Ce serait un crime d'attenter à son existence lorsqu'il a reçu le souffle de la vie » ⁽¹⁾.

Platon dit que, si le nombre des enfants est trop grand, il faut prendre des mesures relativement à cette augmentation; on peut alors interdire la génération quand elle est trop abondante ⁽²⁾.

(1) ARISTOTE : *Polit.*, t. II, p. 199.

(2) PLATON : liv. V des *Lois*.

Les lois de presque tous les peuples anciens punissaient de mort les femmes ou filles qui se sont fait avorter. Il en fut ainsi en France, et le même supplice fut prononcé contre les personnes qui se sont prêtées à procurer l'avortement.

Le droit canonique faisait une distinction suivant que l'avortement portait sur un fœtus animé ou non. Puni comme l'homicide dans le premier cas, il ne relevait que d'une réparation pécuniaire dans le second. Mais à quelle époque l'âme venait-elle habiter le fœtus ? Les auteurs n'étaient pas d'accord : au quarantième jour pour les uns, au soixantième et jusqu'à trois mois pour d'autres. Et puis comment déterminer exactement l'âge de la grossesse ?

Le Code de 1791 contient cette disposition : « Quiconque sera convaincu d'avoir par breuvage, par violence ou par tous autres moyens, procuré l'avortement d'une femme enceinte, sera puni de vingt ans de fer ».

Cette loi, fort incomplète, ne frappe que l'agent et non la femme, que celle-ci y ait consenti ou non.

Le Code pénal actuel est venu combler en partie cette lacune : « ART. 317. — Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violence, ou par tout autre moyen, aura procuré 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 procuré 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 autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la discussion de cet article. Il suffit de savoir qu'il ne vise que l'avortement consommé et non la tentative d'avortement. Cependant la tentative peut être poursuivie et voici d'après Briand et Chaudé ce qu'il résulte de la jurisprudence actuelle :

1° La femme n'est punie que si l'avortement a eu lieu.

2° Tout individu, autre que la femme et les gens de l'art, est puni d'une peine égale, la réclusion, qu'il y ait eu avortement ou seulement tentative.

3° Les gens de l'art seront punis des travaux forcés s'il y a eu avortement, de la réclusion s'il y a eu tentative.

Chauveau et Hélie font remarquer que l'intention criminelle qui doit être démontrée dans toute accusation, doit être encore plus minutieusement recherchée dans le cas d'avortement, surtout lorsque le complice est un médecin; en effet, l'avortement peut n'avoir été que le résultat de remèdes employés de très bonne foi et les circonstances ne manquent pas dans lesquelles les soins donnés à une malade aient pu le provoquer sans que le médecin ait été informé de l'état de grossesse, ou si, en ayant eu connaissance, il n'avait pas eu de pensée criminelle. Cette règle a été confirmée par un arrêt de la Cour de cassation ⁽¹⁾, dans un cas où la peine avait été appliquée sans que le jury eût été consulté sur la question d'intention. Cette sentence fut annulée parce que l'accusé était chirurgien; il ne pouvait être frappé sans qu'il fût reconnu coupable d'une complaisance criminelle envers la fille avortée; d'où il suit qu'il fallait poser la question de savoir si l'avortement avait été provoqué dans l'intention du crime.

La grossesse n'est pas toujours d'un diagnostic si facile dans les premiers mois, pour que le chirurgien, trompé par la femme, ne puisse être amené à faire sur l'utérus des manœuvres propres à provoquer l'avortement, croyant n'avoir affaire qu'à une affection de l'utérus ou des annexes. Peut-on dans ce cas accuser le médecin? Evidemment non. A peine peut-on lui faire le reproche de négligence,

Et non seulement le chirurgien, mais même la femme peut être de très bonne foi, et il n'est pas rare de voir des femmes enceintes pour la première fois ne pas se douter de leur état pendant les trois premiers mois et même plus, surtout si les

(1) 27 juin 1806.

règles étaient irrégulières et qu'elles continuent à avoir des pertes de sang.

Et puis, n'est-il pas des femmes excessivement sensibles, ou prédisposées par des lésions antérieures de la matrice, chez lesquelles l'emploi d'un remède nécessité par une maladie intercurrente, et ordinairement sans action sur le cours de la grossesse, l'interrompt contre toute attente?

Enfin, lorsque, dans un cas urgent, le médecin n'aura à son secours pour sauver la vie d'une femme qu'un moyen dont l'usage implique ordinairement l'avortement, devra-t-il hésiter à l'employer? Le bon sens et la logique suffisent pour lui indiquer sa conduite.

