

De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse : thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 25 juillet 1878, à 1 h. / par Charles-Adolphe Marcou ; président M. Peter ; juges MM. Charcot, Duval, Farabeuf.

Contributors

Marcou, Charles-Adolphe, 1851-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : A. Parent, imprimeur, [1878]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ry4wywav>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

15

Année 1878

THÈSE

N° 311

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juillet 1878, à 1 h.

PAR CHARLES-ADOLPHE MARCOU

Né à Pont-de-Roide (Doubs), le 7 février 1851.

DE LA DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

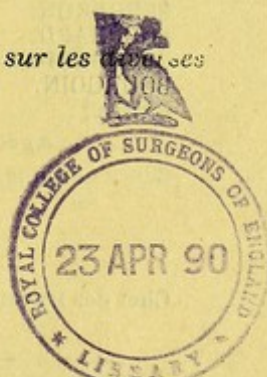
CONTRE

LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { CHARCOT, professeur.
DUVAL, FARABEUF, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN
Professeurs	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAUFFARD
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER
Pathologie chirurgicale.....	TRELAT.
	GUYON.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	GUBLER.
Hygiène.....	BOUCHARDAI
Médecine légale.....	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	LASEGUE
	HARDY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	POTAIN.
	BALL.
Clinique chirurgicale.....	RICHET
	GOSSSELIN
Clinique d'accouchements.....	BROCA.
	VERNEUIL
	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

ANGER.	MM. CHANTREUIL.	MM. FERNET.	MM. MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
GADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.....	MM. N.
— des maladies des enfants.....	N.
— d'ophtalmologie.....	N.
— des maladies des voies urinaires.....	N.
— des maladies syphilitiques.....	N.
Chef des travaux anatomiques.....	Marc SEE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Membre du Conseil général du Doubs.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. PETER

Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. PAJOT

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage respectueux d'un élève dévoué et reconnaissant.

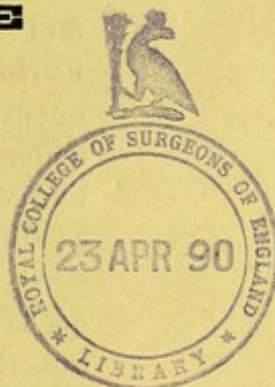
DE LA
DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS
CONTRE LES
VOMISSEMENTS INCOERCIBLES
DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION.

DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET.

Parmi les troubles fonctionnels qu'entraîne à sa suite l'état de grossesse, il n'en est pas assurément de plus fréquents que ceux qui affectent le tube digestif. Les perversions du goût, les bizarreries de l'appétit, les nausées et même les vomissements font partie des symptômes de la grossesse et en constituent le cortège habituel, surtout dans les premiers mois.

Aussi le médecin n'a garde de les négliger dans le diagnostic, souvent si difficile à établir, du début d'une gros-



sesse. Pour nombre de femmes, ces accidents constituent un signe révélateur.

Les vomissements rentrent donc dans la catégorie des phénomènes physiologiques de la grossesse.

Quels sont alors leurs caractères? Ils sont faciles, peu répétés, et revenant à des époques assez régulières de la journée. Leur constitution varie : composés tantôt de mucus, de liquide glaireux et filant, parfois coloré par un peu de bile, tantôt de boissons ou d'une partie des substances alimentaires solides. Quelquefois l'estomac semble faire un choix parmi les substances qu'il contient et rejeter systématiquement certaines d'entre elles. « Ajoutons, dit P. Dubois, que ces vomissements ne produisent ordinairement aucune altération notable, soit dans la figure, soit dans la constitution. La nutrition paraît se faire suffisamment ; de plus ils ne s'accompagnent d'aucune réaction générale, d'aucun trouble de la santé. Ils ne paraissent constituer qu'un accident passager au milieu d'une bonne santé. Enfin ils se suppriment spontanément à mesure que la grossesse avance. Les vomissements présentant ces caractères sont inoffensifs. (Leçons de P. Dubois, recueillies par le Dr Laborie. *Union médicale*, 1848.)

Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et le tableau devient tout autre lorsque les vomissements quittent cet aspect physiologique pour revêtir le caractère de constance et d'opiniâtreté propre aux vomissements incoercibles. Alors la santé de la femme est profondément altérée, et non-seulement la vie de son enfant, mais la sienne propre, court les plus grands dangers.

Il n'est donc point étonnant qu'en face d'un péril aussi redoutable les médecins se soient ingénies à y porter remède. Une foule de médicaments ont joui tour à tour d'une vogue passagère, aucun n'a résisté à l'épreuve cli-

nique, parce qu'on a voulu les appliquer indistinctement à tous les cas. Comme nous le verrons, les causes occasionnelles des vomissements incoercibles sont nombreuses; il s'ensuit naturellement que le remède à leur opposer ne peut être unique. Un seul traitement, l'avortement provoqué, a fourni jusqu'à présent des résultats presque constants.

A cela rien d'étonnant : car la grossesse étant la cause prédisposante générale, essentielle des vomissements incoercibles et la condition indispensable à la mise en jeu des causes occasionnelles, si on la supprime, les accidents, qu'elle tenait sous sa dépendance et qu'elle avait fait éclore, disparaîtront d'eux-mêmes.

L'avortement provoqué, tel est en effet, jusqu'à présent, l'unique ressource dans les cas désespérés. Traitement parfois nécessaire et curatif dans la majorité des cas, mais bien radical assurément, car il sacrifie à coup sûr l'existence de l'enfant. Il entraîne de plus une grande responsabilité pour le médecin.

Quant à l'accouchement prématuré artificiel, dont les résultats sont moins funestes, car il tient, à la fois, compte des intérêts de la mère et de l'enfant, on n'a pas malheureusement l'occasion d'y avoir souvent recours dans ce cas, les vomissements incoercibles étant le plus souvent l'apanage des premiers mois de la grossesse.

Il ne faut donc pas s'étonner que la plupart des médecins se montrent rebelles à cette pratique et ne s'y résolvent qu'à la dernière extrémité, s'exposant par cela même à faire une opération inutile.

Aussi avons-nous pensé qu'il serait utile de faire connaître une pratique, ayant déjà donné entre les mains d'accoucheurs distingués, MM. Copeman et Tarnier, des résultats avantageux, d'une innocuité parfaite au point

de vue de la grossesse, et pouvant être employée avant la période ultime qu'on attend d'ordinaire pour pratiquer l'avortement. Ce procédé consiste dans la dilatation du col de l'utérus.

En plus de l'utilité que présente cette pratique d'amener dans certains cas l'arrêt rapide des vomissements, elle a celle d'avoir, en cas d'insuccès, préparé la voie aux manœuvres qu'exige l'avortement provoqué.

Nous diviserons notre travail en plusieurs parties.

La première sera consacrée à la description des vomissements incoercibles.

Dans la deuxième nous étudierons les diverses causes qui, tout en étant sous la dépendance de la grossesse, ont suffi à les déterminer, ainsi que les cas dans lesquels, faute de lésions appréciables, ils paraissent être sous la dépendance seule de la grossesse.

Dans la troisième nous nous occuperons du traitement applicable dans chacun de ces cas, et nous ferons ressortir particulièrement ceux dans lesquels la dilatation du col est indiquée. Dans cette même partie, après avoir montré les résultats remarquables que l'on doit à cette méthode, avoir dit en quoi elle consiste et indiqué le manuel opératoire, nous nous efforcerons, en nous appuyant sur les données de l'anatomie et de la physiologie, d'expliquer son mode d'action.

PREMIÈRE PARTIE

DESCRIPTION.

Nous n'avons pas à envisager dans ses détails la question des vomissements pendant la grossesse, non plus qu'à relater tout ce qui en a été écrit. On trouvera un bon historique de la question dans la thèse d'agrégation de M. A. Guéniot (1863).

Laissant de côté les vomissements passagers et intermittents, nous ne ferons acception que des vomissements opiniâtres, continus, incoercibles. Les premiers, en effet, comme nous l'avons déjà dit, rentrent dans la physiologie pathologique de la grossesse, dont ils ne sont, en quelque sorte qu'un accident épisodique.

Il faut, dit M. Guéniot, arriver à une époque tout à fait contemporaine, pour trouver les vomissements incoercibles rangés parmi les accidents les plus redoutables de la grossesse, et il ajoute : « Les symptômes et la marche de cette affection, sa gravité parfois si terrible pour la mère, ainsi que son innocuité si singulière pour le fœtus constitue les points que la science moderne a pu le mieux élucider. »

M. Guéniot a pu réunir 118 observations de cette maladie et il pense que « sans constituer un accident commun

pendant la grossesse, les vomissements incoercibles ne semblent pas être absolument rares. »

P. Dubois adoptant et reproduisant les idées de Chomel, admet trois périodes dans les vomissements graves ou incoercibles.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire cet exposé, emprunté au livre de Cazeaux annoté par M. Tarnier, en raison de la clarté qu'il donnera au reste de ce travail.

A. *Première période.* — Le début des vomissements est rarement tout à fait brusque; presque toujours ils succèdent d'une manière insensible aux vomissements simples. L'époque à laquelle ils commencent est très-variable; en général ils débutent dans les premiers mois de la grossesse, mais parfois aussi dans la deuxième moitié de la gestation. Sur 43 cas relevés dans la thèse de M. Guéniot, 9 fois les vomissements se manifestèrent dès les premières semaines de la grossesse, 15 fois au bout du premier mois, 9 fois de 3 à 4 mois, 2 fois de 4 à 5 mois et enfin 2 fois de 6 à 7 mois. Mais le début que je viens d'énumérer est celui des premiers vomissements, c'est-à-dire des vomissements encore à la période de bénignité. Quant à l'époque où se manifeste la transition des vomissements graves, il est impossible de la préciser.

