

souvent ignorants, quelquefois vils, qui opèrent dans des conditions déplorables.

C'est lui qui rend l'avortement clandestin, et par là, hâtif rapide, insuffisamment antiseptique, incomplet et, dès lors dangereux.

C'est l'article 317 qui empêche les opérées, par crainte du qu'en dira-t-on et des dénonciations, de prendre le repos, d'appliquer les soins post-abortifs indispensables à une guérison prompte et complète.

Et ceci, notons-le, pour les femmes pauvres. Car les femmes riches narguent impunément la loi. D'éminents chirurgiens, sous un prétexte quelconque, peuvent opérer celles qui paient royalement, tandis que les pauvresses n'échappent à la répression qu'en risquant de perdre la santé et quelquefois la vie.

L'abrogation de l'article 317 s'impose. Les personnes compétentes pratiqueraient l'opération abortive dans les meilleures conditions, avec un minimum de risques, inférieur de beaucoup à celui de l'accouchement (1).

Déjà, il existe des sortes de cliniques dont la spécialité est une surveillance attentive sur la menstruation de leurs clientes riches. Si un retard dans l'apparition des règles se manifeste, sans même qu'il y ait certitude de fécondation, un lavage utérin est pratiqué qui assure la vacuité

(1) Bien des médecins humains réclament l'abrogation de l'article 317 et avouent que c'est uniquement la crainte de la loi qui les empêche d'opérer. Un praticien de valeur a écrit dans *La Médecine Sociale* du 20 août 1907, les admirables confessions suivantes :

« Oui j'ai refusé bien souvent ce service à des malheureuses (et, je le déclare bien hautement, uniquement par crainte de la loi), service que je savais cependant justifié et même indispensable ! Et j'en ai mesuré plusieurs fois les tristes conséquences. J'ai vu dans ma carrière de médecin de l'état-civil, des décédées, suites très probables de manœuvres abortives et, d'entre elles, j'en ai reconnues qui étaient venues m'implorer. Je suis sorti hâtivement de la chambre mortuaire le cœur serré, avec la vision que je fuyais un remords, et j'ai signé, sans hésiter, sous une rubrique médicale quelconque, le bulletin de décès, estimant que si la société avait déjà fait une victime, ce serait malpropre de ma part d'ajouter au deuil d'une famille, par une dénonciation, la boue d'une enquête judiciaire.

« Et je n'ai pu, vieux sceptique, vieux praticien que je suis, m'approcher ce tourment du cerveau : si j'étais intervenu c'était un cadavre de moins, et, à ce moment, je maudissais ma lâcheté. » (Dr Roblot, Charenton).

de l'utérus. Pourquoi n'en installerait-on pas de semblables pour toutes les femmes ?

La divulgation des procédés abortifs présente-t-elle des inconvénients ? — En attendant qu'on ait reconnu la nécessité des cliniques abortives, nous avons conscience de faire œuvre utile, humaine, en vulgarisant, en même temps que les moyens de l'éviter, des notions aussi précises que possibles sur l'avortement : dangers qu'il peut faire courir, précautions minutieuses qu'il requiert, conditions enfin dans lesquelles il peut être effectué sans qu'il en résulte d'atteintes graves à la santé féminine.

C'est une étonnante mentalité que celle des médecins et sociologues, qui dissertent sur la question de savoir s'il n'y a pas inconvénient à divulguer les procédés abortifs. Comme si la vérité, la science, l'hygiène pouvaient nuire. Comme s'il ne valait pas mieux pour la santé individuelle et pour celle de la race, cent mille avortées informées, sachant à quoi elles s'exposent, capables d'exiger les précautions nécessaires, agissant pour prévenir tout accident, que cent mille avortées craintives, angoissées par leur ignorance, opérées sans leur contrôle, et, faute de soins opératoires et post-opératoires, souffrantes à jamais.

La dissimulation des procédés abortifs ne provoque pas des naissances plus nombreuses, n'empêche pas l'avortement, mais rend ce dernier plus dangereux et accroît la morbidité et la mortalité féminine. Elle accroît aussi l'infanticide et le suicide.