Et, si ce cas urgent est le résultat de l'état de grossesse lui-même et que le médecin soit convaincu que l'avortement est le seul moyen qui lui reste pour sauver la mère? Il se trouve dans un cas de nécessité et provoque l'*avortement chirurgical* ou *thérapeutique*. Peut-il tomber sous le coup de la loi?

Or, le principe de la législation répressive est qu'il ne peut y avoir ni crime ni délit sans intention coupable. 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 os différents Codes. Celui de 1791, loi des 16-29 septembre, article 21, titre V, porte : « Que le président posera les questions relatives à l'*intention* » ; l'article 2, titre VIII de la même loi, porte les mots : « sans *intention de nuire* ». Le Code du 3 brumaire, an IV, exigeait aussi cette intention coupable comme élément constitutif de criminalité, par son article 393 (le juré, qui a déclaré le fait constant et l'accusé convaincu, donne ensuite sa déclaration sur la moralité des faits, d'après les questions intentionnelles posées par le président). Le même Code, article 424, après avoir déclaré que l'accusé non convaincu doit être mis en liberté, dispose encore que l'acquittement

doit être prononcé si le fait a été commis sans *intention de nuire*.

» Le Code de 1810, qui régit aujourd'hui tout notre système pénal, a maintenu comme caractère essentiel, constitutif d'un crime ou d'un délit, l'intention coupable, par ces mots : *volontairement, frauduleusement*, dont le premier est surtout pour les crimes et les délits contre les personnes, dont le second s'applique particulièrement aux crimes et délits contre la propriété » ⁽¹⁾.

L'avortement chirurgical étant provoqué sans intention de nuire, mais au contraire dans le but de conserver à la vie une femme qui succomberait sans cela, ne peut donc tomber sous le coup de la loi. On pourrait même soutenir que le médecin qui n'emploierait pas ce moyen qui lui est offert de sauver une vie serait coupable d'homicide par imprudence. Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, la pureté de ses intentions lui tient lieu de sauvegarde. Jamais les tribunaux ne s'immiscent dans des discussions d'ordre scientifique, tant que les moyens employés ne sortent pas des règles que dictent le bon sens et la prudence. Ce n'est que lorsque les « faits reprochés au médecin sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, lorsqu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance de choses qu'on doit nécessairement savoir, que la responsabilité de droit commun est encourue, et que la compétence de la justice est ouverte » ⁽²⁾.

Pour que le médecin encoure une responsabilité légale, il faut qu'il commette une faute lourde, une erreur grossière; mais l'exercice de la médecine, au point de vue scientifique, n'engendrera jamais cette responsabilité, parce que les questions scientifiques peuvent donner lieu à des opinions opposées, également sérieuses, également fondées.

Pas plus que pour l'avortement thérapeutique, a-t-on jamais

(1) BRILLAUD-LAUJARDIÈRE : *Avort. pror.*, p. 288.

(2) Affaire Thouret-Noray. 1835 (Réquisitoire du Procureur général Dupin).

songé à poursuivre le chirurgien qui pratique la castration, en vertu de l'article 316? Pourtant des peines terribles punissent ce crime. Les blessures, les mutilations sont sévèrement punies; ici encore, toutes les fois que c'est le médecin qui agit, il ne saurait y avoir ni crime ni délit en raison du mobile qui le dirige.

Lorsqu'il y a lieu de pratiquer un avortement, si le médecin veut ne pas voir ses intentions soupçonnées, il doit réunir une consultation; ce sera une preuve irréfutable de leur pureté et un moyen de prévenir les erreurs.

Il en sera évidemment de même, lorsque le médecin, au cours du travail, aura à pratiquer l'embryotomie; le cas n'a même pas été étudié par le législateur, précisément parce qu'il s'agit d'une opération chirurgicale qui ne doit jamais, par son essence même, donner lieu à des poursuites. Il n'y a pas infanticide, puisque l'enfant n'est pas encore né; ce n'est pas un avortement, puisque l'avortement est l'expulsion du fœtus à une époque où il n'est pas viable. C'est à cette période intermédiaire que quelques auteurs ont voulu réserver le terme de « fœticide ».

En résumé, nous avons vu précédemment que les théologiens, contrairement à ce que l'on croit généralement, ne défendent pas le fœticide lorsque cette opération est pratiquée dans l'intention de sauver la mère : la justice religieuse commande de préférer la mère au fœtus.