Les vomissements incoercibles ne présentent pas par eux-mêmes rien de bien caractéristique. Toutefois ils se répètent avec une très-grande fréquence, et ont pour conséquence le rejet de la totalité ou de la presque totalité des aliments et même des liquides. Souvent la plus petite quantité de boissons les provoque. Les matières des déjections sont constituées par des mucosités, des glaires, de la bile et des aliments, suivant que l'intestin est plein ou

vide. Ces matières sont le plus souvent très-acides et quelquefois mêlées de quelques filets de sang.

J'ajouterai à ces symptômes un dégoût, une aversion des plus prononcées pour toute espèce d'aliments : c'est une répugnance tellement invincible que rien ne peut la surmonter.

Bientôt apparaissent les phénomènes graves qui proviennent du manque de nutrition : affaiblissement, amaigrissement notable, altération des traits. Certains phénomènes accessoires peuvent encore compliquer la situation : c'est ainsi que MM. Stoltz et Vigla ont signalé un ptyalisme presque continu, et dans un cas nous avons pu vérifier la justesse de leur remarque.

La première période ne s'accompagne pas de fièvre ; à peine observe-t-on un léger mouvement fébrile le soir seulement, et un peu de sueur pendant la nuit. C'est là un fait sur lequel nous appelons l'attention, car la fièvre constitue le trait dominant de la deuxième période.

B. Deuxième période. — Dans cette période, les phénomènes de la deuxième période deviennent plus graves ; les vomissements sont plus fréquents et plus violents ; l'amaigrissement fait de nouveaux progrès ; enfin la fièvre apparaît et le pouls bat de 100 à 140 fois par minute.

La bouche se sèche bientôt et sa muqueuse rougit. Une soif vive se déclare ; quelquefois l'haleine prend un caractère d'acidité et de fétidité. Cette acidité et cette fétidité sont telles, dit M. Chomel, qu'on en est frappé en entrant dans la chambre de la malade. Cette odeur est cependant rare, si nous en croyons notre expérience personnelle, car nous n'avons jamais eu l'occasion de l'observer, bien que nous ayons vu plusieurs cas de vomissements incoercibles.

C. *Troisième période.* — Ici les phénomènes changent et se modifient. Les vomissements cessent ou diminuent; mais ce n'est là qu'un calme trompeur et le médecin expérimenté doit savoir que c'est le prélude de la mort.

Marche, durée, terminaison. — Les vomissements graves présentent souvent dans leur marche des rémissions plus ou moins complètes.

Tantôt ces rémissions sont en quelque sorte spontanées, ou se reproduisent à la suite de circonstances presque insignifiantes. Une émotion, un voyage, un changement d'habitude, le choix d'un nouvel aliment et nombre d'autres éventualités semblables suffisent à produire quelque fois une amélioration passagère, ou même la cessation momentanée des accidents. De là un espoir malheureusement trop tôt déçu par le retour plus ou moins rapide de la maladie.

D'autres fois ces rémissions peuvent être attribuées à l'emploi d'un médicament. Ailleurs, ce n'est pas l'action d'un remède, mais le fait de l'avortement ou de l'accouchement prématuré qui est suivi de la cessation des accidents.

La marche de cette terrible maladie est ordinairement lente; ce n'est guère, en général, qu'après deux ou trois mois que les malades succombent.

DEUXIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE.

Qui est-ce qui détermine les vomissements incoercibles? Si l'on pouvait répondre nettement à cette question notre embarras serait moindre au point de vue de la thérapeutique et l'on pourrait peut-être, connaissant la cause, remédier efficacement aux effets.

Bien des opinions sont en présence, et leur pluralité même nous est déjà un indice que cet état pathologique reconnaît des causes multiples. On a invoqué pour les expliquer : l'exagération du malaise causé par la suppression du flux cataménial (Mercado); la sympathie entre l'utérus et l'estomac (Guillemeau, Delamotte, Mauriceau); la gastrite justiciable des saignées et des sangsues à l'épigastre (Broussais); la résistance que l'utérus oppose à la distension (Desormeaux; *Dict. en 30 vol.*); les déviations de l'utérus; l'irritation: la congestion inflammatoire, les ulcérations du col, etc., etc.

M. Guéniot, dans sa thèse d'agrégation, a introduit dans cet important sujet une division qui le rend plus clair et plus précis.

« La première de ces causes, dit cet auteur, celle entre toutes dont l'action est la plus générale, consiste évidem-

ment dans le fait même de la gestation. Celle-ci par elle-même, et pour ainsi dire à elle seule, ainsi que le prouvent plusieurs autopsies négatives faites avec le plus grand soin, peut, dans certaines circonstances, provoquer des vomissements, et des vomissements opiniâtres, incoercibles, jusqu'à la mort. Voilà un premier fait acquis que l'on ne saurait contester.

Mais, relativement au nombre heureusement très-restrict des cas de vomissements opiniâtres, il est une multitude de femmes enceintes qui échappent à ce redoutable accident. La grossesse par elle-même, et sans le secours de quelques circonstances adjuvantes, n'est donc pas nécessairement une cause de vomissements incoercibles; elle constitue la cause prédisposante la plus générale, sans doute, mais pour que la maladie se manifeste, il faut qu'il s'y joigne une cause auxiliaire ou déterminante. Et cette dernière ou plutôt ces dernières (car elles peuvent être multiples) sont subordonnées elles-mêmes à l'existence de la gestation, ou bien en sont plus ou moins indépendantes.

De là trois grandes catégories de causes qui exercent chacune une part d'action dans la production des vomissements opiniâtres et qui peuvent être ainsi définies :

I. A. — Cause prédisposante générale essentielle : la grossesse.

B. — Causes auxiliaires générales : tempérament nerveux, multiparité.

II. — Causes adjuvantes ou déterminantes plus ou moins subordonnées à l'existence de la gestation : inflammation de l'utérus, des membranes de l'œuf, ulcérations du col, etc.

III. — Causes adjuvantes ou déterminantes non subor-

données à la grossesse : cancer de l'estomac, gastrite, hernie, etc., etc. »

Si nous passions en revue toutes ces causes, nous nous éloignerions de notre sujet, cependant nous devons les connaître afin de pouvoir, le cas échéant, diriger contre elles un traitement rationnel. Mais comme c'est sur l'utérus que nous voulons agir, nous ferons surtout acception des différents états pathologiques de cet organe, que la clinique et la physiologie nous font considérer à juste titre comme le point de départ des vomissements incoercibles.

Et même, lorsque le plus minutieux examen ne nous aura fait découvrir non-seulement aucune lésion, soit matérielle, soit fonctionnelle de l'utérus, mais même aucune de celles portant sur d'autres organes et capables de déterminer les vomissements, nous devons, avant d'accuser la grossesse seule de ce méfait et provoquer l'avortement, penser que la matrice et surtout le col peuvent être le siège d'une lésion, d'une modification que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas d'apprécier. C'est surtout dans des cas de ce genre que la dilatation du col est indiquée, et a surtout donné des résultats inespérés, montrant ainsi une fois de plus que de toutes les lésions de l'utérus capables de provoquer le vomissement, celles qui intéressent le col sont les plus communes et les plus difficiles à saisir.

L'anatomie, de son côté, comme nous le verrons avec plus de détails, lorsque nous étudierons le mode d'action de la dilatation, nous montre assez qu'il doit en être ainsi. N'est-ce pas, en effet, en arrière du col qu'est ce centre nerveux auquel on a donné le nom de ganglion cervical, et d'où émane la presque totalité des nerfs qui se rendent à l'utérus? Quoi d'étonnant alors que la plus légère modification survenant dans cette région, et qu'un exa-

men même attentif peut laisser inaperçue, telle qu'irritation de voisinage, compression, tension exagérée de cet organe, soit plus douloureusement ressentie par cette partie de la matrice que par toute autre ?

Quant aux relations qui unissent l'utérus à l'estomac, et qui font que les troubles fonctionnels ou organiques du premier retentissent d'une manière presque constante sur le second, la physiologie nous apprend qu'elles sont dues à une action réflexe.

C'est ce que les anciens auteurs expliquaient par le mot sympathie, terme constatant un fait, mais ne l'expliquant pas.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la physiologie, nous savons que la plupart des phénomènes morbides, rangés sous cette dénomination, reconnaissent dans leur mode de production le mécanisme de l'action réflexe.

La clinique elle-même nous fournit chaque jour, même en dehors de l'époque de la gestation, de fréquents exemples de cette solidarité. Nos hystériques, nos chlorotiques ne nous présentent-elles pas constamment la réunion des troubles digestifs et des troubles utérins, à tel point que l'état d'intégrité ou de désordre de l'un des organes implique presque constamment un état analogue de l'organe connexe. Qui n'a eu l'occasion de voir cesser, presque par enchantement, à la suite de la cautérisation d'une ulcération du col, des vomissements ayant résisté aux moyens les plus variés et les plus énergiques employés contre eux.

Mais ce n'est pas assez d'établir la solidarité des deux organes, utérus et estomac ; il faut se demander quels sont les états du premier qui semblent exercer la plus grande influence sur le second.

Nous passerons successivement en revue les altérations

de l'utérus, tant organiques que fonctionnelles, pendant la grossesse, ayant donné lieu à des vomissements incoercibles, en nous efforçant toujours de mettre en relief la prépondérance manifeste qu'exercent les différents états morbides du col sur la production de ces accidents; puis nous indiquerons, sans nous y arrêter plus que le comporte notre sujet, quelles sont les autres causes, tant indépendantes de la grossesse que celles qui lui sont subordonnées, capables de produire le même résultat.

CHAPITRE PREMIER.

CONGESTION. — INFLAMMATION.

La congestion, et à plus forte raison l'inflammation du tissu utérin mettant en jeu sa susceptibilité nerveuse spéciale, retentira vraisemblablement sur l'estomac en raison directe de son intensité. La clinique, comme le prouve l'observation suivante du D^r Clertan, que nous empruntons à la thèse de M. Guéniot, vient pleinement confirmer cette manière de voir.

