136287

11e ANNÉE N° 21 1er Novembre 1904

LA CHRONIQUE MÉDICALE

REVUE BI-MENSUELLE DE MÉDECINE

HISTORIQUE, LITTÉRAIRE ET ANECDOTIQUE

Sociologie Médicale

La prophylaxie antiooneeptionnelle est-elle légitime ?

par M. le Dr Klotz-Forest.

La morale professionnelle, qui règle la ligne de conduite du corps médical, varie, se transforme, évolue sous la poussée des événements et des conceptions nouvelles du devoir. On ne saurait nier que le médecin subit l'influence des idées, des préjugés, des passions politiques ou religieuses du milieu dans lequel il vit. Il n'est pas moins vrai, d'autre part, que le médecin peut exercer sur ce même milieu une influence considérable. C'est à lui qu'appartient le rôle prépondérant dans la solution de toutes les questions importantes d'hygiène ; c'est lui qui parle avec le plus d'autorité, dès qu'il s'agit de lutter contre ces plaies sociales que sont la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, la prostitution, etc., etc. C'est lui qui peut, en s'inspirant des données les plus récentes de la science, indiquer les remèdes les plus rationnels, pour améliorer et préserver la santé physique et morale de la race.

II

Sous le titre de : *Prophylaxie anticonceptionnelle*, nous nous proposons d'étudier une question de morale sexuelle très importante, puisqu'il s'agit de la santé et du bonheur de milliers de femmes. Nous entendons, en effet, justifier toutes les mesures préventives employées pour éviter la grossesse, chaque fois que cette grossesse mettra la vie ou la santé de la femme en péril ; chaque fois que, par suite d'une tare héréditaire des parents, le produit de la conception sera presque fatalement frappé de dégénérescence, ou que la misère, la « pire des maladies », vouerait des êtres innocents à une existence lamentable, précaire et douloureuse,

Ce n'est pas la première fois qu'une question de morale sexuelle est soumise au jugement des lecteurs de « la Chronique médicale ». Personne n'a oublié l'utile et instructive enquête provoquée par le Dr Cabanès, à l'occasion de la publication du livre d'André Couvreur intitulé : *La Graine* (1).

(1) *Cf. La Chronique médicale*, 15 juillet 1903.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

Guerre à la *mauvaise graine* ! répéterons-nous avec l'immense majorité des correspondants de la « Chronique », mais en ajoutant comme moyen, à l'éducation mieux comprise, la prophylaxie anticonceptionnelle.

Empêcher la « germination » de la « mauvaise graine », c'est encore le plus sûr moyen d'enrayer son « développement » néfaste.

Il est des cas, d'autre part, où cette graine, même « bonne », devient, pour certaines femmes, une source de dangers, capables de compromettre leur vie ou d'empoisonner leur existence.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de la grossesse déconseillent celle-ci dans un certain nombre de cas : pas de grossesse dans les maladies de cœur ; pas de grossesse dans la tuberculose ; pas de grossesse dans la néphrite; pas de grossesse pendant une longue période de la syphilis, etc.

Le rôle du médecin dans ces cas doit-il être purement négatif ? Doit-il, en se drapant dans sa dignité, indiquer le danger sans donner le moyen de l'éviter ? A-t-il le droit d interdire le mariage uniquement pour éviter la grossesse ? A-t-il le droit de prescrire l'abstinence absolue ? Est-il consciencieux de conseiller à une femme mariée tout simplement l'abstinence, sans s'inquiéter si ce conseil peut être suivi ? Le médecin doit-il, au contraire, admettre et indiquer le moyen de pratiquer l'amour stérile ?

Avant de répondre à ces questions, nous exposerons rapidement l'histoire des luttes soutenues par des praticiens courageux, animés d'un ardent amour de l'humanité, à l'effet d'obtenir toute liberté d'action, dans les questions où l'intervention médicale, pour abréger ou interrompre la grossesse, se posait.

C'est cet historique de l'intervention médicale, pour abréger la durée de la grossesse d'abord (*accouchement prématuré*), pour supprimer le produit de la conception dans le but de sauver la vie de la mère, ensuite (*avortement thérapeutique*), qui nous permettra d'exposer plus facilement la question de la prophylaxie anticonceptionnelle.