Au point de vue légal, les Codes sont muets : Nous savons seulement qu'il ne saurait y avoir crime sans intention de nuire, et la pratique journalière du droit nous indique que le médecin n'est jamais attaqué quand il pratique des opérations mutilantes ou graves chirurgicalement, alors que des textes précis condamnent les mêmes actes commis dans une intention criminelle. Tous les ouvrages de droit ou de médecine légale que nous avons consultés, les juristes auxquels nous nous sommes adressé, nous ont répondu : jamais le médecin ne pourra être poursuivi dans l'application d'une théorie scientifique, tant qu'il ne s'éloignera pas des limites de la logique et du bon sens,

parre que ces théories échappent à la compétence des magistrats. Il ne pourra être attaqué que dans le cas de faute lourde, d'erreur grossière ou d'inobservance des règlements. Dans ce cas, il est responsable et passible des articles 1382 et 1383 du Code civil,

Art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.

Art. 1383. — Chacun est responsable des dommages qu'il a causés non seulement par son fait, mais encore par sa négligence et son imprudence.

Le foeticide thérapeutique n'étant pas une opération condamnable au point de vue religieux et légal, l'est-elle au point de vue moral et scientifique? Autrement dit, est-il des cas où le médecin est autorisé à faire et doit faire soit l'avortement, soit l'embryotomie?

Pour l'avortement, tous l'accordent.

Bégin lui-même, en 1852, admet qu'il est quelques cas, très rares, auxquels il semble applicable. Plus loin, il ne veut pas « empêcher, dans certaines circonstances que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art ». Nous avons vu que les réticences de Bégin résultaient de la crainte de l'abus criminel que l'on pourrait faire de l'avortement obstétrical.

Seules, les indications varient : Cazeaux, qui l'acceptait pour les viciations du bassin, les hémorrhagies intenses et les tumeurs inopérables, le refuse dans les vomissements incoercibles; tandis que P. Dubois le préconise particulièrement dans ce dernier cas et précise le moment favorable pour l'opérer.

M. le Professeur Pinard, qui le rejette absolument dans le cas de viciation du bassin, l'impose comme *devoir* « quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse ». Restent à préciser quels sont ces accidents sûrement mortels dont la cause est sûrement la grossesse! Chaque médecin peut établir sa ligne de conduite d'après ses connaissances et son expérience, mais il ne doit pas

s'avancer jusqu'à vouloir en faire une loi. Les lois sont faites pour les sciences exactes ; mais dans l'exercice de la médecine, la complexité des faits, leurs relations avec le monde extérieur, leur diversité empêchent de restreindre d'une façon trop absolue la part qui revient au médecin. Quoi qu'on en dise, la médecine sera toujours un art, mais servi par la science. Pour être bon clinicien, il ne suffit pas d'être savant ; il faut en plus savoir voir et juger. Or, chacun voit à sa façon. Chacun peut avoir d'excellentes raisons en appliquant tel ou tel traitement. Pourquoi vouloir rayer de la thérapeutique pelvienne un moyen qui a rendu tant de services en des mains très autorisées ? Ce qui était vrai, *en droit*, il y a cinquante ans, l'est encore aujourd'hui. M. le Professeur Pinard cite le cas d'une femme rachitique que l'on fit avorter au quatrième mois de sa grossesse dans son service, en 1895 : « La grossesse pourrait très bien aller à terme. *La patiente et la famille repoussant l'opération césarienne*, M. Varnier se résigne, le 11 septembre, à provoquer l'avortement »⁽¹⁾. Il est un fait acquis : c'est que l'avortement peut être un moyen thérapeutique puissant qui est accepté et a été employé par tous les accoucheurs ; seules les indications ont varié, mais ceci est la part qu'il faut laisser à la conscience de chacun.

Mais la femme est à terme : elle ne peut accoucher seule ; la question se pose d'une opération conservatrice ou de l'embryotomie. Quelles sont les raisons qui vont pouvoir peser sur l'esprit de l'accoucheur pour déterminer sa conduite ?

La religion ? Nous avons vu les textes religieux et les théologiens nous dire que l'on ne devait pas sacrifier la mère à l'enfant. S'appuyant sur les autorités sacrées les plus autorisées, les docteurs de Sorbonne répondent en 1773 : « L'on peut sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère ». Si donc l'on ne peut sauver les deux vies, c'est à la mère qu'il faut songer d'abord.

Le droit civil ? Nous avons vu que l'article 317 du Code pénal

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. I, p. 9.

ne ~~pouvait~~ s'appliquer à l'avortement chirurgical, car le principe qui domine ~~toute~~ la pénalité est l'intention criminelle, l'intention de nuire. Pour l'embryotomie, il n'en est même pas question, car c'est une opération *exclusivement chirurgicale*, qui de par ce fait échappe à la justice. En effet, ce n'est pas un *infanticide* :

Art. 300 C. P. — Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Or, on pratique l'embryotomie *parce que l'enfant ne peut pas naître*.

Ce n'est pas un *avortement* : l'avortement implique l'expulsion d'un enfant à une époque où il n'est pas viable.