Obs. I. — Une femme chez laquelle trois grossesses antérieures, dont une double, n'avaient rien offert de particulier, fut prise, vers le milieu du troisième mois d'une quatrième grossesse, de vomissements qui devinrent de jour en jour plus opiniâtres, à ce point que, vers le huitième jour, les boissons étaient rejetées, en si petite quantité qu'elles fussent prises. Vers le commencement du troisième septénaire, l'amaigrissement était très-sensible; la face pâle, fatiguée, la soif

inextinguible, la faiblesse déjà sensible; les efforts de vomissements avaient lieu de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille, et de demi-heure en demi-heure pendant le sommeil. Une sensation de pesanteur était ressentie dans tout l'hypogastre.

La série des moyens recommandés contre les vomissements fut épuisée sans résultat. Or, à la suite d'une consultation, des tampons enduits de belladone furent appliqués sur le col sans plus de succès. Après quinze jours de traitement, les vomissements n'avaient rien perdu de leur opiniâtreté, la peau était devenue froide; le pouls petit, serré, fréquent; la face décolorée, l'expression anxieuse, les lèvres sèches, la bouche contractée. C'est alors que M. Clertan résolut d'attaquer directement l'organe dont l'état morbide lui paraissait devoir être la cause sympathique de ces vomissements prochainement mortels; douze sangsues furent appliquées sur le col; la saignée fut d'au moins 200 grammes. Deux heures après qu'il eut arrêté l'écoulement, un peu de bouillon put être pris sans être rejeté, puis bientôt un verre, enfin les vomissements avaient cessé. Après avoir pris pendant cinq jours des potages de plus en plus substantiels, la malade revint à la vie ordinaire et accoucha à terme de deux filles bien portantes. » (*Gaz. hebdomadaire*, t. I, p. 122).

Cette observation, qui nous présente, tant au point de vue du diagnostic que du traitement, un haut intérêt, ne nous montre-t-elle pas aussi, par cela même, que c'était surtout à la congestion de la partie inférieure de la matrice qu'étaient dus les troubles observés ?

CHAPITRE II.

RIGIDITÉ.

Au point de vue de la rigidité, nous croyons qu'il faut distinguer la rigidité proprement dite de l'utérus de celle

du col. Pour ce qui concerne la première, nous pensons, avec M. Guéniot, qu'on ne peut admettre que la rigidité trop grande des fibres musculaires de la matrice et la difficulté que celles-ci opposent à la distension constituent une cause réelle des vomissements opiniâtres. Car il faudrait, pour adopter cette opinion, que cette rigidité fût démontrée, et surtout que cette distension de la matrice, par le fait de la grossesse, ne fût pas reconnue comme une erreur ancienne de Mauriceau.

Mais la rigidité du col nous paraît un fait acquis, et il y a lieu de se demander si elle joue un rôle dans la production des vomissements.

Dans le cas où cette lésion serait admise, nous pensons que la dilatation du col trouverait très-utilement son application.

CHAPITRE III.

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Les déplacements de l'utérus, qu'ils soient ou non liés à des adhérences anciennes du péritoine, paraissent avoir, sur la production des vomissements opiniâtres, une influence notable.

§ 1^{er}. — *Rétroversion.*

M. René Briau, dans une note à l'Académie, rapporte une observation très-concluante et très-intéressante et qui

tend à prouver que, dans certains cas au moins, les vomissements incoercibles de la grossesse sont sous la dépendance de cette position vicieuse de l'utérus.

Obs. II. — Madame X..., âgée de 25 ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle; son tempérament est lymphatique nerveux. Elle est devenue enceinte une première fois, il y a six ans, et sa grossesse a été exempte de tout accident; l'accouchement a eu lieu dans de bonnes conditions et le rétablissement a été complet et assez prompt.

Une seconde grossesse a eu lieu il y a trois ans, et à part quelques malaises et quelques vomissements dans les premiers mois, on peut dire que cette grossesse a été heureuse quoique un peu moins bonne que la première. Ce second accouchement a été facile et prompt, mais les suites en ont été troublées par un incident des plus fâcheux. En effet, madame X... sortait pour la première fois en catèche avec son premier enfant, âgé de 3 ans, lorsque celui-ci, dans un mouvement brusque, fut jeté en dehors de la voiture sur le pavé. La mère crut d'abord que la roue de la voiture avait passé sur le corps de son fils. Heureusement il n'en était rien et l'enfant n'avait reçu aucun mal; mais l'émotion de la mère avait été violente et sa convalescence en fut fortement éprouvée. Aussi depuis cette époque elle a été affectée d'un écoulement blanc, médiocrement abondant, qui a persisté depuis deux ans, qui a amené du trouble et de la douleur dans les fonctions digestives. Toutefois, les époques menstruelles n'en ont éprouvé aucun dérangement.

Madame X..., est devenue enceinte une troisième fois vers le commencement de mars 1856. Elle s'en aperçut par quelques malaises spéciaux et surtout par l'absence de ses règles au commencement d'avril.

Des vomissements peu fréquents d'abord se manifestèrent vers la fin de ce mois, et continuèrent en augmentant graduellement. Peu à peu, leur fréquence et leur intensité devinrent telles que la malade fut obligée de garder le lit dès les premiers jours de mai. Bientôt son estomac ne put retenir ni digérer aucune espèce de nourriture. Pendant tout le mois de mai elle fut affectée d'une douleur gastralgique intolérable, de constipation et de soif ardente. A ces symptômes persistants se joignirent de temps en temps des spasmes, des mouvements cloniques des membres extrêmement pénibles, puis un abattement et un découragement profond et des insomnies qu'on parvenait difficilement à vaincre par l'administration de la morphine par la méthode endermique. Le sommeil morphinique, d'ailleurs, n'était point réparateur.

L'amaigrissement fit des progrès d'autant plus rapides que la malade pouvait à peine de temps à autre garder un peu d'eau.

Appelé à donner des soins à madame X..., dès le 2 mai, j'eus bientôt épuisé, sans aucun profit, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, et cela avec d'autant moins de succès que l'estomac se refusait à garder aucun médicament. Une médication externe assez énergique fut également employée sans produire d'amélioration sensible.

Cependant la famille était vivement alarmée et quelques personnes me demandaient de songer à la ressource suprême de l'avortement, mais je n'étais encore point convaincu de l'urgence ni de l'opportunité d'un moyen aussi grave. Dans l'embarras où je me trouvais, je sollicitai, le 21 mai, l'intervention de M. le professeur Moreau, qui était l'accoucheur de madame X... Dans une consultation qui eut lieu en effet, M. Moreau conseilla l'emploi de plusieurs moyens, dont on n'obtint qu'un faible soulagement momentané. Il ajouta que très-probablement les vomissements cesseraient lorsque l'utérus aurait atteint assez de développement pour franchir l'excavation du bassin.

C'est alors que le mari de la malade me demanda avec insistance de permettre l'essai de la pharmacie homœopathique. Cette demande me parut impérative, et je me retirai pour laisser entière liberté à cette expérience extra-médicale.

Le 2 juin, je fus rappelé; l'essai homœopatique avait échoué et l'état de la malade s'aggravait. Depuis longtemps, et même avant cette dernière grossesse, j'avais acquis la conviction que les organes génitaux internes de madame X... étaient affectés de quelque altération, soit de texture soit de position. La persistance de l'écoulement leucorrhéique m'avait donné cette pensée; mais la répugnance extrême de la malade à se prêter aux moyens de s'en assurer m'avait empêché d'insister à cet égard. Toutefois, en réfléchissant aux accidents de cette grossesse, j'exprimai à quelques personnes de la famille l'idée qu'un examen attentif des organes génitaux me paraissait nécessaire, d'autant plus que l'écoulement blanc n'avait pas discontinué depuis le commencement de la grossesse. Je les engageai, en conséquence, à préparer la malade à cet examen. J'y fus d'autant plus incité, qu'en palpant avec attention l'abdomen, je n'avais senti aucune dureté, aucune tuméfaction qui indiquât un développement quelconque de l'utérus; et cependant la malade croyait être arrivée à la fin du troisième mois de sa grossesse, et dans l'état de maigreur où elle se trouvait, il était naturel de penser qu'on sentirait facilement l'augmentation de volume de la matrice, que comporte cette époque de son évolution.

M. Moreau, dont j'avais de nouveau sollicité le secours, vint le 4 juin. Il ne sentit pas plus que moi le développement de l'utérus par le palper du ventre, et se livra immédiatement à l'examen des organes génitaux internes. Après avoir introduit le doigt dans le vagin, il sentit

que l'utérus était en état de rétroversion incomplète, et qu'en outre cet organe était profondément logé dans l'excavation du bassin. Il constata en outre qu'il se trouvait incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac osseux, sans pouvoir franchir l'angle sacro-vertébral. Aussitôt après s'être bien assuré de ces circonstances, par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, il dégagait la matrice de cette situation anormale en la faisant remonter et en la ramenant ainsi dans l'axe du détroit abdominal.

A la suite de l'opération qui n'occasionna aucune douleur, madame X... se sentit immédiatement soulagée. Le même jour les vomissements cessèrent et la malade put prendre et digérer quelques aliments légers. La nuit suivante, elle dormit bien. En un mot, à partir de ce moment, elle recouvra graduellement, mais rapidement, l'appétit, le sommeil, le calme, c'est-à-dire la santé, qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. J'ajoute qu'en moins de quarante-huit heures le ventre prit son développement normal et proportionnel à l'époque présumée de la grossesse.

J'ai à peine besoin de faire ressortir les circonstances de ce fait et l'intérêt pratique qu'il me paraît offrir. Une cause pour ainsi dire toute mécanique retient l'utérus enclavé dans la courbure du sacrum et s'oppose au développement normal de cet organe; de là une perturbation générale et des vomissements incoercibles. Cet enclavement paraît provenir lui-même de la rétroversion incomplète de l'utérus. Une fois cette circonstance bien déterminée, l'indication thérapeutique devient positive; elle est mécanique comme la maladie elle-même, et consiste à dégager l'organe et à le remettre flottant dans le ventre par une manœuvre simple et facile. La guérison instantanée d'accidents formidables est la suite immédiate de cette petite opération.