La seule crainte qu'on doit manifester, c'est que la facilité, la simplicité même de l'avortement, effectué — je ne cesserai de le répéter — dans des conditions scientifiques, par des praticiens habiles, ne conduise les femmes à négliger les précautions anticonceptionnelles et à recourir trop souvent au rejet du produit de la conception.

Si donc je n'éprouve aucune espèce d'hésitation à faire connaître la technique abortive, c'est en insistant bien sur ce point, qu'elle ne doit intervenir que *le plus rarement possible* et, mieux encore, *jamais*.

de colique. S'arrêter une seconde ou deux, le temps de laisser la femme reprendre un peu d'aise (Fig. 65).

Peu à peu la résistance est vaincue et bientôt la canule franchit l'étroit passage. Elle semble alors happée, avalée, pour ainsi dire, par le corps de l'utérus. Ne pas pousser trop loin. Se rappeler les dimensions restreintes de l'organe et sa constitution.

La main placée sur le pubis peut d'ailleurs, quand la

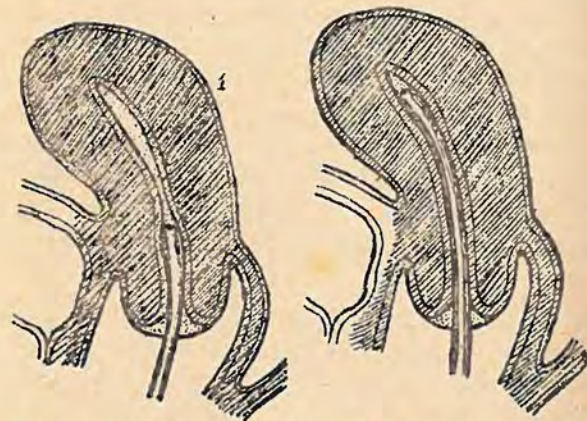


Fig. 65. — Injection intra-utérine. Position de la canule.
1. Premier temps. — 2. Second temps.

grossesse n'est pas avancée, sentir le bec de la canule en contact avec le fond de l'utérus.

Quand la canule est en place, injecter le liquide en poussant lentement, très lentement, sur le piston de la seringue. S'arrêter dès que la patiente a la moindre colique, recommencer si possible.

La quantité à injecter varie avec la grosseur de l'organe et la période de la grossesse. Les femmes qui ont eu plusieurs enfants en peuvent supporter plus que celles dont c'est la première grossesse. Il se peut que 15 grammes et même 10 grammes soient une dose suffisante. On a pu observer des injections de 30, 40, et même 50 grammes sans accident.

A noter que l'injection ne doit pas, si la canule est bien

en place, s'échapper dans le vagin le long de l'appareil. S'il y a écoulement du liquide, c'est que l'extrémité de la canule n'a pas franchi l'isthme, n'est pas en place dans le corps de l'utérus. (Fig. 65.)

Quand on estime suffisante la quantité injectée, on retire la canule très doucement.

Il n'y a plus qu'à attendre l'effet. Il peut se produire deux ou trois heures après, le plus souvent 5 à 6 heures, quelquefois 24 heures. L'œuf est rejeté en même temps que le liquide, ou après lui si l'avortement a été provoqué tard.

INSTILLATIONS INTRA-UTERINES

Les chirurgiens emploient dans certains cas d'inflammations de la matrice des injections caustiques antiseptiques ou caustiques à doses concentrées, mais en très faible quantité. C'est un moyen d'avortement qui réclame de très grandes précautions.

On se sert pour cette opération d'une seringue dite de Braun (Fig. 66) qui ne contient que quelques grammes de liquide. On lui adapte une canule très fine, rigide, légèrement courbe, à extrémité olivaire. A cause de sa finesse, cette canule peut être introduite sans grande difficulté même dans la cavité utérine des nullipares. En opérant comme il a été dit pour l'injection intra-utérine, on peut ainsi instiller des solutions : d'iode pure et fraîche (l'iode pure se prépare en dissolvant 1 gramme d'iode pour 12 grammes d'alcool) ; de nitrate d'argent, au 50° ; d'acide picrique, au 200° ; de chlorure de zinc, au 20° ; de perchlorure de fer, etc.

Il faut veiller, en faisant ces instillations, à ce que des portions du liquide caustique ne viennent pas tomber sur la



Fig. 66. — Seringue de Braun.