C'est pour cette période intermédiaire que quelques auteurs ont voulu réserver l'expression de *foeticide*, qui impliquerait toujours l'idée d'un acte chirurgical, non justiciable des codes. Cette restriction de ce terme ne nous paraît pas en rapport avec sa définition ; le foeticide, c'est le meurtre du fœtus à une époque quelconque de la grossesse : à trois mois comme à neuf, c'est toujours un foeticide.

Les lois ne seront donc jamais pour le médecin un obstacle à l'exercice complet mais logique de son art.

Sera-ce le point de vue social ou moral ? Il est vrai que l'embryotomie est une chose cruelle entre toutes, et qui a ému à juste titre tous les accoucheurs ; aussi est-il à désirer qu'elle disparaisse le plus tôt possible et qu'elle ne soit employée qu'en cas d'absolue nécessité. Mais, s'il n'est pas d'autre alternative, ne vaut-il pas mieux sauver d'abord la mère et préférer cet être plein de vie que mille affections rattachent au monde, à cet incertain de venir qu'est le fœtus ? Certains auteurs, s'attachant au point de vue utilitaire, n'ont pas craint de dire qu'il fallait préférer l'enfant, qui pouvait être bien conformé, à une mère rachitique incapable de procréer. D'abord, cette proposition n'est pas juste dans tous les cas, car une femme rachitique pourra très bien une autre fois être accouchée prématurément d'un enfant vivant, ou même bénéficier d'une opération

qui ne l'exposera pas, si elle est placée dans de meilleures conditions.

Quand on se trouve en pareille conjoncture, il nous semble que l'accoucheur devrait se demander ce qu'il voudrait qu'on fit si les siens étaient en cause : « Celui qui prend la grave détermination de provoquer un avortement ou de broyer le fœtus pour sauver la mère, obéit à quelque chose d'impératif, à ce sentiment irrésistible qui le prend aux entrailles, en même temps que l'époux, les parents, les amis, tous ceux devant qui le problème est actuellement posé. Dans cette heure suprême, il se fait dans la conscience une lumière devant laquelle se dissipent, comme l'ombre d'un nuage, toutes les obscurités du casuisme. On se rend à cette voix qui vous crie de sacrifier l'enfant, et cette voix, nous le croyons sincèrement, est la conscience du genre humain »⁽¹⁾. Telle est l'opinion de Dechambre; c'est celle de bien d'autres encore, et M. Pinard lui-même écrivait, il y a vingt ans à peine : « ... tant qu'un sacrifice sera nécessaire, nous l'écrivons en face de notre femme et de notre fille, nous sacrifierons l'enfant »⁽²⁾.

Que restera-t-il donc au médecin pour guider sa conduite ? C'est là qu'interviennent des considérations d'un ordre plus complexe. Il y a cinquante ans, lors de la discussion de l'Académie de Médecine, faire l'opération césarienne était l'arrêt de mort de la femme. Aussi comprend-on les répugnances des chirurgiens à pratiquer semblable opération : ils faisaient l'avortement provoqué ou l'embryotomie si possible. Mais peu à peu, grâce à l'antisepsie, les résultats opératoires ont changé : on réussit de façon inespérée les opérations les plus graves. L'hystérotomie, en particulier, a pu être abordée plus couramment et donne, au moins dans les Cliniques spéciales, des résultats appréciables.

Mais une autre opération, revenue en France après un séjour à l'étranger, s'ajoute encore, avec ses indications spéciales, à

(1) DECHAMBRE : *Gaz. méd.*, 27 nov. 1852, page 473.

(2) PINARD : *L'opération césarienne suivie de l'opération de Porro*, p. 81.

la thérapeutique des viciations pelviennes, c'est la symphyséotomie, pratiquée pour la première fois par Sigault, en 1777, puis tombée dans l'oubli par suite de ses méfaits. Reprise en 1864, par Morisani, de Naples, bien réglementée, elle donne d'excellents résultats. M. le Professeur Pinard l'introduit en France et lui donne le pas sur l'opération césarienne.

Voyons les résultats fournis par ces diverses opérations. Pour juger d'une statistique, il faut, autant que possible, qu'elle se rapporte à des faits observés par le même auteur. Il faut, en plus, pour qu'elle ait une certaine valeur, qu'elle porte sur un nombre suffisant de faits. Charles prétend que Hubert, de Louvain, fabrique de toutes pièces un pourcentage de circonstance, quand il oppose au professeur Pinard une statistique des plus fantaisistes, dans le but de prôner l'accouchement prématuré. Voici le tableau de Pinard :

	Nombre de cas.	Mortalité maternelle p. 100.	Mortalité fœtale p. 100.
Césarienne.....	100	10	13
Symphyséotomie.....	100	12	13
Accouchement prématuré	100	1	33
Craniotomie.....	81	11	100

Voici celle de Charles :

Césarienne.....	11	9	0
Symphyséotomie.....	15	20	13
Accouchement provoqué..	100	0	36
Craniotomie.....	90	6,6	100

Hubert dit que, dans la césarienne, il doit mourir 22 femmes et 2 ou 3 enfants sur 100 cas; mais sur quoi se base-t-il pour indiquer ce chiffre? Il ne le dit pas.