Les conclusions de ce fait sont : 1° que l'enclavement de l'utérus gravide dans la concavité du sacrum est une cause de vomissements incoercibles; 2° que, dans ce cas, le dégagement mécanique de l'organe fait immédiatement cesser les accidents.

Je dois ajouter que M. le professeur Moreau m'a dit avoir rencontré plusieurs fois des cas semblables, où la même manœuvre a été suivie d'un égal succès; ce qui prouve que ces sortes d'accidents ne sont pas très-rares et qu'il est utile que les praticiens en aient connaissance. (*Gaz. hebdomadaire*, t. III, 1856.)

Nous ajouterons à ces conclusions si nettes que, dans ces cas de l'enclavement de l'utérus gravide dans la concavité sacrée, la production des vomissements nous paraît devoir être rapportée à la compression anormale à laquelle se trouvent exposés les flexus hypogastriques et en particulier le ganglion cervical, par le fait même du développement de l'utérus dans une cavité trop petite pour le contenir. Mais il ne faudrait pas croire que les choses se passent toujours ainsi, et bon nombre de déplacements ne s'accompagnent pas des vomissements dont nous parlons.

Cette dernière cause, pas plus que celles que nous avons déjà passé en revue, n'est capable d'amener l'accident dont nous nous occupons que chez des femmes qui y sont d'ailleurs prédisposées.

§ II. — Antéversion.

Chez trois femmes affectées depuis plusieurs semaines de vomissements incoercibles, Cazeaux eut l'occasion de constater une antéversion assez prononcée. Eclairé par le résultat avantageux que Moreau avait obtenu en pareil cas par le redressement de l'utérus en rétroversion, il fit la réduction de l'organe très-facilement, mais il lui fut impossible de la maintenir, malgré les nombreux moyens qu'il employa pour y parvenir.

Il attribue le résultat différent auquel il est parvenu à la période moins avancée de la grossesse à laquelle étaient arrivées ses malades. Celle de Moreau était arrivée à trois mois ou trois mois et demi ; dans les deux cas que Moreau a observés, la grossesse datait seulement de deux mois. « Or, si à trois mois l'utérus est assez volumineux pour

qu'après sa réduction il se soit maintenu par son volume même au-dessus du détroit supérieur et ne puisse plus, hors des cas exceptionnels, retomber dans l'excavation, il n'en est plus de même à une époque moins avancée. A deux mois et demi, en effet, la matrice beaucoup moins grosse, et par cela même beaucoup plus mobile, obéit plus facilement à toutes les causes de déplacement qui peuvent agir sur elle, et, ne serait-ce que par une habitude prise, elle reprend sa position vicieuse aussitôt qu'on cesse d'agir. »

Nous sommes donc porté à croire qu'il ne faudra pas négliger ce moyen lorsque, dans un cas de vomissements incoercibles, on aura constaté une antéversion de l'utérus, surtout lorsque la grossesse aura dépassé trois mois et que le maintien facile de la réduction utérine pourra être obtenu.

Dans l'affection qui nous occupe, il ne faut négliger aucun moyen et s'attacher au moindre indice, qui peut mettre le praticien sur la voie d'un traitement rationnel, souvent couronné de succès.

Le flux leucorrhéique, symptôme ordinaire des déviations et déplacements de l'utérus, entretient de plus dans cette région une cause permanente d'irritation qui, s'ajoutant à la compression des plexus utérins, doit favoriser singulièrement l'acte réflexe du vomissement.

CHAPITRE IV.

ULCÉRATIONS DU COL.

A propos des ulcérations du col pendant la grossesse, nous sommes en présence d'opinions divergentes. MM. Huguier, Gosselin, Danyau, Cloquet proclament leur innocuité. MM. Boys de Loury, Costilhes, Coffin et Bennett leur attribuent une influence prépondérante dans la production de l'avortement et des maladies puerpérales, et M. Bennett en particulier en fait la clef de voûte de toutes les maladies de la femme enceinte : grossesse laborieuse, vomissements rebelles, môles, avortements, hémorrhagies. Cazeaux s'exprime ainsi : « Il me paraît important de distinguer les ulcérations qui, préexistant à la grossesse, ont persisté et même se sont accrues après la conception, et celles qui se sont développées depuis la formation du germe : les premières, par l'irritation dont elles peuvent devenir le siège sous l'influence de la fatigue, et surtout du coït trop souvent répété, peuvent bien provoquer la contractilité utérine et déterminer l'avortement; les secondes, au contraire, me semblent ne pouvoir avoir que rarement une pareille influence. »

M. Bennett (*Traité de l'inflammation de l'utérus*, traduction Peter, p. 145) considère que les ulcérations inflammatoires du col utérin existent presque constamment chez les femmes affectées de vomissements incoercibles pendant la grossesse.

Mais M. Guéniot fait remarquer que Cazeaux, en vou-

lant contrôler les assertions de l'auteur anglais, constata, sur quatre femmes examinées à diverses reprises au spéculum, l'intégrité parfaite de cet organe.

Sur dix-huit autopsies pratiquées à la suite de vomissements incoercibles, M. Guéniot a noté quatre fois seulement des lésions du côté de l'utérus. Comme on le voit cette question est encore douteuse, et quoique l'observation du D^r Marion Sims, que nous citons plus bas, affirme la relation qui existe entre cette lésion et la production de vomissements incoercibles, nous pensons qu'elle est loin d'être commune.

Obs. III. — Une dame de 22 ans, mariée à 16 ans, après une première couche heureuse, fut prise à chacune de ses trois autres grossesses successives, de vomissements indomptables qui amenèrent l'avortement. Enceinte pour la cinquième fois et tourmentée par les mêmes accidents, elle consulte M. Marion Sims qui, après plusieurs essais infructueux, voyant l'imminence de l'avortement, et l'existence même de la malade lui paraissant compromise, procède à l'exploration directe. Il trouve une antéflexion latérale, les deux lèvres du museau de tanche granuleuses, et couvertes d'une abondante sécrétion leucorrhéique. Il touche le col avec une solution de 2 grammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau et suspend toute autre médication. Le lendemain la malade était comme transfigurée: elle avait pris le premier repas qu'elle eût pu garder depuis quinze jours: plus de nausées, ni de vomissements. Quelques incommodités du même genre, mais beaucoup plus légères, ayant plus tard reparu, deux attouchements avec l'acide phénique en firent définitivement justice. » (*Annales de gynécologie*, t. IX, mai 1878.)

CHAPITRE V.

HYPERESTHÉSIE INFLAMMATOIRE DU COL.

M. Clay (*Gaz. Hebd.* 1857) a observé des cas de vomissements incoercibles qu'il rattache à une sensibilité excessive du col et de l'orifice utérin enflammé, et telle que la pression du doigt sur ces parties déterminait presque immédiatement le retour des vomissements. Pour les faire cesser et en diminuer l'intensité il traita ses malades, d'abord par la position, en tenant le bassin plus élevé que la tête pour soustraire le col à la pression, et appliqua sur lui quelques sangsues. Jusqu'à quel point peut-on, comme le fait M. Clay, généraliser cette inflammation hyperesthésique du col pour expliquer les vomissements des derniers mois de la grossesse? Cette cause ne fût-elle qu'exceptionnelle, y eût-il même un peu d'illusion dans l'observation des faits, qu'elle ne mérite pas moins de fixer l'attention et d'être prise en considération.

CHAPITRE VI.

AFFECTIONS CANCÉREUSES DU COL.

Cazeaux ne parle point de vomissements incoercibles, dans le cas de cancer du col. Il considère qu'il n'entrave

que très-rarement la marche de la grossesse et que « les obstacles qu'il apporte souvent au travail de l'accouchement prouvent assez qu'il n'est pas cause de fausse-couche. »

CHAPITRE VII.

AFFECTIONS DIVERSES.

Il est un certain nombre de causes qu'on ne saurait passer sous silence : les unes indépendantes de la grossesse et coïncidant simplement avec elle, les autres liées à la grosseur à laquelle elles sont subordonnées et dont elles constituent pour ainsi dire un épiphénomène.

Nous ne ferons que signaler dans la première catégorie les lésions de l'estomac avec altérations matérielles : adhérences de l'estomac avec les organes voisins; hernie épigastrique; gastrite chronique; ulcère simple; rétrécissement du pylore; polypes de la muqueuse de l'estomac; ramollissement avec amincissement de la muqueuse gastrique, qu'on observe dans la phthisie tuberculeuse; cancer de l'estomac; troubles fonctionnels résultant de la compression ou refoulement de l'estomac par ascite, tympanite, tumeurs abdominales telles que cancers, collections liquides du foie, de la rate, du rein, du pancréas, kystes de l'ovaire, etc., etc.

Les vomissements nerveux liés à l'hystérie, à la migraine rentrent dans le même cas.

Il en est de même de ceux qui sont liés à la maladie

d'un autre organe, plus ou moins distant de l'estomac : affections intestinales telles que inflammation, obstruction, hernies, vers intestinaux, péritonite tuberculeuse ou affections cérébrales (tumeurs, tubercules).

La néphrite albumineuse rentre également dans cet exposé général, si elle est préexistante et par conséquent indépendante de la grossesse. Mais il faut l'étudier dans la deuxième catégorie, c'est-à-dire dans les affections qui accompagnent la grossesse dans un certain nombre de cas et qui peuvent être secondairement une cause de vomissements incoercibles.

M. Petit, dans sa thèse (Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes) ne parle point des vomissements incoercibles. M. Guéniot parle bien de la néphrite albumineuse, mais il ne lui consacre que quelques lignes. Il reconnaît que la grossesse prédispose à l'albuminurie et que une fois sur six, selon Rayer, cette maladie dans la forme chronique s'accompagne de vomissements. « Nous en dirons autant des vomissements urémiques qui se produisent à une époque avancée de la maladie de Bright et qui, selon Frerichs, sont caractérisés par la présence d'une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque dans les matières vomies. Mais il y a loin de là assurément à admettre, comme M. Imbert-Gourbeyre et quelques autres, que les vomissements incoercibles de la grossesse sont dus généralement à l'action de ces causes. »

Si l'on remarque de plus que l'albuminurie ne se rencontre qu'à une époque avancée de la gestation, sixième mois, et que d'autre part les vomissements lui sont antérieurs, on sera peu porté à établir une relation de cause à effet entre la néphrite albumineuse et les vomissements incoercibles et l'on s'étonnera moins du presque absolu silence que les auteurs gardent à ce sujet.