III

Ce serait, d'après le professeur Pinard (1), Louise Bourgeois, née en 1563, accoucheuse de la reine Marie de Médicis, qui aurait eu « le grand mérite d'avoir préconisé et pratiqué la première l'interruption de la grossesse et l'accouchement provoqué, *dans le but de sauver la mère* ». Pendant le XVII^e^ siècle et une grande partie du XVIII^e^, la doctrine de Louise Bourgeois, l'interruption de la grossesse, est adoptée et mise en pratique par la pluralité des accoucheurs, mais dans un seul cas seulement : quand une hémorragie menace les jours de la femme enceinte.

En 1769, Cooper (2), à la suite de la relation d'un cas malheureux d'opération césarienne, songe à étendre les indications de l'accouchement prématuré aux cas de rétrécissement du bassin.

Au dire de Deumann, cité par Edgard de Vesine Larue (3), les mé-

(1) Pinard, *Rapport présenté au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Rome* (septembre 1902), in *Annales de Gynécologie*, septembre 1902, p. 163.

(2) Cooper, *De Abortionibus*, 1769, et *Medic. observ. and inquiries*, t. IV, p. 275.

(3) Edg. de Vesine Larue, *Essai sur l'Avortement*, 1866, p. 66.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

decins les plus célèbres de Londres se seraient déjà réunis, en 1756, pour juger cette méthode; et Macaulay, Kelly, Deumann, John et James Barlow l'auraient employée avec succès vers cette époque, en Angleterre.

Conseillé par Fr. Ant. May et Weidmann, en Allemagne, ce procédé fut appliqué pour la première fois, dans ce pays, par Ch. Wenzel et, en Hollande, par Salomon, de Leyde.

En Italie, les professeurs Lavadi et Fr. Ferrario l'ont souvent répété à la clinique de Pavie.

En France, Roussel de Vauzelme (1) paraît être le premier auteur qui ait fait mention de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin.

Sue (2) le jeune, dans ses *Essais historiques, littéraires et critiques sur l'Art des accouchements*, nous apprend que Petit aurait « conseillé et fait pratiquer l'accouchement prématuré dans le cas de *difformité aux os du bassin* ». Il ajoute qu'il aurait même proposé à ce sujet « des « moyens, dans le détail desquels ce n'est pas ici le lieu d'entrer, avec « d'autant plus de raison qu'il faudrait d'abord que les casuistes et « les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une « fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe, etc. ».

Dès lors, les préoccupations religieuses et sociales viendront obscurcir et embrouiller une question purement médicale : ce seront des casuistes et des théologiens qui discuteront la question de savoir si le médecin a le droit de sauver la vie de la femme qui l'a appelé à son secours.

Pour comprendre le rôle important de la morale religieuse et pour expliquer son intervention constante dans une question médicale, il faut se rappeler que, pour la religion chrétienne, le fœtus a une âme ; ce n'est pas seulement une partie de la mère, comme le comprenait le droit romain : « *Infans pars viscerum matris* », mais c'est un être vivant, dont il faut assurer l'existence future, » sauver l'âme » par le baptême. On comprend, dès lors, également, qu'au point de vue religieux, l'avortement provoqué soit beaucoup plus grave que l'accouchement prématuré, qui permet au moins de respecter, par le baptême, les intérêts spirituels du fœtus.

Baudelocque proscrit l'accouchement prématuré, sous prétexte qu'il est contraire au droit, à la morale, d'interrompre, sous quelque prétexte que ce soit, le cours de la grossesse.

Capuron le qualifie d'attentat envers les lois divines et humaines.

Orfila ne s'y montre pas moins hostile.

Faisant tête à cette universelle réprobation, quelques médecins courageux préconisent non seulement l'accouchement prématuré, mais encore l'avortement provoqué. C'est ainsi que le professeur Fodéré, de Strasbourg, dans son *Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique* (1813), se déclare partisan de l'interruption de la grossesse, chaque fois que « le salut de la mère exige impérieusement d'être délivrée, et que nul autre remède ne peut suppléer à ce moyen ».

En 1815, Duclos, de Toulouse, pratiquait un accouchement artificiel, chez une femme atteinte d'hydropisie de l'amnios.

Mais l'immense majorité du Corps médical resta hostile à cette mesure de salut.

---

(1) Roussel de Vauzelme, *De sect. Symphys. oss. pub* ; Thèse de Paris, 1778.

(2) Sue le jeune, *Essais hist., litt. et crit. sur l'Art des accouchements*, 1779, t. I, p. 604.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

L'Académie de Médecine eut à formuler son avis, sur un mémoire déposé par Costa, dans la séance du 2 janvier 1827. Costa demandait à l'Académie si, dans le cas où la vie de la mère est sérieusement menacée, il ne serait pas du devoir du médecin de provoquer l avortement. Dans la séance du 6 février 1827, sur un rapport de M. de Kergaradec. l'Académie de Médecine repoussa énergiquement cette façon de faire, en déclarant qu'elle trouvait « quelque *inconvenance* à « la demande que M. Costa fait à la section ».