Dans l'accouchement prématuré artificiel, il déclare une mortalité infantile de 15 p. 100, en se basant sur le fait que Tarnier aurait sauvé 85 enfants sur 100 cas. Or, ces 15 enfants sont des mort-nés; mais ceux qui ont succombé quelque temps après leur naissance doivent bien aussi entrer en ligne de

compte. C'est ainsi que fait Pinard qui, sur 100 cas, eut 17 enfants morts pendant le travail, et en perdit 16 autres avant leur sortie du service. De même, en entrant dans le détail des symphyséotomies, il montre que, sur 12 femmes mortes, il faut en retrancher 4 qui sont mortes d'une cause purement accidentelle, indépendante du mode d'intervention, et 3 mortes d'infection puerpérale à porte d'entrée utérine sans participation du foyer traumatique créé par la symphyséotomie; ce qui ramènerait à 5 p. 100 la mortalité maternelle du fait de la symphyséotomie. En faisant le même travail sur le pourcentage de la mortalité infantile, il arrive à une mortalité *expurgée* de 6 p. 100. Mais, en admettant que ces décès qu'il *excepte* ne sont pas du fait de l'intervention qu'il a pratiquée, il serait logique d'en faire autant pour la craniotomie qui aurait donné à la Clinique Baudelocque une mortalité maternelle de 11 p. 100.

En ne considérant que les chiffres bruts, on devrait déclarer que la symphyséotomie ne vient qu'en troisième ligne, après la césarienne et l'accouchement prématuré artificiel. Raisonner ainsi serait faux, car bien d'autres considérations entrent en jeu : l'état particulier des femmes avant l'intervention, les conditions spéciales qui ont environné l'opération, etc., etc.

Le nombre restreint des cas est aussi une grande cause d'erreur. Il y a des séries opératoires malheureuses comme il en est d'heureuses, et il faut un grand nombre de faits pour pouvoir en conclure des résultats. A la Clinique d'accouchements de Bordeaux, 20 symphyséotomies ont été pratiquées depuis 1894, toutes avec succès. On serait donc en droit d'en conclure que la mortalité est nulle, si l'on ne s'en tenait qu'à ces résultats bruts.

Peut-être aussi serait-il bon de faire entrer en ligne de compte la morbidité et les résultats éloignés de l'opération. On a accusé la symphyséotomie, entre autres, d'avoir rendu incapables de tout travail, du fait du relâchement des symphyses pelviennes ou de leur inflammation, des femmes bien portantes auparavant. Cela n'est-il pas une considération importante et dont on doit tenir compte?

En somme, tout cela est trop discutable pour ne pas être laissé à la conscience d'un chacun.

Toutefois, des faits dont nous venons de lire les résultats, nous pourrions conclure qu'il y aura lieu de tenter une opération conservatrice quand une viciation pelvienne empêchera la femme d'accoucher à terme : en effet, la répugnance que l'on éprouve à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant vaut bien que l'on risque quelque chose quand les statistiques nous apprennent que l'on a à peu près et en moyenne une chance sur dix de sauver la mère et l'enfant. Aussi est-ce en obéissant à un sentiment éminemment respectable que M. le Professeur Pinard a pu écrire sur les murs de sa Clinique :

« L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu. »

Mais cette règle écrite sur les murs d'une clinique spéciale, tirée des faits observés dans cette clinique, ou même dans d'autres du même genre, est-elle applicable à tous les cas ?

Est-elle applicable à la pratique privée ?

Tous les accoucheurs ne le pensent pas. Il faut un peu plus d'éclectisme. M. Pinard préfère la symphyséotomie ; tel autre préférera l'opération césarienne. C'est que chacun emploie et a le devoir d'employer les moyens qui sont le plus à sa portée, ceux dont il a la plus grande habitude et qui lui donnent le plus de sécurité.

Mais, que l'on suppose un médecin, à la campagne, en face d'un cas semblable : il n'a aucune habitude de la symphyséotomie ni de l'hystérotomie, opérations qui exigent une étude spéciale si on veut leur faire donner de bons résultats. C'est peut-être la seule fois qu'il aura à la pratiquer dans sa vie. Le cas est urgent. Veut-on lui imposer une opération qui, entre ses mains, il en a la conviction, fera courir les plus grands risques à la mère ?