M. le D^r Chenel a signalé dans sa thèse (1877) des faits intéressants de vomissements incoercibles de la grossesse liés à un cancer latent de l'estomac. « Le cancer entretient les vomissements au delà de leur terme habituel; il les rend incoercibles. Dans les deux cas, c'est une exagération simple de deux phénomènes dyspeptiques pouvant survenir et survenant ordinairement d'une façon absolument indépendante du cancer, et c'est ce qui rend si difficile, dans les faits de ce genre, le diagnostic du néoplasme. » A l'appui de ce qu'il avance il cite trois observations, qu'il fait suivre de judicieuses réflexions. « Cette antériorité des vomissements sur le début de la grossesse (constatée deux fois sur trois) aurait évidemment une grande importance pour le diagnostic. Elle appellerait l'attention du médecin sur l'état de l'estomac en lui faisant soupçonner une lésion matérielle de cet organe. Et s'il se trouvait alors un point douloureux bien limité et surtout une tumeur, cette découverte suffirait pour lui faire rejeter l'avortement provoqué et même l'accouchement prématuré, à moins que ce ne soit dans le but de sauver l'enfant. »

La possibilité de l'existence de faits semblables devra toujours être présente à l'esprit de l'observateur et leur constatation l'empêchera de s'abandonner à une thérapeutique dont les résultats pourraient être désastreux.

Comme on le voit par ce qui précède, les vomissements incoercibles de la grossesse sont donc loin d'être toujours essentiels, même lorsqu'il n'y a pas apparence de lésion et constituent dans bon nombre de cas des concomitances, des coïncidences.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT.

De ce qui précède il ressort que les vomissements incoercibles de la grossesse ne sauraient être justiciables d'un traitement unique et que l'étude attentive des causes peut seul en donner la clef. Quiconque ne s'attacherait qu'aux symptômes sans chercher la cause ne serait pas un médecin mais un empirique. Ici, comme partout, il ne suffit pas de constater le symptôme, il faut en rechercher la cause prédisposante ou efficiente.

Une femme a des vomissements incoercibles pendant sa grossesse, on peut les rattacher à trois sortes de causes :

1° A des troubles fonctionnels ou à des lésions matérielles de l'organe gestateur;

2° A des troubles fonctionnels ou à des lésions matérielles des organes voisins ou éloignés, coïncidant avec la grossesse mais ne lui étant nullement subordonnés.

3° A des états pathologiques que la grossesse tient sous sa dépendance et qu'elle engendre, pour ainsi dire, mais qui suffisent à déterminer les vomissements.

La question étiologique s'impose donc tout d'abord à l'esprit de l'observateur. Il sera médecin avant d'être accoucheur. Quand il aura reconnu l'organe malade, il en fera l'objet principal de sa thérapeutique.

Ainsi donc, nous sommes loin de vouloir proposer la dilatation du col dans tous les cas de vomissements incoercibles. Ce traitement, comme les autres a ses indications. C'est à les établir que tendront surtout nos efforts. Nous éliminerons par conséquent tous les cas où le médecin, ayant reconnu une lésion indiquant un autre traitement, n'aura pas à l'employer.

Nous ne ferons acception que de ceux où l'accoucheur se trouve réduit à la seule ressource, soit de l'avortement provoqué, soit de l'accouchement prématuré artificiel. Nous supposons bien entendu qu'il n'est arrivé à cette conclusion thérapeutique qu'après avoir cherché avec le plus grand soin s'il ne peut rattacher la production des vomissements à une cause, telle, par exemple, qu'une de celles que nous avons passées en revue à l'article Pathogénie et avoir même employé les moyens médicaux préconisés en pareil cas.

Lorsque l'examen le plus minutieux n'aura rien fait découvrir, ni du côté de l'organe gestateur, ni ailleurs, pouvant, comme nous l'avons vu, déterminer les vomissements, et que l'accoucheur n'aura plus, comme extrême ressource, que l'alternative de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré artificiel, c'est alors que se posera la question de dilatation du col, et que son application trouvera sa place.

Il nous semble donc nécessaire, avant d'aborder l'étude de ce mode de traitement, de motiver son emploi, et d'établir ses droits, par la discussion de la double question de l'avortement provoqué et de l'accouchement prématuré artificiel.

Avortement provoqué, accouchement prématuré artificiel. — Ce sont les cas d'accouchements ou d'avortements

spontanés, dans le cours de vomissements incoercibles, et amenant la cessation de cet accident, qui ont donné aux accoucheurs l'idée de les provoquer, se guidant en cela sur la nature elle-même.

· Simmons (de Londres) paraît être le premier qui se décida en 1813 à intervenir de cette manière dans un fait de vomissements incoercibles. Nous pourrions en citer de nombreux exemples. Mais nous sortirions de notre sujet. Nous y rentrons en disant que la déplétion de l'organe gestateur ne suffit pas dans tous les cas à arrêter les vomissements incoercibles.

M. Schnelbach, dans sa thèse, rapporte l'observation de Françoise Meyer, qui eut, à sa troisième grossesse, des vomissements incoercibles. Ceux-ci se terminèrent par l'accouchement prématuré d'une fille qui vécut ; mais les vomissements persistèrent quoique à des intervalles plus rares. Redevenue enceinte quatre ans plus tard, elle vit de nouveau les vomissements revêtir cette forme ; elle avorta spontanément vers le septième mois. Mais elle mourut six semaines après, d'épuisement augmenté par une diarrhée colliquative.

M. Guéniot cite aussi une observation de M. Taurin, recueillie à la clinique d'accouchements, et dans laquelle l'accouchement prématuré spontané n'a pas déterminé la cessation des vomissements.

Ce dernier auteur, dans sa thèse d'agrégation, après avoir passé en revue la série des moyens médicaux arrive au traitement obstétrical.

Il cite à ce sujet l'opinion de Cazeaux : « La question me semble devoir être résolue dans ce sens, quand le fœtus a atteint le septième mois de la vie intra-utérine, et j'avoue

que l'opération me paraît pleinement justifiée par les dangers auxquels la mère est exposée et par la possibilité de voir le fœtus continuer à vivre après son expulsion. »

Pour ce qui concerne l'avortement provoqué, il est moins affirmatif et met en avant des scrupules professionnels et théologiques. Après avoir passé en revue un certain nombre de faits d'avortements spontanés et d'avortement provoqués, il conclut ainsi : « L'avortement spontané, dans les cas de vomissements incoercibles, se termine le plus souvent par la guérison, lorsqu'une complication grave, telle, par exemple, que le cancer ne vient pas s'ajouter à la maladie ; 2° L'avortement provoqué, même dans des conditions qui paraissent désavantageuses, a fourni jusqu'ici un certain nombre de succès. Il en est de même de l'accouchement prématuré artificiel. La proportion des guérisons, relativement aux cas de mort est des deux tiers, c'est-à-dire que sur trois malades, chez lesquelles l'avortement a été provoqué, une est morte et deux ont guéri. (Nous avons compris dans ce chiffre proportionnel les faits d'accouchement prématuré artificiel). »

Pour Cazeaux, comme nous venons de le voir, l'accouchement prématuré, c'est-à-dire, quand le fœtus a atteint le septième mois de la vie intra-utérine, en raison des dangers que court la mère et de la viabilité du fœtus, paraît une opération pleinement justifiée lorsque les vomissements n'ont cédé à aucun des moyens médicaux employés contre eux. Mais il fait de nombreuses et importantes réserves, lorsqu'on est avant le sixième mois de la gestation : « Quoique bien disposé à toujours sacrifier l'enfant, toutes les fois que ce sacrifice sauvegarde sûrement la vie de la mère, comme dans les rétrécissements extrêmes du bassin, je suis plus circonspect dans la question de l'op-

portunité de l'avortement dans le cas qui nous occupe. »

Après avoir cité la statistique de M. Guéniot, portant sur trente deux faits d'avortements ou d'accouchements dans lesquels 21 se terminaient par la guérison et 11 par la mort — (parmi les 21 cas de succès, on compte 15 cas d'avortement et 6 cas d'accouchement prématuré). — Cazeaux conclut ainsi : « Notre conclusion sera donc que l'avortement provoqué comme l'accouchement prématuré offre une précieuse ressource dans les cas de vomissements incoercibles. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a grand désavantage à sacrifier à coup sûr la vie de l'enfant. Avant d'entreprendre pareille opération, on devra donc avoir mûrement réfléchi, être convaincu qu'il n'y a pas d'autre ressource pour sauver la vie de la mère ; on devra enfin s'entourer, autant que possible, de l'aide de plusieurs confrères. L'opportunité de l'avortement est en effet ici plus difficile à affirmer que dans un cas de rétrécissement extrême du bassin, sans qu'on ait la même certitude de sauver la malade. »

Quant à la question de l'époque où l'on doit provoquer l'avortement, nous ne saurions mieux l'indiquer qu'en reproduisant les paroles textuelles de P. Dubois : « La provocation de l'avortement dans la troisième période, aurait le grave inconvénient de ne pas sauver les malades, de précipiter peut-être leur fin et de compromettre l'art. Elle aurait, dans la première, le tort non moins grave de sacrifier une grossesse qui aurait pu parvenir heureusement à son terme.