Malgré cette condamnation formelle, catégorique, de l'Académie de Médecine, un certain nombre de praticiens, encouragés par les faits recueillis et les observations publiées à l'étranger, suivirent l'exemple donné en France par Desormeaux, Dezeimeris, Stoltz, Dubois et Velpeau, et bientôt l'accouchement prématuré fut universellement adopté dans notre pays.

C'est alors que la question, autrement grave, de l'avortement provoqué, se posa. Admettre l'accouchement prématuré, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse, à une époque où l'enfant pouvait vivre hors du sein de la mère, c'était, à la rigueur encore admissible, pour les médecins imprégnés de morale religieuse ; mais permettre l'avortement provoqué dès les premiers mois de la grossesse et priver ainsi le produit de la conception de la possibilité même de tout baptême, c'était imposer à leur conscience une charge trop lourde.

Encore là l'esprit scientifique triompha : Cazaux, en 1846 ; Dubois, en 1847, Lenoir, en 1850, et Danyau, à diverses époques, pratiquèrent l'avortement provoqué, dans le but de sauver la vie de la mère.

Le 10 février 1852, l'Académie de Médecine fut saisie de cette question, par un rapport de Cazaux (1), et cette assemblée, qui, 25 ans auparavant, avait repoussé avec dédain la discussion même de la question, accepta, presque à l'unanimité, le principe de cette intervention thérapeutique.

On pouvait croire que l'approbation de l'Académie de Médecine, la consécration officielle d'une assemblée suffisamment conservatrice, aurait dissipé tout scrupule chez le praticien le plus consciencieux. Erreur ! Un certain nombre de médecins catholiques firent poser la question au Saint-Siège. La réponse de Rome fut d'abord évasive (1872). Sur une nouvelle question posée par l'archevêque de Lyon, le Saint-Siège répondit, le 28 mai 1884, qu il n'était pas admissible de tolérer dans les écoles catholiques l'enseignement de la crâniotomie (*tuto doceri non posse*).

L'archevêque de Cambrai provoqua, le 19 août 1889, une nouvelle consultation, et la cour de Rome étendit son interdiction d'agir « sur « toute opération chirurgicale qui tendait directement à la suppression « de la vie du fœtus ou de la mère » (*quamcumque chirurgicam operationem directe occisivam fœtus vel matris gestantis*).

Non satisfait, l'archevêque de Cambrai posa la question de l'autorisation de l'avortement artificiel, sous la forme suivante, admirablement précise : « Le médecin Titius est appelé auprès d'une femme « très malade. La seule cause de cette maladie est le fœtus, et la femme « est en danger de mort. De plus, le seul moyen de la sauver consiste « à pratiquer l'avortement artificiel. Est-il permis de le prati- « quer ? »

(1) *Gazette médicale*, 14 février 1852, p. 110.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

La Congrégation répondit, le 24 juillet 1895, négativement, et cette condamnation fut approuvée par le pape (1).

IV

En avril 1902, M. Treub, d'Amsterdam, faisait, à la Société obstétricale de France, une communication sur l'*avortement thérapeutique et la morale*. Cette communication, dit M. Pinard (2), « fut suivie d'une « longue discussion, à laquelle prirent part les professeurs Fochier (de « Lyon), Hergott (de Nancy), Budin (de Paris), Porak, accoucheur « de la Maternité, et Bar, accoucheur des hôpitaux de Paris.

---

(1) Voici la question et la réponse *in extenso* :

Beatissime Pater,

Stephanus-Maria-Alphonsus Sonnois, archiepiscopus Cameracensis, ad pedes Sanctitatis Tuæ devotissime provolutus, quæ sequuntur humiliter exponit :

Titius medicus, cum ad prægnantem graviter decumbentem vocabatur, passim animadvertebat, lethalis morbi causam non subesse præter ipsam prægnationem hoc est, morbi causam præsentiam.

Una igitur, ut matrem a certa atque imminenti morti salvaret, præsto ipsi erat via procurandi scilicet abortum seu fœtus ejectionem.