Toutes les fois que l'on se trouvera dans des conditions à peu près identiques à celles où ont opéré les auteurs des statistiques, il est incontestable que l'on devra se préoccuper de sauver la mère et l'enfant. Mais il est des cas où l'existence de l'enfant est si compromise, les chances de réussite si faibles que

d'éminents accoucheurs sont d'avis qu'il serait imprudent et téméraire de tenter une opération qui n'aurait pour résultat que de compromettre une vie certaine pour une vie improbable.

Telle est l'opinion de notre maître, M. le Professeur **Lefour**. Telle est la conduite que nous avons toujours vu suivre dans son service à la Clinique d'accouchements de Bordeaux.

Telle est aussi l'opinion de **Léopold**, qui n'hésite pas à sacrifier l'enfant lorsque sa survie devient improbable, ou lorsque les conditions de l'opération, trop défectueuses, menaceraient gravement la vie de la mère.

Il estime « que la perforation de l'enfant vivant doit être le plus possible évitée et remplacée par une opération susceptible de sauver la vie fœtale, mais que néanmoins, dans certains cas difficiles, particulièrement de la pratique privée, il faut résolument lui donner la préférence sur la césarienne et sur la symphyséotomie »⁽¹⁾.

Or, pour quels motifs M. Pinard repousse-t-il l'embryotomie? « Pour moi, dit-il, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes. C'est-à-dire qu'il doit toujours et partout éviter la maladie et s'efforcer de conserver et de prolonger la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

» Pour cela, chez toute femme enceinte, l'accoucheur doit avoir pour but de mener la grossesse à terme et de procéder à l'accouchement avec le minimum de traumatisme pour la mère et pour l'enfant...

» Dès qu'un enfant est conçu, nul n'a le droit de s'opposer à son développement : l'accoucheur, toujours et partout a le devoir de le protéger ainsi que sa mère...

» Avant l'antisepsie, à l'époque où l'opération césarienne et la symphyséotomie tuaient à peu près toujours la mère, on comprend que l'accouchement prématuré ait pu être adopté : on préférerait une malade à une morte. Aujourd'hui, heureusement, cette impuissance a disparu⁽²⁾.

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. II, p. 409.

(2) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1899, t. II, p. 98.

Mais si les circonstances dans lesquelles vous reconnaissez que l'interruption de la grossesse était légitime se reproduisaient, pourquoi la refuser aujourd'hui ? Si le médecin, isolé, privé de toute aide, et comme nous le supposons il y a un instant, ignorant de la pratique de cette opération, est appelé auprès d'une femme épuisée par un long travail, s'il se trouve dans des conditions hygiéniques trop défectueuses, devra-t-il tenter d'urgence une intervention aussi grave que l'hystérotomie ou le symphyséotomie qui ont toujours fait mourir la femme dans de semblables conditions ?

L'exercice bien entendu de son devoir de médecin ne lui ordonne-t-il pas de conserver la vie chez cette femme qui s'est confiée à lui ?

L'accoucheur a le devoir de protéger l'enfant, mais *pas plus* que la mère. Sans aller jusqu'à estimer la valeur relative de la mère et de l'enfant, il est difficile d'admettre que celle-ci n'ait pas des droits à la vie un peu supérieurs à ceux de cet enfant qui n'existerait pas sans elle. Et ce cri de : « Sauvez la mère ! » que nous avons entendu partout est un cri de la conscience qui vient aider le médecin à retrouver le droit chemin.

Et si la femme refuse l'opération grave que vous allez tenter sur elle ? Il n'est pas de loi civile ni religieuse qui oblige une femme, même enceinte, à se laisser ouvrir le ventre ou couper la symphyse ! Dans sa Clinique, M. Pinard se contente d'endormir sa malade sur ces paroles : « Madame, vous ne pouvez accoucher seule ; il faut vous aider, et c'est ce que je vais faire » (1).

C'est une façon d'agir très contestable. Le médecin n'a pas le droit de faire d'opérations graves ou mutilantes sans le consentement de l'intéressée. C'est une règle générale pour toute opération chirurgicale. Pourquoi n'en serait-il pas de même en obstétrique ?

E. Hubert, professeur à l'Université catholique de Louvain et adversaire de l'embryotomie, l'accorde lui-même :

(1) *An. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1900.

« Au point de vue de la *morale*, du *droit naturel* et même de la *religion catholique*, la femme peut se refuser de se soumettre à une opération aussi grave que l'opération césarienne et si, pour l'éviter, elle a le droit de laisser mourir l'enfant dans son sein, elle doit à plus forte raison avoir celui de le faire naître à une époque où il lui reste quelques chances de vie; si elle a ce droit, le médecin a sûrement aussi le droit de se faire l'exécuteur de sa volonté » (1).