C'est donc dans la période intermédiaire aux deux précédentes que l'avortement peut-être provoqué, dans cette période que caractérisent : 1° des vomissements presque incessants, par lesquels toutes les substances alimentaires,

quelquefois même la moindre quantité d'eau pure, sont infailliblement rejetées; 2° un amaigrissement et une faiblesse qui condamnent la malade au repos le plus absolu; 3° des syncopes qui résultent des moindres mouvements ou de l'émotion même la plus légère; 4° une altération profonde des traits; 5° une réaction fébrile forte et continue; 6° une acidité extrême de l'haleine, enfin l'insuccès de toutes les médications qui ont été essayées. Mais dans cette période même, dont la durée est variable, et pendant laquelle apparaissent successivement les phénomènes divers que je viens de rappeler, il faut encore choisir le moment opportun. Ce moment me paraît arrivé lorsque l'impuissance des médications les mieux indiquées ayant été reconnue, on voit la fièvre persister au même degré, et l'affaiblissement et la maigreur de la malade faire des progrès sensibles.

L'accoucheur déclare alors la convenance de l'avortement provoqué, laissant à la famille, éclairée et consultée par lui, le soin de décider en dernier ressort. » (P. Dubois. *Union méd.*, 1852, p. 162).

En 1851, eut lieu à l'instigation du D^r Lenoir qui avait demandé à l'Académie de médecine de fixer définitivement les indications de l'avortement provoqué une mémorable discussion dont nous ne voulons présenter que le résumé.

Les accoucheurs se partagèrent en deux camps. Les uns avec Cazeaux rapporteur, étaient hostiles à l'avortement provoqué, au moins dans la majorité des cas, dans les vomissements incoercibles de la grossesse; les autres avec M. Danyau soutenaient un avis contraire. Bien entendu que l'indication de l'avortement provoqué dans les rétrécissements du bassin est hors de cause.

Pour rejeter l'avortement provoqué dans les vomissements incoercibles, Cazeaux se fonde sur les trois raisons suivantes :

1° Sur ce que les vomissements, malgré leur intensité, ne sont pas ordinairement mortels, et se sont plus d'une fois arrêtés au moment où l'on désespérait de les voir cesser ;

2° Sur le peu de succès des opérations destinées à y mettre un terme et soustraire la femme à une mort imminente ;

3° Sur l'impossibilité de déterminer avec précision l'époque à laquelle on ne peut rien attendre des efforts de la nature, et des ressources de la thérapeutique et du moment où il convient d'opérer.

Danyau, son adversaire, reconnut que les vomissements de la grossesse, même intenses, même fréquents et qui ont plus ou moins amaigri les femmes ne sont pas le plus ordinairement mortels, mais il ne pense pas qu'il en soit de même de ceux qui ont allumé la fièvre, desséché la bouche, produit l'acidité de l'haleine. A ce sujet il rapporte quatorze faits de vomissements incoercibles suivis de mort. Il estime que ces vomissements constituent une des plus graves complications « une de celles pour lesquelles il semble le plus permis de songer et peut-être de recourir à un parti extrême.

En réponse à la seconde objection de Cazeaux sur les succès opératoires, il cite quinze cas à terminaison favorable. Il reconnaît cependant avec Cazeaux qu'il n'est facile de déterminer exactement l'époque ou l'intervention chirurgicale doit être faite et que c'est un point délicat et difficile à préciser.

DILATATION DU COL.

On le voit, les avis ne sont pas tous les mêmes au sujet de l'avortement provoqué dans les vomissements incoercibles; les uns le rejettent, les autres l'acceptent. Mais ceux-ci mêmes sont obligés de reconnaître que la question d'opportunité est très-difficile à résoudre, que l'opération n'est pas toujours sans danger pour la mère et que, toutes choses égales d'ailleurs, la responsabilité de l'accoucheur est fortement engagée parce qu'il s'agit sûrement de la mort de l'enfant.

Les choses en étaient là quand le D^r Copeman, médecin en chef de l'hôpital de Norfolk et de Norwich, président de l'association médicale anglaise, fit à cette Société une communication très-curieuse et très-importante qui nous frappa, lorsque nous l'avons rencontrée en lisant les annales de Gynécologie. Nous avons pensé qu'elle valait la peine d'être mise sous les yeux du public médical français, et bien que nous n'ayons pas de matériaux personnels, nous avons cru qu'il ne serait pas sans utilité de faire connaître les faits du D^r Copeman et de les soumettre à la discussion.

On va voir par les observations qui suivent et que nous avons traduites textuellement, comment le D^r Copeman fut amené à sa découverte thérapeutique.

Obs. IV. — Le 9 juin 1874, j'étais appelé auprès d'une dame de 35 ans, avec deux autres praticiens qui lui donnaient déjà des soins. Elle était grosse de six mois environ, et était si affaiblie par des vomissements presque incessants que l'on concevait de grandes craintes pour sa vie. Je remarquai que ces maux de cœur étaient accompagnés de contractions utérines faibles, et après examen je trouvais l'orifice utérin partiellement dilaté, suffisamment pour admettre le doigt. Je jugeai utile de terminer l'accouchement sans délai. Cependant les

deux confrères présents manifestèrent la crainte de voir cette dame, à cause de son extrême faiblesse, ne pas pouvoir supporter les efforts de l'accouchement. Ils reconnurent néanmoins l'utilité de ce moyen et je demandai à achever l'opération. Je dilatai alors l'orifice de l'utérus, comme je pus, avec le doigt et je pouvais sentir les membranes et la tête de l'enfant. J'essayai de rompre les membranes avec une sonde de femme, le seul instrument que j'eusse sous la main ; mais elles étaient si flasques, la tête offrait si peu de résistance, la sonde étant elle-même fort petite, que je ne pus réussir. Jugeant qu'il fallait attendre d'avoir trouvé un autre expédient, nous nous retirâmes dans une autre chambre nous consulter. Une heure après nous vîmes la patiente et nous fûmes surpris que pendant ce temps elle n'eût pas eu envie de dormir. Nous essayâmes de lui faire prendre un peu de nourriture pour qu'elle fût mieux en état de supporter les manœuvres qui devaient suivre. Nous attendîmes une autre heure puis une autre. Les vomissements ne reparaissaient pas. Nous passâmes le reste de la nuit à veiller. Pendant ce temps, l'amélioration continua et nous nous décidâmes à la laisser. Je partis de bonne heure le matin et quelques jours après, je constatai un résultat favorable. Les vomissements n'avaient plus reparu et au terme de sa grossesse elle accouchait d'un enfant bien portant et elle-même revenait à la santé.

Ce cas a fait sur mon esprit une impression profonde et je me suis étonné que le soulagement de vomissements, si fréquents et si menaçants, eût été obtenu par la dilatation de l'orifice utérin. Je m'expliquai ce résultat en me rappelant que cette tension inusitée pouvait produire une irritation sympathique.

Obs. V. — Il ne se passa pas longtemps avant que je ne fusse appelé à constater dans le même pays, à une petite distance, un autre cas de vomissements pendant la grossesse, survenant dans le deuxième mois. Le chirurgien, en attendant, avait adopté le traitement médical connu, et était arrivé à cette conclusion que la délivrance artificielle serait nécessaire pour sauver la vie de la femme. Me souvenant du cas précédent, j'examinai l'utérus. Je trouvai un peu d'anterversión et le canal assez dilaté pour admettre l'extrémité de mon doigt. Je le dilatai le plus que je pus, passant mon doigt tout au tour, plissant et dépliant les bords de l'orifice. Elle vomit seulement très-peu après cette manœuvre, et nous la laissâmes pensant que si les vomissements continuaient, je pourrais en venir à bout dans peu de jours en provoquant l'avortement. Cette éventualité ne se présenta pas, et après une quinzaine de jours, je recevais une lettre du mari, me disant que sa femme avait commencé à mieux aller une heure ou deux après mon départ, et que les vomissements avaient cessé. J'ai appris, depuis quelques temps, que la patiente est maintenant très-bien portante et qu'elle compte accoucher ce mois-ci.

Obs. III. — Un troisième cas s'est aussi présenté depuis, qui m'a permis d'essayer ce mode de traitement nouveau, autant que le crois. Le 6 de ce mois (avril 1875), je vis en consultation avec un praticien très-intelligent dupays, une dame d'une santé délicate, arrivée justement au huitième mois de sa grossesse. Elle était mère de neuf ou dix enfants. En général, au début de ses grossesses, et souvent pendant plusieurs mois, elle avait été affectée de vomissements. Mais durant les trois dernières semaines de celle-ci, les vomissements avaient été presque incessants. Elle ne pouvait rien prendre et était devenue faible et émaciée. Elle avait de plus une quantité considérable d'albumine et un peu de pus dans l'urine ainsi que des cylindres, ce qui faisait craindre qu'elle n'eût une maladie rénale. Elle n'avait cependant pas d'hydropisie, et notre opinion était en quelque sorte modifiée par ce fait, que souvent, dans les derniers mois de la grossesse, les urines contiennent de l'albumine. La patiente était si malade qu'elle aurait volontiers consenti à la délivrance artificielle si elle avait été nécessaire. J'examinai l'utérus, et comme dans les autres cas, je le dilatai comme je pus avec mon doigt, dans l'espoir que les vomissements pourraient cesser après cette manœuvre.

J'ajouterai que ce remède, d'un emploi facile, a été rarement employé sans produire le résultat attendu. Peu de jours après ma visite, le mari me disait que sa femme n'avait pas eu de vomissements après mon départ et qu'elle était maintenant capable de prendre ses aliments sans inconvénients, quoiqu'elle fût encore très-faible et malade.

Le 23 juin, je recevais une lettre très-satisfaite du chirurgien ordinaire de cette dame, me disant ; « Je suis très-heureux de vous annoncer que madame X... est accouchée hier d'un enfant qui n'est pas le moins beau et le moins fort des huit. Vous pouvez certainement ajouter ce fait à ceux que vous m'avez racontés. Il n'est pas survenu de vomissements violents après que vous avez dilaté le col et dans la dernière semaine, madame X... a fréquemment pris avec plaisir et sans inconvénients des aliments solides, tels que du mouton bouilli avec des asperges, et bu de la bière brassée à la maison. Ce matin elle allait très-bien et se sentait peu fatiguée du travail de l'accouchement. Je suis très-heureux, je vous assure, de savoir maintenant comment procéder dans le cas de vomissements pendant la grossesse, Je l'emploierai avec plusieurs malades. Je vous en enverrai le récit. » (*British medical journal* 15 mai 1875).