Viam hanc consueto ipse inibat, adhibitis tamen mediis et operationibus, per se atque immediate non quidem ad id tendentibus, ut in materno sinu fœtum occiderent, sed solummodo ut vivus, si fieri posset, ad lucem ederetur, quamvis proxime moriturus utpote qui immaturus omnino adhuc esset.

Jam vero lectis, quæ die 19 augusti 1889 Sancta Sedes ad Cameracensem archiepiscopum rescripsit : tuto doceri non posse et licitam esse quamcumque operationem directe occisivam fœtus, etiamsi hoc necessarium foret ad matrem salvandam, dubius hæret Titius circa licitatem operationum chirurgicarum, quibus non raro ipse abortum hujusque procurabat, ut prægnantes graviter ægrotantes salvaret.

Quare ut conscientiæ suæ consulat, supplex Titius petit, utrum enuntiatas operationes in repetitis dictis circumstantiis instaurare tuto possit.

Feria IV, die 24 julii 1895.

In Congregatione generali S. R. et Univ. Inquisitionis, proposita suprascripta instantia, Em. ac Rever. Domini Cardinales in rebus fidei et morum Inquisitores generales præhabito Rev. D. Consultorum voto, respondendum decreverunt :

Negative, juxta alia Decreta, diei scilicet 28 maii 1884 et 19 Augusti 1889

Sequenti vero feria V. die 25 julii, in audientia R. G. P. Adsessori impertita, SSmus D. N. relatam Sibi Em Patrum resolutionem adprobavit.

L. † S.

I. Mancini, can. Magnoni.
S. R. et Univ. Inquisitionis Not.

(2) Pinard, *Ann. de Gyn.*, vol. LVIII, 1902, p. 176.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

« Dans cette discussion, au cours de laquelle fut confondu quelque « peu le sacrifice du fœtus avec l'avortement thérapeutique, on voit « l'Eglise et les curés jouer encore un grand rôle et avoir une influence « au moins aussi grande qu'à l'époque de Sue le Jeune. »

Au Congrès international de gynécologie de Rome (du 15 au 21 septembre 1902), la question de l'interruption de la grossesse fut discutée, et c'est à peine si, parmi les adversaires de cette méthode thérapeutique, il s'en trouva un seul qui, après la lecture des rapports de MM. Pinard (Paris), Hofmeier (Wurtsbourg), Kein (Saint-Pétersbourg), Schauta (Vienne) et Simpson (Edimbourg), osa élever la voix au nom de la morale religieuse. Il nous a paru que tout leur effort se borna à restreindre les indications et à multiplier les difficultés de son application pratique, en exigeant des mesures déontologiques, compliquées et inacceptables, pour tout médecin qui a la prétention légitime de ne relever que de sa propre conscience, et d'être seul juge de l'opportunité et de l'indication de telle ou telle méthode thérapeutique.

V

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de l'attitude du médecin en face d'un fait : la grossesse mettant en danger la vie de la femme. C'est que la solution de ce problème s'imposa la première et avec le plus de force. En face de la douloureuse réalité, il fallait agir, et on comprend qu'on ne pouvait se résoudre indéfiniment à « laisser mourir » les mères, pour sauver l'âme de l'enfant.

Nous essayerons de rechercher à présent quelle était l'attitude du médecin en face du danger *possible*, mais non imminent. Quelle mesure prophylactique allait-il prendre, pour garantir la femme contre la possibilité d'une grossesse capable de compromettre sa santé et même sa vie ? Exposer à chaque nouvelle grossesse ces femmes aux dangers, moindres il est vrai, mais sérieux néanmoins, de l'avortement thérapeutique ou de l'opération césarienne, c'était les garantir d'une façon imparfaite contre les risques et calamités qu'on voulait leur éviter. On comprend, dans ces conditions, que des auteurs aient songé à protéger ces malheureuses femmes, définitivement et sûrement, contre toute nouvelle grossesse, par la stérilisation opératoire définitive. Ici encore, pour expliquer l'hostilité systématique d'une grande partie du Corps médical, il faut se rappeler que l'Eglise condamne et réprouve formellement toute mesure de prophylaxie anticonceptionnelle. L'Eglise tend à détacher les esprits de toutes les jouissances terrestres. La vie actuelle n'est qu'une épreuve qui nous permet de gagner le ciel. Faire violence à notre instinct d'amour, au point de renoncer à tout acte sexuel, n'est-ce point l'idéal de la moralité chrétienne ? La chasteté n'est-elle pas la plus belle, la suprême des vertus ? Et si le mariage est admissible, la recherche du plaisir sexuel est interdite. L'amour sexuel dans le mariage n'est permis qu'en vue de la procréation. Le but seul excuse le moyen L'amour sciemment et volontairement stérile est le pire des péchés.