La femme a donc de tous points le droit de s'opposer à une opération et le médecin doit s'incliner devant cette volonté. La majorité des accoucheurs l'accorde. Et c'est en particulier l'enseignement que nous avons entendu professer à la Clinique de Bordeaux par M. le Professeur **Lefour**.

On objecte qu'une femme enceinte atteinte de dystocie pelvienne ne se trouve pas dans le cas d'une autre malade, parce qu'une autre vie que la sienne est en jeu.

Mais cette autre vie n'est quelque chose qu'à la condition que vous pratiquiez sur la mère une opération sanglante, effraction à main armée, dont elle peut mourir et à laquelle elle a le droit de s'opposer,

Si elle vous répète en termes clairs et précis, et dans toute la plénitude de ses facultés, qu'elle se refuse à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne, oseriez-vous passer outre? Si oui, il est fort à craindre de voir intervenir la loi. Si non, assisterez-vous, impassible, à la mort de deux êtres dont vous pouvez au moins sauver l'un? Ce n'est que pour mémoire que nous citerons l'idée de demander conseil à l'Administration des hospices. Il est clair que le médecin doit user de toute son influence pour faire accepter une intervention qu'il juge utile et nécessaire. Mais s'il échoue, fera-t-il comme M. **Debreyne**, auteur d'un *Essai sur la Théologie morale*, le recommande au prêtre?

« Si, enfin, la femme se refuse absolument de se soumettre à l'opération, et que, pour sauver sa propre vie, elle veuille que

(1) E. HUBERT. *Cours d'accouchements*, t. II. p. 121.

l'on sacrifie son enfant, ou qu'elle y consente sur la proposition des hommes de l'art, dans cette triste et déplorable conjoncture, le curé ou le confesseur, transporté d'un mouvement de zèle et de charité pour le salut de deux âmes qui périclitent sur le bord de l'éternel abîme, lui représentera les grandes et terribles conséquences d'une résolution réprouvée autant par le sentiment maternel que par le principe religieux et moral. Si le ministre de la charité n'obtient rien par ses exhortations et ses supplications réitérées, il doit se retirer en gémissant et en priant Dieu de changer et d'amollir le cœur de la malheureuse femme »⁽¹⁾.

Cette conduite, indigne chez un prêtre et repoussée, d'ailleurs, par les autorités sacerdotales, serait un *crime* chez le médecin. Devra-t-il suivre, alors, le conseil d'E. HUBERT (de Louvain) ? « Au-dessous de 7 centimètres, l'opération césarienne est seule capable de sauver l'enfant. Si la mère refuse de se soumettre à cette grave opération, nous envisagerons qu'il faut attendre la mort de l'enfant avant de le mettre en pièces. Des bains de siège, des injections émollientes et au besoin quelques sangsues, tels sont les moyens à employer pour conjurer les dangers qui vont résulter de l'expectation. On aura soin d'ausculter souvent et l'on se hâtera d'opérer dès que les battements du cœur de l'enfant auront cessé »⁽²⁾. Ajoutons que, pour Hubert, point n'est besoin d'une certitude absolue de la mort du fœtus pour avoir recours à l'embryotomie : une *certitude morale* suffit, laquelle existe lorsqu'on n'entend plus les bruits du cœur⁽³⁾.

Nous croyons inutile d'insister sur une théorie qui consiste à *laisser mourir* l'enfant, et probablement la mère, pour ne pas intervenir ; car l'enfant peut vivre ainsi longtemps ; la mère souffre, s'épuise ; et quand enfin l'heure d'intervenir est arrivée, la femme est tellement épuisée et affaiblie que cette intervention, qui l'eût sauvée quelques heures plus tôt, ne fait que précipiter une issue fatale.

(1) *Essai sur la Théologie morale*, p. 230.

(2) E. HUBERT, *Cours d'accouchements*, t. II, p. 265.

(3) E. HUBERT, *Cours d'accouchements*, t. II, p. 159.

Non seulement le médecin ne doit pas abandonner la mère dans un pareil cas, mais il n'a pas le droit de passer outre à son refus de se laisser opérer. Cette loi est aussi formelle pour les opérations obstétricales que pour les opérations chirurgicales.