L'observation suivante du D^r Murillo est aussi un exemple de dilatation digitale du col amenant la cessation de vomissements incoercibles.

Obs. IV. — Une femme de 22 ans fut prise de vomissements incoercibles vers le troisième mois de sa grossesse. Elle était très-débilisée lorsqu'elle fut admise à l'hôpital de la Maternité de Santiago; le pouls était fréquent, petit; la peau sèche et chaude; l'estomac ne pouvait retenir aucun aliment.

Après avoir essayé inutilement tous les traitements habituellement employés, le Dr Murillo se décida à pratiquer la dilatation du col, conseillée par Copeman avant de provoquer l'avortement. Il introduisit le doigt dans le canal cervical jusqu'au niveau de l'orifice interne, et l'y maintint pendant deux minutes; il administra ensuite à la malade de la glace et des lavements additionnés de pepsine et d'acide chlorhydrique. Une légère amélioration se produisit, et l'estomac put conserver quelques aliments. La même manœuvre fut renouvelée quatre fois à deux jours d'intervalle. Au bout de quinze jours, l'amélioration était notable et la malade put digérer ses aliments, et arriver, sans autres complications, au terme de sa grossesse. (*Annales de Gynécologie.*)

Tels sont les faits que nous possédons à l'actif de la dilatation digitale du col contre les vomissements incoercibles. Quoique encore peu nombreuses, à la vérité, ces observations n'en sont pas moins très-importantes; leur précision et leur netteté suppléent à leur petit nombre.

Un certain nombre d'autres faits se rapprochent des précédents, et, quoique dans ces cas le mode opératoire ait été différent, comme à notre avis il a agi dans le même sens que la dilatation digitale et a produit les mêmes résultats, nous pensons qu'ils doivent trouver ici leur place. Nous nous prononcerons plus loin sur la valeur comparative de chacun de ces moyens lorsque nous analyserons et discuterons dans le chapitre suivant ces faits séparément.

Le premier en date est celui que M. Guéniot rapporte dans sa thèse, et qu'il doit à madame Callé, sage-femme en chef de la Maternité.

Obs. V. — En 1861, madame Callé fut appelée auprès de madame X... qui était entre deux mois et demi et trois mois d'une troisième
Marcou. 6

grossesse. Cette dame éprouvait depuis un mois des vomissements opiniâtres, et depuis quinze jours elle ne pouvait supporter ni aliments ni boissons. Son médecin avait essayé inutilement tous les moyens préconisés en pareil cas. La malade était d'une pâleur et d'une maigreur remarquables; elle parlait difficilement et faisait continuellement des efforts pour vomir. Le pouls était petit et très-fréquent. La peau était sèche et brûlante, et par moments il y avait de petits frissons. L'utérus avait le volume ordinaire qu'il présente à cette époque de la grossesse, et le toucher ne présentait rien d'anormal.

Appelés en consultation. MM. P. Dubois et Danyau voulurent essayer encore les moyens déjà employés, avant d'avoir recours à l'avortement provoqué. Comme ces remèdes n'avaient aucun résultat, et comme la malade s'affaiblissait de plus en plus, M. Dubois résolut de pratiquer l'avortement. Après l'introduction deux fois répétée de la sonde utérine pour le décollement de l'œuf, la malade était si fatiguée que l'on craignait pour sa vie. Elle s'endormit et à son réveil elle put prendre, sans le rejeter, un peu d'eau froide, puis un peu de bouillon, et cependant aucun travail ne s'était manifesté du côté de l'utérus. Peu à peu l'alimentation put se faire, et au bout d'un mois elle alla passer sans accident quinze jours à la campagne. Deux jours après son retour le travail se déclara, et elle avorta d'un œuf entier sur lequel on remarquait les parties qui avaient été décollées, et celles qui étaient restées adhérentes. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la cessation des vomissements aussitôt après les tentatives d'avortement, quoique le produit de la conception soit resté encore pendant six semaines dans l'utérus. (Th. de Guéniot, p. 123.)

M. J. Lucas-Championnière, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, rapporte les deux faits suivants: « M. de Saint-Germain, dans un cas de vomissements incoercibles, avait appliqué le dilatateur de M. Tarnier pour provoquer l'avortement. Aussitôt après cette application, les vomissements cessèrent pour ne plus reparaitre. Les membranes n'avaient pas été déchirées, et on put espérer longtemps que la grossesse irait à son terme. L'expulsion de l'œuf ne se fit que plusieurs semaines après que les vomissements cessèrent pour ne plus reparaitre. Les membranes n'avaient pas été déchirées, et on put espérer longtemps que la grossesse irait à son terme.

L'expulsion de l'œuf ne se fit que plusieurs semaines après que les vomissements avaient cessé.

« M. Tarnier nous rapportait ces jours-ci une observation plus curieuse encore. Chez une femme multipare, au troisième mois de sa grossesse, il put observer des vomissements incoercibles contre lesquels on avait essayé de différents moyens sans succès, et les accidents étaient menaçants. Il eut l'idée d'introduire dans le vagin un gros tampon de ouate qu'il laisse en place. Les accidents cessèrent pour ne plus reparaitre. Sur le tampon il y avait un peu de glycérolé de belladone; mais M. Tarnier attache peu d'importance à ce médicament; c'est à l'action mécanique du tampon qu'il faut rapporter la guérison. » (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, juin 1875).

INTERPRÉTATION DES FAITS.

Il nous reste à traiter une question importante : celle de l'interprétation des faits que nous venons d'exposer. La justification du choix de la méthode que nous proposons, à savoir la dilatation digitale du col, à l'exclusion des autres, en ressortira clairement.

Avant d'aborder ce sujet, nous croyons utile de le faire précéder d'un résumé sommaire de l'innervation de l'utérus et de ses connexions avec l'estomac.

D'après Frankenhaüser, l'origine anatomique des nerfs génitaux est le ganglion solaire. Les ganglions coeliaques fournissent, en partie directement, en partie par les ganglions rénaux, des branches aux organes génitaux; mais la source principale des nerfs génitaux est le plexus aortique que Frankenhaüser divise en plusieurs parties. La supérieure, le plexus mésentérique supérieur, envoie des

branches nerveuses aux premier, deuxième, troisième ganglions spermatiques. Les deux ganglions, qui se trouvent placés de chaque côté de l'artère mésentérique inférieure doivent être considérés comme des ganglions spermatiques ou génitaux. Avec eux s'anastomosent deux fortes branches des deuxième et troisième ganglions lombaires du grand sympathique.

Les branches efférentes du plexus mésentérique supérieur, ainsi que les quatre ganglions génitaux, se rencontrent à la bifurcation de l'aorte et s'y réunissent en un large cordon nerveux, le grand plexus utérin, qui reçoit de fortes branches du quatrième ganglion du cordon sacré du sympathique. Environ 1 pouce et demi au-dessus de la bifurcation, le plexus se divise de nouveau; ses deux branches forment les plexus hypogastriques, et à droite et à gauche elles embrassent le rectum jusqu'à la partie supérieure du vagin et jusqu'à l'utérus. Sur leur chemin se joignent à elles des branches nerveuses du premier ganglion lombaire et du troisième sacré du sympathique. Sur les côtés du rectum, le plexus hypogastrique se divise en deux parties, dont l'une, la plus petite, va directement à la partie postérieure et latérale de l'utérus, la plus grosse aide en partie à former le gros ganglion du col, en partie se réunit avec les nerfs sacrés.

Le ganglion cervical est chez les femmes enceintes un gros plexus long de 2 pouces, large de 1 pouce et demi, qui se trouve le long de la paroi postérieure du vagin et à la transformation duquel concourent les deux plexus hypogastriques, les trois premiers ganglions sacrés du sympathique et les deuxième, troisième et quatrième nerfs sacrés. C'est ce ganglion cervical qui fournit à tout l'utérus et en particulier au col des nerfs très-nombreux. (*Manuel d'accouchements de Schræder*, traduction de M. Charpentier.)

Ainsi, nous le voyons, l'origine des nerfs qui se rendent à l'utérus est le ganglion solaire; mais n'est-ce pas aussi de ce dernier qu'émanent les branches nerveuses destinées à l'estomac. De plus ne sait-on pas que les ganglions peuvent eux-mêmes servir de centres réflexes? Aussi est-il facile de s'expliquer comment une impression morbide partant de l'utérus détermine du côté de l'estomac des contractions réflexes.

De plus la description qui précède nous fait voir que l'utérus et surtout le col qu'on avait cru pendant longtemps dépourvu de nerfs parce que sa sensibilité est très-obtuse, en est au contraire très-abondamment pourvu et que de plus le ganglion cervical, d'où émanent ces nerfs, se trouve accolé à la partie supérieure et postérieure du vagin. N'oublions pas ces détails : extrême richesse du col en branches nerveuses, situation du ganglion cervical. Ces deux particularités vont nous servir à expliquer le mode d'action tant de la dilatation digitale du col que de l'application du tampon et de l'introduction de la sonde dans l'intérieur de l'utérus.

Arrivons à l'interprétation des faits. M. le D^r Copeman ne s'explique pas nettement au sujet du mode d'action de son procédé dont il néglige, pour ainsi dire, de faire la théorie. Il suppose seulement que les vomissements étaient dus à une tension exagérée de l'utérus, à une sorte de contracture que la dilatation du col avait fait cesser. Sans nier que cette cause puisse exister nous ne pensons pas qu'elle ait une influence prépondérante.

M. Graily Hetwitt, commentant les observations du D^r Copeman parait, selon nous, se rapprocher beaucoup de la vérité dans l'explication qu'il donne de la manière d'agir de ce procédé. Il émet cette opinion que le plus souvent les vomissements incoercibles de la grossesse sont

due à une flexion de l'utérus, et que la compression des tissus de cet organe à l'endroit de cette flexion amène l'irritation qui donne lieu aux vomissements.