Hart (1), en exposant l'œuvre de Blundel, fait ressortir que ce chirurgien eut le mérite de prévoir, dès 1828, « la section des trompes « à l'occasion de l'opération césarienne, pour prévenir toute nouvelle

(1) Hart, *Edinburgh med. Journ.*, déc. 1891, p. 551.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

« conception dans le cas de bassins rétrécis ». On comprend facilement que cette méthode opératoire, et toutes celles qui nécessitèrent une intervention sanglante, ne pouvaient entrer dans la pratique médicale qu'avec le progrès même de la chirurgie. Il ne faut pas oublier que Velpeau (1) écrivait encore en 1839 : « Instrument tranchant « et douleur, en médecine opératoire, sont deux mots qui ne se présen- « tent point l'un sans l'autre à l'esprit des malades et dont il faut né- « cessairement admettre l'association. »

Quelques années seulement après cet arrêt, le problème de la suppression de la douleur dans les opérations était résolu.

Puis, ce furent les découvertes de Pasteur, qui hâtèrent l'avènement de la chirurgie moderne. Il y eut cependant, dès cette période, des chirurgiens qui, pour stériliser la femme, supprimèrent tantôt les ovaires, tantôt l'utérus.

Les résultats encore défectueux poussèrent Kocks, de Bonn, en 1878, à indiquer, le premier, un moyen de stériliser la femme sans castration, par « l'oblitération galvanocaustique des orifices des trompes dans l'utérus ». Kocks (2) a conté comment on accueillit la publication de son procédé :

« Je me rappelle, dit-il, toujours très volontiers, un incident survenu « à l'époque de ma première opération (stérilisation de la femme sans « castration). A l'occasion d'une lecture que je fis à la Société de « recherches médicales et naturelles de Bonn sur cette question, le « secrétaire de la section de médecine d'alors éprouva le besoin de me « sermonner. Il estimait que la chose était grave, et il redoutait de « publier ma méthode opératoire, bien que j'exigeasse comme indication « des maladies très graves (phtisie, maladies de cœur, néphrite, etc.). « Il opinait que l'opération pouvait conduire trop facilement à des « abus, en ce sens que des femmes, décidées à se prostituer ou celles « qui, pour d'autres motifs, n'ayant rien de médical, souhaitaient la « stérilité, pourraient, avec la complicité de médecins oublieux de leur « devoir, trop facilement atteindre leur but. Comme j'étais décidé à ne « pas me laisser éliminer si facilement, je me permis d'observer qu'il « n'était cependant pas admissible de reléguer aux archives une opé- « ration bienfaisante, sous prétexte que des confrères peu conscien- « cieux pourraient en faire un mauvais usage. Je pensais que l'idée de « prolonger, à l'occasion, par la stérilisation artificielle, la vie de nos « compagnes, ne pouvait pas être enterrée pour une raison semblable, « pas plus d'ailleurs que pour la suivante, que mon savant confrère « me fit valoir : que des zélateurs et des hypocrites, tant religieux « que laïques, pourraient être choqués, scandalisés, par la publication « d'une pareille opération.

« Mais rien n'y fit. Il ne voulait point en démordre, et, comme j'exi- « geai avec ténacité l'insertion de ma communication, il me quitta « sur ces paroles : « Je m'en lave les mains ». *Dixi et salvavi animam « meam.*

« En ce qui concerne l'opération elle-même, elle resta isolée et ne « pouvait ainsi prêter le flanc à aucune attaque déclamatoire hostile.

. . . . . .

« Ainsi se trouvait enterrée mon opération, que j'avais publiée,

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. I, p. 32 (1839).
(2) Kocks, *Zur Sterilisationsfrage in Centralbl. f. Gyn.*, n° 37, p. 976, 1902.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

« sous le titre : *Une nouvelle méthode de stérilisation de la femme*, en « 1878, dans le *Centralblatt für Gynäcologie*. Cette opération consistait « dans l'oblitération galvanocaustique de l'orifice utérin des trompes.

« Dernièrement, la question a été de nouveau mise à l'ordre du jour « par Kehrer, Pincus et Neumann. Ils se demandent seulement « quelle méthode de stérilisation il est préférable d'employer. »

VI

C'est à l'occasion de l'opération césarienne, et surtout de l'opération césarienne répétée, que des chirurgiens anglais et allemands ont fait le plus grand nombre de stérilisations préventives.