Cette question, discutée le 11 décembre 1899 à la Société de Médecine légale de Paris, a fait l'objet d'un rapport de M. Leredu dont voici les conclusions :

« Lorsque vous êtes en présence d'un individu pouvant manifester sa volonté, celui-ci a le droit de se refuser à l'opération qui lui est proposée. *Et ce droit reste entier et sans appel dans tous les cas.* »

Charles ⁽¹⁾ accepte ce principe, mais avec une réserve en cas d'urgence, en disant :

« Tout principe poussé à l'excès devient absurde et ridicule, comme le droit et la loi, et il est toujours vrai de répéter :

» **Summum jus, summa injuria.** »

(1) In *Journal d'accouchements*, n° 53, 31 décembre 1899.

CONCLUSIONS

1° Le *fœticide* est un acte par lequel on provoque la mort du fœtus à une époque quelconque de la gestation.

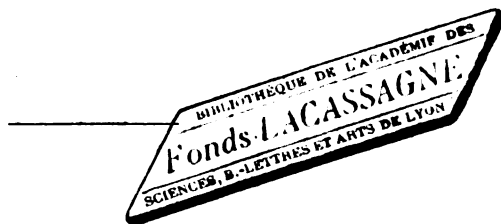
2° Aucune loi civile ni religieuse ne défend le fœticide *thérapeutique*, c'est-à-dire pratiqué dans le but de sauver la mère; ces lois sembleraient plutôt le prescrire.

3° On ne doit y recourir qu'au cas de nécessité absolue, alors que le médecin est convaincu que l'intérêt de la mère en dépend.

4° Il est à désirer que cette opération disparaisse au plus tôt de la pratique obstétricale. Mais il serait imprudent de l'interdire, même au cas de viciations pelviennes, dans certaines circonstances dont l'accoucheur est seul juge.

5° L'accoucheur devra, autant que possible, réunir une consultation avant de prendre une telle décision.

6° Il ne devra, en aucun cas, passer outre au refus de la femme de laisser pratiquer sur elle une opération chirurgicale.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Annales de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie.* (Années 1880, 1899, 1900.)
- AUBRY et RAU. — *Droit civil français*, t. I.
- BACHIMONT. — *De l'interruption de la grossesse avant la vitalité du fœtus.* (Th. de Paris, 1898.)
- BELLOY. — *Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie.* (Th. de Paris, 1899.)
- BRIAND et CHAUDÉ. — *Médecine légale.*
- BRILLAUD-LAUJARDIÈRE. — *De l'avortement provoqué.*
Bulletins de l'Académie de Médecine, t. XVII, 1851-52.
- CHAUVEAU et HÉLIE. — *Théorie du Code pénal.*
- Mc. COLL (H). — *Is craniotomy justifiable upon the living child?* (*J. Gynec.*, Toledo, 1891, i., 212-215.)
- DEVILLE. — *Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non.* (Th. de Paris, 1890.)
- DIONIS. — *Tr. général des accouchements.*
France médicale, 10 juin 1900.
Gazette médicale de Strasbourg, 20 juin 1852.
- GUILLEMEAU. — *De l'heureux accouchement des femmes.*
- E. HUBERT. — *Cours d'accouchements.*
- JOURDAN. — *Essai sur l'avortement et l'accouchement prématuré à répétition à la Clinique obstétricale de Montpellier.* (Th. de Montpellier, 1899).

- LEBEDEFF (A.-I.). — *Kesarskoye siechenie ili Kraniotomiya na zhivom plodir. Cæsarean section or craniotomy on living fœtus.* (Trudi Obst. Russk. vrach. v. S.-Peterb., 1886-87, 1889, liv. 54-61.)
- MEADOWS (A.). — *Ought craniotomy to be abolished?* (Brit. Gynæc., J., Lond., 1886-87, ii, 308-321.)
- MONTGOMERY (E.-E.). — *Is craniotomy justifiable?* (Proc. Phila. Co. M. Soc., 1882-83, Phila., 1883, v. 79-86.)
- MORICEAU.
- NŒGELÉ. — *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu*, 1826.
- NŒGELÉ. — *Manuel d'accouchements.*
L'Obstétrique, 15 mars 1900.
- PAJOT. — *Travaux d'Obstétrique.*
- A. PARÉ. — *Tr. de la génération.*
- DE PASTORET. — *Hist. de la législation*, t. IV.
- PH. PEU. — *La pratique des accouchements.*
- RIQUOIR. — *Étude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins viciés.* (Th. de Paris, 1898).
- ROWLAND (G.). — *Is craniotomy legally or morally justifiable?* (Tr. Indiana M. Soc. Indianap., 1888, XXXIX, 13-22.)
- SANCHEZ. — *Tr. de Matrimonio.*
- J. DE SIEBOLD. — *Essai d'une histoire de l'Obstétricie* (1838), traduit par HERGOTT (1891).
- TERTULLIEN. — *Apologétique.*
- VIBERT. — *Médecine légale.*