Sans admettre cette cause comme unique dans la production des vomissements incoercibles de la grossesse, nous nous rangeons complètement à cette manière de voir dans l'interprétation des faits du D^r Copeman, de M. Tarnier et des autres auteurs dont nous avons cité les observations, et nous pensons que, dans ces cas, le traitement mis en œuvre a eu pour but de remédier à des déviations utérines soit méconnues, soit inaccessibles aux différents moyens d'investigation.

Partant de là nous nous expliquons très-facilement le *modus agendi* de la dilatation digitale du col, de l'application du tampon, voire même de l'introduction momentanée du dilatateur intra-utérin.

En effet, la dilatation du col implique nécessairement son redressement, surtout si on l'exécute comme le fait le D^r Copeman « en dilatant autant que possible et plissant et dépliant les bords de l'orifice », car pour pénétrer dans son intérieur on le ramène forcément dans l'axe de l'excavation ; mais de son côté l'utérus n'est pas indépendant du mouvement qu'on imprime à son extrémité inférieure, le corps de l'utérus suit, en sens contraire, le mouvement imprimé au col, et reprend, comme ce dernier, sa position normale. La même explication s'applique à l'introduction de la sonde ou du dilatateur intra-utérin.

Le tampon arrive au même résultat, redressement du col, par un mécanisme différent : la distension exagérée du vagin. De plus, ne sait-on pas que dans l'application classique du tampon la règle est de commencer par entourer le col de bourdonnets de charpie ou de ouate, ce

qui contribue encore, dans une certaine mesure, à le redresser s'il se trouve dévié.

Il nous reste à expliquer comment ces déviations utérines peuvent provoquer les vomissements. Cela nous sera facile. En effet, à quel niveau se produisent les flexions de l'utérus? à l'orifice interne du col. Cette flexion a pour résultat de produire le tassement de cette région. Or, nous savons que cette région est, de toutes celles de l'utérus, la plus abondamment pourvue de nerfs. Quoi d'étonnant que, dans ces conditions, la simple compression de cette région puisse amener une inflammation qui retiendra avec d'autant plus d'intensité sur les fonctions digestives que les relations de cette partie de l'utérus avec l'estomac sont plus nombreuses, et que le tronc nerveux, qui suffit en grande partie à l'innervation de l'utérus, le ganglion cervical, est plus voisin du lieu où siège cette inflammation.

DISCUSSION ET CHOIX DE LA MÉTHODE.

Quel sera des différents moyens que nous venons d'énumérer, celui que nous choisissons? Nous n'hésitons pas : c'est à la dilatation digitale du col que nous donnons la préférence et nous la justifions. En effet : 1° Elle ne demande l'emploi d'aucun instrument ; 2° elle est d'une innocuité presque complète ; 3° elle ne provoque pas l'avortement, ce qu'on pourrait reprocher aux autres moyens que nous avons énumérés (introduction de la sonde, tampon). Et de plus en admettant même, contrairement à ce que nous pensons, que dans les cas que nous

avons relatés les vomissements incoercibles aient été dus, non à une déviation ou flexion de l'utérus, mais à un état de tension, de resserrement, de froissement, de compression du tissu utérin, produit par une cause que nous ne pouvons apprécier, c'est la dilatation du col qui est le plus propre à y remédier.

La première proposition est évidente d'elle-même.

La seconde ressort clairement des observations du D^r Copeman.

Quant à la troisième elle demande plus d'explications.

L'étude même, dans ses détails, de la dilatation du col, telle que la pratique le D^r Copeman, va aider à la résolution de cette question.

En effet, cette dilatation est une dilatation digitale et non instrumentale comme celle que l'on met en œuvre pour pratiquer l'avortement; — c'est une dilatation instantanée et non lente; c'est une dilatation brusque et non progressive.

En ce qui concerne le mode d'action des différents moyens employés pour déterminer le travail, nous nous rangeons à l'opinion qu'exprime le D^r Barnes, dans ses leçons sur les opérations obstétricales (Trad. du D^r Cordes, Paris, 1873, p. 345), à savoir qu'ils agissent par excitation du centre spinal.

En effet, si nous adoptons la classification de M. le professeur Pajot au point de vue opératoire, — ponction, dilatation, irritation, — qui facilite l'étude de ces moyens et aide la mémoire, tous ces procédés, en fin de compte, agissent dans le même sens, tendent au même but : exciter l'utérus, éveiller sa contractilité.

Pourquoi ponctionne-t-on les membranes? Afin que la périphérie de l'œuf, par suite de la diminution de son contenu, se trouve déplacée par rapport à la face interne

de l'utérus. Or ce déplacement ne peut s'opérer sans entraîner la destruction des connexions organiques qui existaient entre ces deux tissus. Dans tous les points où cette destruction a eu lieu, les extrémités terminales des nerfs utérins qui s'y trouvent sont excitées et cette irritation détermine par action réflexe la contraction du muscle utérin.

Que fait la sonde à demeure, sinon de produire, par le seul fait de la présence d'un corps étranger dans l'utérus, une irritation capable de mettre en jeu l'activité utérine? Et l'éponge préparée elle-même, dont l'action nous intéresse davantage, admettra-t-on qu'elle dilate purement et simplement le col, par action mécanique? Non, la voie qu'elle ouvrirait ainsi serait trop étroite; c'est aux contractions utérines que détermine son contact avec les parois cervicales, qu'il faut rapporter la dilatation du col. Le mode d'action du tampon, des douches vaginales, est analogue aux précédents, et la preuve que tous ces moyens agissent par irritation, c'est que le décollement même des membranes n'entraîne pas fatalement l'expulsion du fœtus, témoin l'observation de P. Dubois, si l'on n'y joint une excitation plus ou moins prolongée, sonde à demeure, dilatateur de Tarnier.

Mais cette excitation, à laquelle aboutissent en somme tous les procédés, a besoin pour provoquer le travail de certaines conditions d'intensité, de durée. Un corps étranger sonde ou doigt introduit dans le col, même avec violence, ne suffit pas. L'irritation, si énergique qu'elle soit, a besoin d'être prolongée pour faire entrer l'utérus en contraction.

Ce fait qui est hors de doute pour les procédés qui rentrent dans la classe de ceux qui agissent par ponction et

excitation est également vrai pour ceux qui agissent par dilatation.

En effet, si nous passons en revue les différentes méthodes de dilatation, nous voyons qu'avec l'éponge préparée, il faut en général huit heures pour déterminer des contractions utérines et que, dans certains cas, l'effet est encore plus long à se produire.

Le dilatateur à trois branches de Busch, le spléno-siphon, n'amènent le résultat qu'on en attend qu'après deux ou trois jours de leur application réitérée.

Nous ne parlons que pour mémoire du dilatateur dont se sert le D^r Barnes pour provoquer l'accouchement prématuré à une heure déterminée. Il ne l'emploie que lorsqu'il a déjà provoqué les contractions utérines au moyen des douches vaginales.

Ainsi, nous le voyons, les procédés de dilatation eux-mêmes n'agissent qu'autant qu'ils prolongent ou répètent l'excitation qu'ils déterminent.

En est-il de même de la dilatation employée par le D^r Copeman? Non, certes, car l'excitation qu'elle peut déterminer est courte et non répétée, et par conséquent incapable de provoquer des contractions utérines. Le doigt, introduit dans le col, et retiré immédiatement nous paraît donc constituer une manœuvre n'amenant pas l'avortement, du moins dans la généralité des cas; de plus elle sera d'une innocuité d'autant plus parfaite que la grossesse sera moins avancée, l'irritabilité de l'utérus, comme l'ont démontré Brown-Séguard, Obernier et Kehrer, augmentant toujours progressivement avec le cours de la grossesse.

Si la simple introduction du doigt dans la cavité du col suffisait à provoquer le travail, la pratique de l'avortement criminel serait réduite à un tel état de simplicité

qu'on abandonnerait bientôt les manœuvres dangereuses qu'elle nécessite et qu'elle s'exercerait malheureusement avec plus de fréquence encore et d'impunité. Que font généralement les personnes qui veulent provoquer l'avortement dans un but coupable? Elles ne se contentent pas d'introduire le doigt ou un instrument dans le col : elles déchirent ou perforent les membranes.

Nous ne nions pas qu'on puisse provoquer le travail par la dilatation digitale : de nombreuses observations l'attestent ; mais toutes nous montrent que pour arriver à ce résultat, le chirurgien a été obligé de répéter cette manœuvre un certain nombre de fois.

Toutes ces considérations, nous permettent donc de penser que la dilatation digitale du col, unique et peu prolongée, ne déterminera pas une excitation capable d'entraîner l'expulsion du fœtus.

CONCLUSIONS.

Nous pouvons nous résumer en disant sous forme de conclusions :

1° Que tous les moyens employés pour provoquer le travail agissent par irritation de la fibre utérine et excitation du centre spinal.

2° Que la dilatation du col, comme les autres moyens, pour amener ce résultat a besoin d'être prolongée pendant un certain temps ou répétée.

3° Que la dilatation instantanée et unique du col, opérée avec le doigt ne détermine pas une irritation capable de mettre en jeu la contractilité utérine et partant de déterminer le travail.

4° Qu'elle a suffi, dans un certain nombre de cas, à arrêter les vomissements incoercibles de la grossesse.

5° Qu'elle est d'une exécution facile et exempte de dangers.

6° Qu'on pourra y avoir recours dès que l'état de la malade inspirera quelques craintes sans attendre, comme on le fait trop souvent, la période ultime pour provoquer l'avortement.

7° Qu'elle diminuera le nombre des avortements provoqués et qu'en tout cas elle constituera un moyen dilatoire dont le praticien ne saurait se priver.

8° Qu'elle agit vraisemblablement en remédiant à une attitude vicieuse de l'utérus, cause des vomissements incoercibles.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants ; appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriété des sulfures de potassium, de fer, d'antimoine, de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences ; comment les divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur ; du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique; phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : Le président de la thèse,

PETER.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris
MOURIER.