Piskäcek (1) s'exprime de la façon suivante, dès 1887 : « Dans le « cas où, pour avoir un enfant viable, il est indispensable de recourir, « en raison du rétrécissement du bassin, à l'opération césarienne, nous « sommes contre l'opération conservatrice. L'opération conservatrice « consiste à respecter l'intégrité de l'utérus, ce qui rend l'éventualité « d'une nouvelle grossesse possible. Ce n'est pas seulement la nou- « velle opération césarienne qui menace la vie de la femme, mais il « faut envisager également le danger de la rupture utérine, si on n'in- « tervient pas dès le début du travail. »

En Angleterre, Champneys et Cullingworth (1889), puis, avec beaucoup d'autorité, Cameron (1891), se firent les défenseurs de la stérilisation préventive, chez les femmes ayant déjà subi l'opération césarienne.

A partir de cette époque jusqu'à nos jours, cette façon de faire est la règle en Angleterre.

En Allemagne également, un très grand nombre de chirurgiens (Zweifel, Fritch, Schauta, Stande, Menge, etc.) sont partisans de la stérilisation opératoire préventive, à l'occasion de l'opération césarienne ou de toute autre laparotomie.

Il s'en trouve, comme Kehrer, qui, pour obtenir la stérilisation d'une femme, en font, si c'est nécessaire, une opération spéciale.

Ce sont surtout les méthodes opératoires que l'on discute encore (2) ; quant au principe, il est accepté depuis longtemps, pour tous les cas où l'on était autorisé à pratiquer l'avortement provoqué, dit thérapeutique.

En France, un seul auteur, Crimail, de Pontoise, a stérilisé une femme rachitique ayant déjà subi deux fois l'opération césarienne (section des trompes). Il a communiqué son observation à l'Académie de Médecine, le 21 avril 1891. On nomma bien un rapporteur, mais nous n'avons pu trouver le rapport qui, très probablement, n'a jamais vu le jour.

Cette illustre assemblée aurait-elle été scandalisée, comme autrefois, par l'*inconvenance* de la question soulevée par Crimail en France ?

Il y eut cependant de nombreuses opérations ayant pour conséquence la stérilité définitive de la femme opérée. Et, tout d'abord, toutes les opérations césariennes non conservatrices (opération de Porro ou hystérectomie) ; mais, dans ces cas, la stérilité de la femme n'a pas été voulue ; elle a été imposée par les circonstances, comme conséquence de la méthode opératoire la plus favorable (infection de l'utérus, par exemple).

Il y a lieu de citer encore les nombreux cas de castration pra-

(1) Piskacek, *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 31.
(2) Cf. Hubl, *Monatschr. f. Geburtsh. et Gyn*, Bd. xvi 1902.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

tiqués comme moyen thérapeutique (1), contre des troubles nerveux, les fibromes, l'ostéomalacie, etc...

On a peine à comprendre par quelle étrange contradiction on accepta, en France, des opérations ayant pour conséquence d'entraîner la stérilité de la femme, alors qu'on refusa la pratique de la stérilisation opératoire ayant pour but d'éviter à la femme des périls incontestables. Mystère et casuistique!!

Je ne saurais mieux dire et plus éloquemment que Solowig les raisons qui auraient dû faire accepter cette manière de faire :

« Il me semble inique, dit Solowig (2), d'exposer une femme qui ne « peut être accouchée autrement, aux dangers d'une opération à ré- « pétition. La stérilisation de la femme, à l'occasion de l'opération cé- « sarienne, devrait être la règle générale pour des raisons d'humanité. « Une opération césarienne répétée devrait, si on ne peut l'éliminer en- « tièrement, du moins constituer une grande rareté Mardoch Cameron « nous a donné un bel exemple, puisque, sur dix cas nécessitant l'opé- « ration césarienne, il a fait 8 fois la stérilisation concomitante.

« Tout en me joignant à cet auteur, je voudrais encore aller plus loin, « et je trouve entièrement justifié de stériliser, à l'occasion d'une lapa- « ratomie, pour une raison quelconque, toute femme qui, vivant dans « des conditions misérables, a déjà un nombre considérable d'enfants « et se trouve réduite pour vivre à ne compter que sur le produit de « son travail. C'est un grand malheur, pour une pareille famille, que « cette succession et répétition continue de grossesses L'intérêt de « la société est de préférer au nombre la qualité des enfants; qua- « lités, tant physiques que morales, qui sont en raison inverse de leur « nombre (3). »

Il n'est pas très rare, encore, de trouver dans la littérature médicale des observations d'opérations césariennes répétées chez la même femme, et cela non seulement deux fois, mais trois et même quatre fois.

Dans le *Journal d'accouchements* de Bruxelles (2 février 1902), M. Charles expose avec une visible satisfaction, et pour témoigner de sa dextérité chirurgicale, que nous nous garderions bien de contester, le cas d'une femme rachitique avec bassin rétréci (5 cm. 1/2), à qui il a fait subir quatre opérations césariennes successives. Il nous semble que, s il est légitime d être fier du succès de certaines opérations, il est excessif de ne pas se rendre compte que ces vivisections répétées se pratiquent sur des êtres humains.

Il est indéniable que, chez ces femmes, ces grossesses répétées sont des accidents graves, contre lesquelles elles ont le droit de réclamer aide et protection.

Ce qui nous frappe encore, c'est le peu de cas que l on a fait jus-

(1) Cf. Lucas-Championnière, *Annales de Gyn.*, t. XXVII, p. 450 (1883); Tissier, *Thèse de Paris* (1885); Péan, *Gaz des Hôp*, n° 145 (1886); Pozzi, *Revue de chirurgie*, août 1891.

(2) Solowig. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 38, 1892.

(3) Dans les *Lettres Persanes*, de *Montesquieu* (Lettre cxxii), on peut lire déjà ce qui suit :

« Mais à quoi sert dans un Etat ce nombre d'enfants qui languissent dans la misère ? « Ils périssent presque tous à mesure qu ils naissent : ils ne prospèrent jamais ; faibles et « débiles, ils meurent en détail, de mille manières, tandis qu'ils sont emportés en « gros par les fréquentes maladies populaires, que la misère et la mauvaise nourriture pro- « duisent toujours ; ceux qui en échappent atteignent l'âge viril sans en avoir la force et « languissent tout le reste de leur vie.

« Les hommes sont comme les plantes, qui ne croissent jamais heureusement, si elles ne « sont bien cultivées : chez les peuples misérables, l'espèce perd et même quelquefois « dégénère. »

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

qu'à présent de la volonté et de l'avis de la principale intéressée : la femme. Personne ne songe à lui demander si elle désire avoir de nouvelles grossesses, ou si, au contraire, elle veut être garantie contre toute nouvelle conception. Et nous trouvons qu'il est aussi arbitraire de stériliser ou d'opérer une femme contre sa volonté, que peu consciencieux de l'exposer à de nouveaux dangers, sans lui indiquer par quel moyen on peut la protéger.

Très souvent des accoucheurs ont obtenu, par la promesse de la stérilisation définitive, le consentement à l'opération césarienne, que la femme avait jusqu'alors toujours refusée. Et nous nous demandons si nous n'avons pas là encore un moyen de restreindre les cas où le douloureux problème de l'embryotomie sur l'enfant vivant se pose.

Le professeur Pinard a beau faire afficher sur les murs de son amphithéâtre de Baudelocque : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ! » en fait, la question se pose toujours. Nous pensons que personne n'a le droit d'imposer à la femme une opération dont elle ne veut pas, et nous ne pouvons qu'applaudir aux paroles de M. Maxwell, substitut du procureur général à Bordeaux :

« Il ne faut pas se préoccuper uniquement des dangers que court la « vie de la parturiente, il faut s'inquiéter de ceux que courent sa santé, « le bon fonctionnement de ses organes, l'intégrité de son corps. En « examinant tout à l'heure l'étendue de ses droits sur sa personne phy« sique, j'indiquais qu'elle était en état de légitime défense contre toute « agression portant atteinte à sa santé ou à son intégrité corporelle. Or, « peut-on affirmer que l'opération césarienne et la symphyséotomie ne « présentent à ces points de vue aucune conséquence fâcheuse ? »

Il peut nous paraître extrêmement pénible de faire la crâniotomie de l'enfant vivant, mais c'est notre devoir de la faire, si la femme s'oppose à toute autre intervention. Nous avons encore trop nettement à la mémoire l'impression, profondément douloureuse, que nous a causée la première embryotomie sur l'enfant vivant, pour ne pas souhaiter de toutes nos forces que les accoucheurs n'en soient plus réduits à une pareille extrémité.

C'est à cette droite et honnête conscience qu'est le docteur Schuhl, que se posa alors le pénible et poignant problème de l'embryotomie sur l'enfant vivant. C'était peine à voir avec quelle anxiété il se penchait sur le stéthoscope, pour surveiller les battements du fœtus. « Ah ! nous disait-il, s'il était mort, comme la chose serait simple ! » Et pendant plusieurs heures, le fœtus s'entêtait à vivre. Et quand, enfin, nous vîmes, sous l'action du basiotribe, la cervelle de ce pauvre être jaillir et, palpitante, éclabousser les mains de l'opérateur, un frisson douloureux nous secoua. Quel spectacle lamentable que la vue de cette tête broyée, mutilée, écervelée !

Condamin (1), de Lyon, a publié le cas d'un enfant vivant encore presque sans cervelle, 15 minutes après la basiotripsie ! Est-ce trop demander que de réclamer des mesures de prophylaxie anticonceptionnelle, en faveur des femmes qui, ne voulant pas accepter l'opération césarienne ou la symphyséotomie, mettent le médecin en demeure de faire la crâniotomie sur l'enfant vivant ?

Nous élevons cependant contre la stérilisation opératoire de la femme une objection fondamentale : c'est qu'elle a le tort d'être définitive et

(1) Condamin, *Prov. méd.*, n° 1, 1891.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

absolument irrémédiable. Nous préférons de beaucoup les moyens anticonceptionnels qui, peut-être moins sûrs, ont pourtant l'avantage de rendre la femme, seulement pendant un temps, stérile.

Qui sait si une femme, décidée à une stérilisation définitive le jour de l'opération, n'en arrivera pas, un jour, à regretter sa stérilité? Des sentiments trop profonds et des intérêts familiaux trop variés s'attachent à la naissance d'un enfant, pour nous engager à n'agir qu'avec une extrême prudence, quand on nous demande une intervention opératoire de cette importance.

Mais, si nous faisons contre la stérilisation définitive, chirurgicale, des réserves, nous sommes partisan résolu de la prophylaxie anticonceptionnelle. Nous estimons que, sans déchoir, le médecin doit donner, dès qu'il en voit l'indication, l'enseignement de la prophylaxie anticonceptionnelle.

Déjà le professeur Hübl (1) a institué, à sa clinique d'Université de Heidelberg, un enseignement pratique, où les femmes qui redoutent la grossesse, pour des raisons de santé, apprennent à se protéger.

« Jusqu'a présent, dit le professeur Pinard (2), l'acte procréateur n'a été qu'un acte instinctif, tel qu'il existait a l'age des « cavernes. C'est le seul de nos instincts n'ayant pas été civilisé.

« L'acte le plus grand, le plus élevé, que puisse commettre « l'homme pendant son existence. celui dont dépend la conservation « et l'amélioration de l'espèce, est accompli a l'aurore du XXe siècle « comme a l'age de pierre ! »

Nous sommes en droit d'espérer que, grâce à la prophylaxie anticonceptionnelle, nous verrons bientôt la fin de ce dernier vestige de la « sauvagerie » préhistorique.

Notre referendum.

Le bon accueil fait par nos lecteurs à l'enquête sur la *Graine*, de M. André Couvreur, nous laisse espérer que le problème soulevé par notre distingué collaborateur, le Dr Klotz-Forest, concernant la prophylaxie anticonceptionnelle, retiendra leur attention et ne les laissera pas indifférents.

Nous sommes certain d'interpréter fidèlement la pensée de notre collaborateur, en demandant à nos confrères de bien vouloir répondre aux questions suivantes, qui synthétisent, sous une forme concrète, le savant travail de M. le Dr Klotz-Forest :

1° Admettez-vous ou rejetez-vous la prophylaxie anticonceptionnelle ?

2° Si vous l'admettez en principe, limitez-vous son application aux cas médicaux ; ou, au contraire, pensez-vous que des raisons sociales ou simplement individuelles puissent la justifier?

3° Dans le cas où vous n'en seriez pas partisan, nous vous serions reconnaissant de formuler les motifs qui vous la font rejeter (3 .

Nous publierons les réponses les plus intéressantes.

---

(1) Hübl, *Monatschr. f Geburh Gyn.*, août 1902, Bd. xvi et 2.

(2) Pinard, Enquête à propos d'un roman médico-social (*Chronique Médicale*, 15 juillet 1903, p. 488).

(3) Un travail, purement scientifique exposant et discutant les différentes méthodes de prophylaxie, paraîtra prochainement, fait par le même auteur, en collaboration avec le Dr Robert Loewy, chef de clinique adjoint du service de gynécologie de l'hôpital Broca.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com